Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Annette Mankertz
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - Melanie Brunke
  - Thorsten Wolff
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG24
  - Thomas Ziese
  - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Sarah Friethoff
- FG 34
  - Viviane Bremer
  - Mathias an der Heiden
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Udo Buchholz
- FG37
  - Muna Abu Sin
- IBBS
  - Christian Herzog
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- P1
  - Esther-Maria Antao
  - Mirjam Jenny
- ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ZBS1
  - Janine Michel
- BZGA: Heidrun Thaiss
- Bundeswehr: Katalyn Rossmann
- BMG: Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** ! **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.775.513 (+9.847), davon 34.574 (1.9 %) Todesfälle (+302), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw.; ○ 4-Tage-R= 0,95, 7-Tage-R= 0,85: Reproduktionszahlen leicht unter 1 ○ Impfmonitoring (neu): 238.809 geimpfte Personen ○ ITS: 5.762 (+36) nimmt leicht zu ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ hoch vor Weihnachten, letzten 2 Wochen gesunken, schwer interpretierbar. ▪ Sachsen und Thüringen mit höchster Inzidenz, aber sinkend, auffällig ist Brandenburg mit einem kleinen Anstieg an Sylvester ▪ Insgesamt keine reelle Einschätzung des Rückgangs möglich; ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 631 ▪ 19 LK > 25-50, ▪ 101 LK > 50-100, ▪ 248 LK > 100-250, ▪ 42 LK > 250-500 und ▪ 2 LK > 500-1000; ! Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien): Die grauen Balken geben den Anteil der Gesundheitsämter wieder, die an dem Tag übermittelt haben. Während der Feiertage bzw. Wochenenden haben 80% der Gesundheitsämter Daten übermittelt. Die täglich übermittelten Fallzahlen waren je Tag sehr	FG32 (M. Diercke) FG32 (M. Diercke) Alle

	unterschiedlich. Mit einem Meldeverzug von 1 Tag, ist dieser jedoch nicht größer geworden, auch mittels DEMIS wurden weniger Fälle vom Labor ans Gesundheitsamt übermittelt. Die geringeren Fallzahlen sind nicht auf den Meldeverzug zurückzuführen.	FG36 (W. Haas)
	! Diskussion: o Interessante Beobachtung in den ARS Daten, dass ein Rückgang von Testungen in allen Bundesländern, bis auf Brandenburg zu beobachten ist, daher geringerer Rückgang der Fallzahlen in Brandenburg. Die Testzahlen sollten mit den Meldungen verglichen werden, aktuell gibt es keinen signifikanten Verzug.	
	! Beschluss des Krisenstabs: Die Disclaimer bleiben bis Ende der Woche bestehen.	
	! Besprechung des Initiativberichts „Bevölkerungsbezogene antiepidemische Maßnahmen nach dem 10. Januar 2021“ (ID 2480) o Darstellung des Anhangs zum Initiativbericht; beinhaltet kurze Erläuterung zu den vorhandenen Systemen und deren Einschätzung zu z.B. Meldeverzug während der Feiertage; ARE Konsultationen, Testzahlen usw.	L. Wieler
	o Dank an alle die kurzfristig dazu beigetragen haben;	
	o Anhang sollte stark gekürzt werden, dennoch ist wichtig die verschiedenen vorhandenen Systeme gut strukturiert darzustellen	FG34 (M. an der Heiden)
	o Mehrere 100.000 Deutsche sind in den Feiertagen gereist; eine Einschränkung der Mobilität sollte als Maßnahme im Bericht erwähnt werden	
	o Mittels GISAID sollte geprüft werden, ob die neue Variante aus Südafrika in Deutschland schon vorkommt.	
	o Verschiedene Anmerkungen sollten in die Version von heute morgen eingearbeitet werden (TODO Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr)	FG34 (M. an der Heiden)

	! Hr. Wieler benötigt u.a. aktuelle Zahlen zu Schulen für die heutige Telefonkonferenz mit den Ministerpräsidenten der Länder um 17:00 Uhr. Entsprechende Zahlen wurden für den Krisenstab schon vorbereitet. S. Buda stellt in Absprache mit Mathias an der Heiden weitere Daten bis heute 16:00 Uhr zusammen. ! Vorstellung Lageeinschätzung (Folien hier) ○ Beurteilung der Aussagekraft der Meldedaten; Mittlere Dauer zwischen Erkrankung und Meldung im Median 6 Tage; in den letzten Tagen etwas höher; Es wurden mehr Fälle gemeldet, die etwas länger krank waren. Nowcast deutet möglicherweise an, dass Fallzahlen zurück gehen; Bei den kumulativen Fallzahlen ist ein Rückgang zu beobachten, stratifiziert nach Altersgruppen weitgehende Stabilisierung auf etwas niedrigerem Niveau. ! Vorstellung der Exzessmortalität (Folien hier) *TODO: Überarbeitung der ID 2480: FF Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr* *TODO: S. Buda erstellt in Absprache mit Mathias an der Heiden Grafiken für Vortrag von Hr. Wieler am 4.1.2021 Deadline 16:00 Uhr* *TODO: Analyse der GISAID Daten, ob Variante aus Südafrika schon in Deutschland vorhanden ist.*	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Zur Erinnerung: die Internationale Lage wird Freitags vorgestellt	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nichts zu berichten	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA:** ! Vor den Feiertagen wurden Informationen für Reiserückkehrer erneut aktualisiert, Dokumente zum	BZgA (H. Thais)

	Verhalten im Lockdown veröffentlicht und prominent platziert. In der Telefonberatung gab es viele Fragen zu Impfungen und Beratung zu persönlichen Belastungen. **Stufenplan (RKI):** ! Vorstellung eines Stufenplans (Folien hier und hier): inhaltliche Erarbeitung durch AL3, Kommentierung durch FG36 und grafische Aufbereitung durch P1 ○ Hintergrund des Stufenplans soll die Entlastung des Gesundheitssystems sein. Es wurden 5 Stufen anhand der 7-Tage-Inzidenz entwickelt, dies wurde mithilfe von Metaanalysen, Modellierungen und Literatur mit empfohlenen Maßnahmen je Stufe unterfüttert; Für die Einteilung der Maßnahmen in die Stufen wurden auch Stufenpläne anderer Länder verwendet (z.B. Irland). ○ Diskussion: Es sollte ein Hinweis eingefügt werden, dass die angegebenen Werte nur Richtwerte sind und nicht durch Literatur belegt werden konnten, da viele der vorgeschlagenen Maßnahmen in der Literatur gleichzeitig angewendet wurden. ○ Regionale Begebenheiten sollten mitaufgenommen werden (z.B. Ausbrüche). ○ Nachfrage: Für wen ist dieses Dokument gedacht und wann sollte es finalisiert werden? Das Dokument ist für politische Entscheidungsträger gedacht und soll als Anhaltspunkt dienen welche Maßnahmen in welcher Situation durchgeführt werden sollten. ○ Vorschlag: eine Präambel einfügen und Szenarien für die Anwendung des Stufenplans beschreiben ○ Die Stufen mit ihren weitreichenden Maßnahmen sollten von der Epidemiologie (7-Tage Inzidenz Werte) entkoppelt werden. Bei der Nutzung von Inzidenzwerten, sollten die regionalen Werte der Kreise genutzt werden und nicht die RKI Werte ○ Stufenplan soll in Abstimmung mit dem BMG veröffentlicht werden, allerding sollte die Einteilung in Stufen auf Basis der Evidenz (durch Studien usw.) erfolgen. *TODO: Kommentierung des Stufenplans durch den Krisenstab und Überarbeitung des Stufenplans, vor der Abstimmung mit dem BMG. Deadline Ende Januar* **RKI Pressestelle:**	AL3 (T. Jung-Sendzik

	! Die Impfzahlen werden nun vormittags veröffentlicht, aktuell erscheint zusätzlich zu den Zahlen auch eine Karte und eine Grafik zum Verlauf über die Zeit. ! Der Text für die Internetseite zu der neuen Variante wurde überarbeitet, Abt1 und Abt.3 sollen die Überarbeitung prüfen. *TODO: Kommentierung des Textes der neuen Variante durch Abt.1 und Abt.3*	Pressestelle (M. Degen)
6	**Neues aus dem BMG** ! Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Nicht besprochen b) **RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
8	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** **NRZ Influenzaviren** ! Update zur neuen Variante: Es hat eine Intensivierung der Sequenzierung von Proben stattgefunden. Es wurden 60 Proben aus dem Dezember u.a. aus dem AGI Sentinel (aus Sachsen und Thüringen) untersucht. Bis jetzt konnte dort die neue Variante nicht nachgewiesen werden. Es ist geplant weitere Proben aus dem AGI Sentinel zu sequenzieren. Die Variante wurde in vielen europäischen Ländern gefunden, die Rolle ist allerdings noch unklar. ! AGI Sentinel: über den Jahreswechsel trafen weniger Proben ein, allerdings ist der Anteil der pos. Proben von 8,6% auf 15,5% angestiegen. Die Probenanzahl hat sich von KW 51 auf KW 52 halbiert, bis auf Rhinoviren und SARS-CoV-2 wurden keine weiteren Viren gefunden. ! FG17 hat eine RNA Probe der neuen Variante (UK) erhalten, sollte von der Probe noch Material vorhanden sein, bittet ZBS1 um einen Teil der Probe ! FG17 berichtet darüber, dass sie eine Probe aus Dänemark (Nerz Variante) am 23.12 erhalten haben, die nun angezüchtet wird. **ZBS1** ! in KW 53 wurden 909 Proben im Labor untersucht, davon waren 385(42,35 %) positiv	FG17 (T. Wolff) ZBS1 (J. Michel)

	! in KW 52 606, davon 315 (48,09 %) pos. ! Aktuell werden viele Proben von bekannt positiven Fällen oder nach pos. Antigen-Schnelltest untersucht. ! ZBS1 hat Proben aus Dresden und Geesthacht erhalten, davon wurden 10 Proben sequenziert. ! Eine Übergabe der Untersuchung der Proben an FG17 ist geplant, dies wird noch in kleinerem Rahmen besprochen. ! ZBS1 ist nun an DEMIS angebunden und übermittelt Daten seit der KW53 ! Es treffen immer noch Proben aus der Studie COMO bundesweit ein, dazu sollen Absprachen mit Abt.2 (Hr. Schlaud) getroffen werden.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Aktuell sollen bis zu 20 Patienten aus dem Kleeblatt Ost verlegt werden. Die Lage in den verschiedenen Kleeblattregionen ist angespannt. Eine Verlegung aus Grenzregionen ins Ausland soll jedoch erst nach Absprache erfolgen. ! IBBS möchte Südafrika mit Angeboten in der Telemedizin unterstützen, dies soll nochmals separat besprochen werden.	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** !	Alle
13	○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: Anteil der 15-20-Jährige mit COVID-19 höher als in jüngeren AG ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Übermittlung von Ausbrüchen in KW52 und 53; Erkrankungsbeginn allerdings früher ○ Ausbrüche in Schulen ▪ Auch Schüler betroffen, Rückgang von Ausbrüchen zu beobachten, durch Schulschließungen weniger Aktivität; Schulöffnungen sollten nur mit Maßnahmen, die Übertragung in Schulen einschränken, erfolgen. ! Mobilität während der Feiertage Dezember 2020 (Folien hier) ○ Lockdown hat Wirkung gezeigt, die Mobilität ist geringer als im Vorjahr (2019); Die Mobilität stieg vom 14.-16.12. an (Einkaufsverhalten vor hartem Lockdown), auch nach den Feiertagen hat die	FG36 (S. Buda)

	Mobilität wieder zugenommen, allerdings insgesamt niedriger als im Vorjahr. Am 3.1. war die Mobilität so niedrig wie zu Zeiten des 1. Lockdowns im Frühjahr 2020. Der 2. Lockdown hat sich bemerkbar gemacht;	L. Wieler
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** !	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** !	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*06.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Christian Herzog
- MF4
  - Linus Grabenhenrich
  - Martina Fischer
- P1
  - Mirjam Jenny

! P4

- Susanne Gottwald
- Frank Schlosser

- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZIG1
  - Regina Singer
- BZgA
  - Heidrun Thaiss
- BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.808.647 (+21.237), davon 36.537 Todesfälle (+1.019), 7-Tage-Inzidenz 127/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,61; 7-Tage-R=0,83: R-Wert deutlich unter 1 ○ Impfmonitoring: 316.962 (+44.563) geimpfte Personen ○ ITS: 5.678 (-66) ▪ leichter Rückgang, jedoch fast 37% versterben, keine Entwarnung, nach wie vor hoch ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichter Rückgang, aber alle BL auf hohem Niveau ▪ Höchste Inzidenzen in Sachsen und Thüringen, aber auch dort leichte Entspannung. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Kein Kreis mit Inzidenz > 500 ▪ 30 LK mit Inzidenz >250 - 500 Fälle ▪ nur 26 LK mit Inzidenz <= 50 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ Höchste Inzidenzen bei >80 Jährigen, rückläufig auf hohem Niveau ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 0-4 und 5-14 Jährigen ○ COVID-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ In letzten Kalenderwochen viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, mehr als in privaten Haushalten, weiterhin besorgniserregend. ▪ Liegt das evtl. daran, dass der Fokus der GA mehr auf Heimen und nicht auf Haushalten liegt? Nur bei einem kleinen Anteil der Fälle wird von GA ein Ausbruch angelegt, evtl. werden nicht alle Ausbrüche in privaten Haushalten in Software erfasst.	FG32 (Diercke) FG37

	▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung. ▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird. ▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung. ○ COVID-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung. ○ In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.	Abt. 3 (Hamouda) FG37 (Eckmanns)
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ In KW 52 ist die Testzahl deutlich niedriger als in KW 51, in KW 53 nochmal deutlich niedriger. Positivenquote ist auf 16% in KW 53 gestiegen. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger. ○ Kein nennenswerter Rückstau von Proben **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil >16%. ○ Anteil nach Bundesland ▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen.	

	Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Am häufigsten werden >=80 Jährige getestet. ▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten. ○ Abnahmeort ▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf >20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin. ○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Thüringen > 2 Tage von Abnahme bis zum Test ○ Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden.	FG36 (Buda)
	○ Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? ▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests. ▪ Voxco-Abfrage hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen. ○ Abnahmekapazitäten sind deutlich zurückgegangen, warum wurden trotz Krise so viele Arztpraxen über Weihnachten geschlossen? Funktionäre der kassenärztlichen Vereinigung scheinen die Krise nicht ernst genug zu nehmen. ○ Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher. ○ Wird von Hr. Hamouda und Hr. Bayer in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt. ○ Unklarheiten zu staatlichen vs. privaten Bestellungen von Antigentests sollen ebenfalls in Runde beim BMG miteingebracht werden.	MF4 (Fischer / Grabenhenrich)
	! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)	

- Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle.
- ARE-Konsultationen
  - Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten.
- ICOSARI-KH-Surveillance
  - Anzahl SARI-Fälle bei >60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau.
  - Bei >80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet.
  - Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch.
  - Altersverteilung: Jüngere sind deutlich seltener betroffen als in den Vorjahren, da weder Influenza noch RSV. Ist indirekter Effekt der allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung respiratorischer Erkrankungen.
- Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser.
  - COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern.
  - Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten.

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)

- Bundesländertabelle
  - Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensivmedizinscher Behandlung.
  - Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN.
  - Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv.
- Regionale Kapazitätslage
  - Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei >25%, in 3 BL bei >30% (BE, BB, SN).
  - Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9

	BL unterschreiten diese Grenze. ▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen. ○ Zeitliche Entwicklung ▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen. ▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen. ▪ Freie IV-Kapazitäten sinken. ○ Prognosemodellierung ▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie) ▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene ▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster ▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen ○ Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? ▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal. ○ Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? ▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers. ○ Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freigehalten werden sollten. ○ Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? ▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebseinschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.	

2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Rückmeldung aus Bevölkerung: Impfen in stationären Pflegeeinrichtungen scheint zu funktionieren, im ambulanten Bereich gibt es Probleme bei der Terminvergabe. ! Rückmeldung von Kollegen aus Impfzentren: kein Mangel an Ärzten, zum Teil Bedarf an unterstützenden Materialien, in Einzelfällen wurden Impfdosen verworfen. **Presse** ! Terminhinweise: am Samstag findet ein Town Hall Meeting für Ärzte und Apotheker mit Hr. Wieler, Hr. Spahn und dem PEI statt. ! Am 14.01. findet eine RKI-Pressekonferenz statt. ! Wird die Möglichkeit genutzt 6 statt 5 Impfdosen pro Einheit zu verimpfen? o Nach Kenntnis von Fr. Thaiss wird diese Möglichkeit zunehmend genutzt. o Keine Informationen dazu im Impfmonitoring. ! Sehr unterschiedlich, wie mit verfügbaren Impfdosen umgegangen wird: Zum Teil werden Impfdosen für die 2. Impfungen vorgehalten, zum Teil wird alles verimpft und für die 2. Impfungen auf neue Lieferungen gewartet.	BZgA (Thaiss) Presse (Wenchel)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Beschlüsse vom 5.1. und Auswirkungen auf RKI o Bei molekularer Surveillance ist RKI konkret angesprochen. o Konzept, wie integrierte molekulare Surveillance im	Alle

	Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden. ○ Vorbereitungen bei MF1 laufen. Sequenzierung am RKI wird von 100 auf 200 pro Woche verdoppelt werden. Dafür soll eine Stichprobe an Laboren 5 Proben pro Woche ans RKI zur Sequenzierung schicken. ○ Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten. ○ Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken. ○ Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren. ○ Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen. ○ Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügungstellung. ○ Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von S. Kröger zirkuliert werden. ○ Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen. ○ Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo. *ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF S. Kröger, FG17* ○ Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll. ○ Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht. ○ Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote. ○ Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft noch weitere Varianten dazu kommen werden. Nur mit einer Gesamtgenomanalyse können die Varianten entdeckt werden. Eine Zunahme von Varianten durch Impfung ist zu	

	erwarten. *ToDo: Lagezentrum soll Beschlüsse vom 5.1. Punkt für Punkt durchgehen und überlegen, ob Konsequenzen für RKI entstehen. Falls ja, am Freitag Besprechung im Krisenstab.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** ! Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management ○ Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen. ○ Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden. ○ Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. W. Haas macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt. ○ WHO hat eine Gruppe gebildet, die sich mit der Benennung der neuen Varianten befasst. Bis zur Entscheidung auf internationaler Ebene soll die B-Nomenklatur verwendet werden. ○ Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage. ! Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonenmanagement ○ Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich. ○ Wenn die Daten zum AstraZeneca Impfstoff verfügbar sind und keine Virusreduktion im relevanten Maß erreicht wird, muss nochmal überlegt werden, ob noch eine Aussage für alle Geimpften gemacht werden kann. ○ Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt. ○ Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden. *ToDo: Nach Abstimmung Vorlage BMG zur Kenntnis. Falls keine Rückmeldung: Veröffentlichung am nächsten Tag, Veröffentlichung noch diese Woche.*	FG36 (Haas)
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ! Virologische Surveillance ○ Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2. ○ Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von	FG17 (Dürrwald)

	Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen. ○ Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Intensivmedizinern in großen Städten ist aufgefallen, dass der Anteil der Personen auf IST mit Islamhintergrund relativ hoch ist. Teilweise >50%, was am kulturell anders gelebten Krankenbesuch liegen könnte. Soll das gegenüber dem BMG thematisiert werden, wer könnte der richtige Vermittler sein? ○ Vorschlag von BZGA: Integrationsbeauftragte *ToDo: Erste Kontaktaufnahme mit BMG mündlich, falls gewünscht, gemeinsame Kontaktierung der Integrationsbeauftragten*	IBBS (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (hier) ○ Änderungen von FG14 wurden eingearbeitet, am Ende wurde ein Absatz zu bereits geimpftem Personal eingefügt. Hier kann ab 14 Tagen nach der 2. Impfung von einer ausreichenden Immunität ausgegangen werden. ○ Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekulardiagnostisch oder PCR verwendet werden. *ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung*	FG37 (Eckmanns)
	! Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene? ○ Frage aus der AGI TK: Antigenscreening von med. Personal oder Berufspendlern ist kostenintensiv und aufwändig, können Genesene und Geimpfte freigestellt werden? Bitte um wissenschaftliche Einschätzung. ○ Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden. ○ Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden. ○ Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. Hr. Eckmanns wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen. ○ Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden.	FG38 (Rexroth)
	! Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften ○ Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden. ○ Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor	FG38 (Rexroth) FG37

	und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	(Eckmanns)
12	**Surveillance** ! Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition. ○ Frage aus BMG: Warum wird von europäischer Falldefinitionen abgewichen? Ist fachlich begründet. ○ Sollen Antigentests übermittelt werden? ○ Über Voxco-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer? ○ Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt. ○ Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüberwachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware. ○ Noch gibt es keine Empfehlung für SurvNet vom BMG. BMG verweist auf mangelnden IT-Standard. Bis dieser nicht erreicht wird, ist keine Unterstützung von politischer Seite zu erwarten. Ist fachlich in keiner Weise begründet. ○ SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden. ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: O. Wichmann)	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*08.01.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
- o Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ester-Maria Antao
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): fast 85 Mio. Fälle weltweit, >1,8 Mio. Todesfälle ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 52, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC ▪ Größter Anstieg in KW 52 in Italien, Brasilien, USA, GB ▪ Starker Abfall in Russland, Türkei und auch Indien ▪ 7-Tage-Inzidenz in USA und GB >400/100.000 ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 85 Länder/Territorien (Stand 04.01.2021) ▪ Europa: nur Guernsey, Vatikan und ein weiterer <50/100.000 ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH ▪ 3 Länder <50/100.000: Griechenland, Finnland, Island ○ Laborbestätigte COVID-19-Todesfälle– EU/EWR/GB/CH ▪ Daten wie EuroMOMO anders dargestellt (ECDC Folie) ▪ Vergleich 1. und 2. Welle, zwei Trends: 1. Länder wo 2. Welle >1. Welle, 20 Länder 2. Länder wo 1. Welle > 2. Welle, 7 Länder ! WHO epidemiologischer Update 03.01.2021 ○ Größte gemeldete Neufallzahl in Region Amerika, gefolgt von Europa ○ 3. Woche in Folge weltweit >4 Mio. neue Fälle ○ Leichter Rückgang (2%) im Vergleich zu Vorwoche, vorsichtig zu interpretieren da Zahlen ggf. von Meldeverzug betroffen ○ Letzte Woche leichter Rückgang der Todesfälle: Amerika 47% aller neuen Todesfälle, Europa 32%, SEARO 10%, Afrika 2% ! SARS-CoV-2-Varianten ○ GB VOC 202012/01 Variante ▪ 3-facher Anstieg der 14-Tage-Melderate ▪ Viele genetische Veränderungen, besonders im Spike Protein ▪ Variante führt nicht zu schwereren Verläufen und höherer Fallsterblichkeit, aber zu höherer Übertragbarkeit ▪ 43 Länder (viele in EU) haben Fälle gemeldet	ZIG1

	▪ In GB starke Maßnahmen, fast 80% der Bevölkerung ist ans Haus gebunden ○ Südafrika 501Y.V2 Variante ▪ Entdeckt durch Routinesurveillance ▪ Schnelle Verbreitung ▪ Hast sich seit Anfang November schnell zu dominanter Linie entwickelt, >90% der Sequenzen ▪ In 11 Ländern außer Südafrika identifiziert ▪ Variante wurde jetzt auch durch KL in Probe aus BW identifiziert, 6-jähriger Reiserückkehrer ▪ Tokyo ist im Lockdown, gibt es die südafrikanische Variante auch in Japan? Und in China? Keine Info zu China, Japan Info geht an Verteiler Krisenstab ○ Es wird immer mehr und neue Varianten geben: molekulare Surveillance ist sehr wichtig, Deutschland sollte sich nicht auf bekannte/von anderen identifizierte beschränken, sondern auch selbstständig neue Genomsequenzen identifizieren	FG37/ZIG/alle
	Impfstoffe Afrika ○ Viele afrikanische Länder haben Probleme, an Impfstoff zu kommen, sollte das RKI eine Stellungnahme vorbereiten? ○ ZIG hat gestern die Vorbereitung eines Briefs besprochen, ○ Es gab bereits Anfragen von Partnern ○ Deutschland steht nicht wirklich hinter der COVAX Initiative ○ ZIG hatte einen Austausch auf Arbeitsebene mit BMG: BMG plant nichts zu tun, RKI Brief an BMG wird vorbereitet, zwei Argumentationslinien: 1. Wichtigkeit sozialer Gleichheit – Fragen werden immer wieder kommen, Vorschläge zum Umgang damit in RKI-Projekten 2. Brief gemeinsam mit Partnern zur Veröffentlichung - europäische Wissenschaftler äußern sich zum Ausrollen des Impfstoffs in unseren aber nicht in Partnerländern ○ ZIG-Entwurf wird demnächst Leitung vorgelegt	FG32
	National ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.866.887 (+31.849), davon 38.795 (2,1%) Todesfälle (+1.188), 7-Tage-Inzidenz 136,5/100.000 Einw., Fälle IST 5.491 (07.01.2021), Reff=1,15, 7-Tage Reff=1,09 ▪ Keine Entspannung der epidemiologischen Lage ▪ Datenerhebung normalisiert sich langsam, unsicher, ob es sich um Fälle handelt, deren Erkrankungsbeginn weiter zurückliegt; dies kann einmal eruiert werden, dennoch ist das aktuelle	

	Infektionsgeschehen sehr aktiv ▪ Zahlen sind beunruhigend, aber nicht unerwartet ○ Impfungen: >400.000 durchgeführt mit der 1. Dosis ○ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber keine Entspannung ○ 7-Tage-Inzidenzen: ansteigend in SN, ST, BB, TH, eventuell waren Daten zuvor zu niedrig, aktuell ist nicht beurteilbar wie viele aufgrund von Nachuntersuchungen übermittelt werden ○ Geografische Verteilung: viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), nur 15 Kreise <50 ○ Sterbefallzahlen: Datenstand 30.12.2020, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 11% sichtbar, wahrscheinlich größtenteils COVID-19 bedingt ! Inzidenzunterschied BL und RKI ○ In BB wurden für manche lokale Kreise wesentlich höhere Inzidenzen ausgewiesen als die in Meldedaten ○ Rückfrage an BB wurde gestellt aber Antwort steht noch aus ○ Ursache noch unklar, könnte mit (neuen) Falldefinitionen zusammenhängen, wird untersucht ! Darstellung Impfdosen im RKI-Lagebericht ○ Bald werden die ersten Personen zum zweiten Mal geimpft, wie soll dies im Lagebericht visualisiert werden? ○ Viviane Bremer steht mit FG33 im Austausch hierzu und ein Vorschlag wird entwickelt ○ Es wird eng auf der 1. Seite **Disclaimer auf Dashboard** ! Wie lange soll der aktuelle Disclaimer auf dem RKI Dashboard erhalten bleiben? ! Ziel ist war vorsichtige Interpretation der Daten während der Weihnachtsfeiertage und zum Jahreswechsel aufgrund reduzierter Arztbesuche, Probennahme, Laboruntersuchung und Datenübermittlung ! Begründung (zu) niedriger Fallzahlen ! Aktuell passiert, was wir erwartet haben, Testung normalisiert sich und Nachmeldungen kommen ! Mehrere BL sind mit der Dateneingabe noch nicht up to date, es stapelt sich in den GA und wird schwungweise nachgetragen, sie kommen nicht gut hinterher ! Realität der Meldedaten: Probleme der Interpretation bestehen eigentlich durchgehend aufgrund des Meldeverzugs und der Überlastung ! Es wurden zusätzliche Instrumente etabliert (GrippeWeb, ARS, etc.), auch diese liefern nicht die gewünschten Informationen ! Dennoch sollte die Aussagekraft unserer Daten und damit	FG34/FG32 Präs/FG32/FG34 VPräs/alle

	unsere Glaubwürdigkeit nicht relativiert oder unterminiert werden ! RKI muss die Daten im Rahmen des möglichen interpretieren, sollten die Aussagekraft nicht einschränken ! Feiertageeffekt und darauf basierte Verzerrung ist jetzt vorbei *ToDo: Disclaimer soll kommenden Montag vom Dashboard und aus dem Lagebericht entfernt werden*	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Follow-up Mission (nach der im Oktober 2020) in den Kosovo in 1-2 Wochen zur Laborunterstützung ! Viele Aktivitäten/Ausführungen im Zusammenhang mit neuen Varianten, Risikogebieten und VO, auch bzgl. Grenzschließungen ! s.u. 13. Transport & Grenzübergangsstellen zu Rechtsgrundlagen ! Hochrisikogebiete ○ In MPK Konferenz wurden „Hochrisikogebiete" beschlossen ○ Diese sind bisher nicht klar definiert ○ Es gab eine Rücksprache mit BMG auf Fachebene, Initiative kam nicht vom BMG (teilt unsere Einschätzung) ○ Thema wird wohl erneut auf Ministerebeneniveau diskutiert ○ ggf. in zwei Wochen Differenzierung von Risikogebieten ! Vorlage für Muster-Quarantäne-VO erwähnt Freistellung von Personen aus Ländern „mit Hygienekonzepten die vom RKI ausgewiesen werden", unglückliche Formulierung ! Gestern Flughafen TK ○ Teilnehmende verstehen unter Hoch-risikogebieten Länder, in denen neue besorgniserregende Varianten zirkulieren ○ Coronavirus-Schutz-VO sieht besondere Maßnahmen für Reisende aus Südafrika und GB vor, heute kommt voraussichtlich Irland hinzu	ZIG FG38
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Neue Virusvarianten – Integration in Risikobewertung?** ! Integrieren eines Hinweises auf die neuen Varianten, deren Auswirkung auf die Lage noch nicht einschätzbar ist ! Zunächst Monitoring der Situation in Kreisen, wo sie aufgetreten sind, sowie deren Entwicklung im Vergleich zu anderen Kreisen ! Aktuell keine flächendeckende molekulare Surveillance, es ist nicht auszuschließen, dass Varianten auch anderswo vorhanden	VPräs/alle

	sind ! Varianten müssen nicht automatisch zu Fallzahlanstieg beitragen, dies hängt von lokalen Infektionsschutzmaßnahmen und anderen Faktoren ab ! Alle 3 BL-TKs diese Woche hatten ausführlich diese Thematik: es besteht große Erwartungshaltung gegenüber Bundesebene (BMG/RKI), sowohl zum Monitoring und Sampling Konzept als auch bzgl. Risikobewertung; wie häufig keine einheitliche Haltung, z.B. ist BY höchstbesorgt, will alle Einreisenden aus GB und Südafrika wie bestätigte Fälle behandeln, andere BL fokussieren sich mehr auf ihre anderen Sorgen ! Stellungnahme Bundesebene wäre gut, sowie Mitgestaltung der VO durch RKI, da diese das Screening Konzept vorgeben wird ! Reisen/Empfehlungen o Nach wie vor vermutlich viele unnötige Privatreisen, diese sollten so weit wie möglich eingeschränkt werden o Mobilität treibt jede Epidemie o Thema wird von der Politik nur widerwillig angegangen o BKA strebt Unterbindung grenzüberschreitender Reisen an, aber Evidenzlage ist nicht ganz klar o Die unterschiedlichen Ressorts stimmen nicht überein, es gibt viele Diskussionen im politischen Rahmen o Unklar, ob RKI da noch mehr liefern bzw. steuern kann o Neue Varianten kommen aus dem Ausland nach Deutschland, Virus bewegt sich durch Reisen(de) weiter o EU-Kollegen glauben, dass Reisen ein Problem darstellen o Reiseeinschränkungen führen lediglich zu Verzögerung der Verbreitung, jedoch möglichem Zeitgewinn ! KoNa Management (FG37/FG36) o Bei neuen KoNa Management Empfehlungen wird Verkürzung der Quarantäne für Fälle neuer Varianten ausgeschlossen o Generell soll bei der Kommunikation auch Menschen mit leichten Erkrankungssymptomen mit erhöhtem Risiko (z.B. Einreise aus einem der betroffenen Länder) auf jeden Fall zu Selbstquarantäne geraten werden ! Mobilität o P4 hat über die Feiertage Bevölkerungsbewegungen nachverfolgt, diese werden jedoch an den Grenzen verloren o Reisemobilität könnte gesondert über Flughäfen untersucht werden, z.B. Besucheraufkommen an den Flughäfen o Eventuell ist es schwierig, den Zusammenhang herzustellen bzw. Ergebnisse zu interpretieren aber wird eruiert ! Hochrisikoländer	Präs/alle

	○ Gestern viele Anfragen bezüglich Irland und Dänemark ○ Grenze zu Irland wird geschlossen, weil 25% der Fälle die neue Variante vorweisen, die zu DK mit 2% der Fälle neuer Variante nicht ○ Interpretation Surveillancedaten anderer Länder schwierig ○ Sequenzierung zwischen den Staaten ist noch viel unterschiedlicher und nicht vergleichbar ! Es sollte noch klarer kommuniziert werden, dass Mobilität das Risiko erhöht ! Presse: integriert Mobilität und Reisen in Sprechzettel nächste Woche *ToDo: Entwurf neue Risikobewertung mit Hinweis auf neue Varianten für Krisenstab Montag (FF?)* *ToDo: FG32 nach Möglichkeit Untersuchung der Situation und Entwicklung in Kreisen in denen die neue Variante bekannterweise präsent ist*	
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Rückfragen aus der Bevölkerung zum 15km Radius ○ Unsicherheit insbesondere bei älteren Menschen/Menschen, die in ländlichen Gegenden wohnen ○ Ansage deutlich, dass 15km Radius bei notwendigen Erledigungen überschritten werden kann ! Arbeitnehmende ○ Müssen sich gegen veranschlagte nicht-Einhaltung von Maßnahmen im Rahmen ihrer Arbeit wehren ○ Maßnahmen nicht immer konsequent von Arbeitgebenden umgesetzt ○ Beispiel stationäre Pflegeeinrichtungen: haben Pflegekräfte tatsächlich genug Infomaterial? ○ Es wird auch bzgl. Informationsmaterial zu Impfzentren eine Bestandsaufnahme durchgeführt ○ Unterschiedliches Verhalten bei Besuchen im KKH/Pflegeheimen: dies ist auch abhängig von kulturellem Hintergrund, es gibt viel seriöses angepasstes Material hierzu, das zur Kommunikation genutzt werden kann ! Arbeitgebende ○ Von politischer Seite müssten ein Konsens und klare Empfehlungen hierzu geschaffen werden ○ Insbesondere im Niedriglohnsektor gibt es keine Arbeitgeberunterstützung, z.B. bei leichter Erkrankung ○ Viele Entscheidende haben den Ernst der Lage und ihre Verantwortung nicht erfasst ! RKI verfasst einen Brief an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie, weitere (alle in Briefkopf), FG36 beginnt entsprechenden Entwurf für Präs, darin bitte auf vorhandene	BZgA Alle

	Materialien für Arbeitgebende/Arbeitnehmende hinweisen *ToDo: FG36 fertigt Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie usw. an und lädt andere zur Ergänzung/Kommentierung ein*	
6	**RKI-Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Nicht besprochen b) **RKI-intern** ! Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfung (nur freitags)** **Generelles Update** ! Impfstoffe ○ Heute aktualisiert STIKO ihre Empfehlung: neu zugelassener Moderna Impfstoff geht ab Dienstag in die BL ○ Diskussion in Medien zu 1., 2. Dosis und Impfintervall, Empfehlungen bleiben dieselben ○ Aufklärungsmaterialen in Impfzentren müssen bzgl. Moderna Impfstoff aktualisiert werden ○ Astra Zeneca nächster Kandidat in der Reihe ▪ Im Februar soll Beschluss genommen werden ▪ Kein Selbstläufer wie die anderen da Impfstoff weniger perfekt ist ▪ Einsatz muss diskutiert werden ▪ Möglicherweise Beschränkungen da Daten für ältere Personen sehr begrenzt sind ! Viele Anfragen zum Impfen in Seniorenheimen: manche impfen nicht, wenn es 1 Fall gibt ! FG33 & FG37 haben Empfehlungen entwickelt: es soll in jedem Fall geimpft werden, da selbst 1 Dosis positiven Effekt hat ! Antigentests nach Impfung ○ Bei manchen Geimpften sind Antigentests 2-3 Tage nach Impfung positiv ○ FAQ werden hierzu ergänzt und sind in Abstimmung ○ Muss gut beobachtet werden: Impfstoff ist reaktogen und allgemeine Symptomatik ist teilweise zu erwarten, wenn Personen dann getestet werden, ist positiver Antigentest schwer zu interpretieren ○ Präs Kontakt mit Sahin von BioNTech: S-Gen wird auch in der Nase exprimiert, mögliche Folge der Impfung ○ Antigentest Nachweis beruht auch auf N-Protein (z.B. Roche)	FG33/alle

	○ Die meisten Antikörpertests zielen auf S-Protein ab, Antigentests häufiger auf N-Protein, da es reichlicher vorhanden ist ○ Klärung, welche Antigentests bei den Geimpften verwendet wurden ○ Unterstützung von ZBS1/FG17 zu Antigentests ! Impfquotenmonitoring ○ Läuft und ist auf gutem Weg ○ Nicht einfach, alle BL an Bord zu haben, Schnittstellen kommen, BY haben eigene Sachen gemacht ○ Dashboard im Auftrag des BMG befindet sich in Entwicklung ! Verschiedene Studien sind geplant, hinzuzufügen ist Umgang mit neuen Varianten, z.B. bei Impfdurchbrüchen – Präs soll informiert werden wegen anstehendem Townhall Meeting ! Impfstoff Wirksamkeit gegen neue Varianten, gibt es hier Neuigkeiten zu Neutralisationstests? Wann wird dies vorliegen? ○ Impfwirksamkeit hat erhebliche Folgen auf Präventions-strategie ○ Vorgestern HSC Web Seminar mit EMA, usw.: bis Ende dieser Woche werden von GB erste Ergebnisse von Neutralisierungstests erwartet ○ Auch Impfstoffhersteller sollen hierzu Ergebnisse liefern ○ Hoffentlich nächste Woche Hinweise hierzu ○ Grundsätzlich wird nicht davon ausgegangen, dass Wirksamkeit sehr viel anders/niedriger ist (es wird eine breite poliklonale Antwort angestoßen) ○ Bei südafrikanischer Variante sind die Bedenken größer als bei der GB Variante, hierzu gibt es keine Informationen ○ 6 Wochen sind zur Impfstoffanpassung notwendig, dann Produktion ○ Zulassungstechnisch/regulatorisch sollte Anpassung der Sequenzen kein Problem sein ○ Virusanzüchtung ist nicht so leicht, bisher hat RKI keine Proben erhalten um Bemühungen zu unterstützen ○ Bei Impfdurchbruchstudien bitte mit einplanen, dass Virus hier erhalten wird ○ FG33 heute TK mit Charité: dort werden MA geimpft, dann ist auch longterm Follow-up auf Impfdurchbrüche und asymptomatische Infektionen geplant, inklusive wöchentlicher Testung *ToDo: Abt. 3 (FG37?) Klärung welche Antigentests bei Geimpften mit positiven Ergebnissen verwendet wurden, Unterstützung von ZBS1/FG17 zu den verschiedenen Tests und auf welche Protein sie abzielen* **Umgang mit Geimpften und Quarantäne (& Testung)** ! BMG (Sangs, Holtherm) bat um RKI-Stellungnahme bzgl. Coronaeinreise-VO, steht RKI weiter dazu wie in Erlassbericht	

vom 22.12.2020, in dem für Geimpfte und Genesene Ausnahme der Quarantäne bewilligt werden soll?

! Testung vs. Quarantäne: sollten diese Personen auch keinen Test vor und nach Einreise vorweisen müssen?

! Politisch ist dies vom Minister nicht gewollt, Sangs weist darauf hin, dass dies für Genesene bereits gilt, für Geimpfte sollte es rechtlich gleich sein (ansonsten sind Klagen wahrscheinlich)

! Wenn es zeitnah eine klare Aussage vom RKI gibt, wird diese eventuell berücksichtigt

! Evidenzlage
  - Impfstoffwirkung ist noch nicht bekannt
  - Dauer des Schutzes ist ebenfalls unbekannt
  - Evidenz ist aktuell nicht genügend bezüglich Reinfektion und Ausscheidung (für Genesene und Geimpfte)
  - Es sind keine Ausbrüche bekannt, die von Reinfizierten ausgehen, diese scheinen nicht den gleichen Beitrag zur Gesamtausbreitung zu haben wie Erstinfizierte
    ! Wir müssen noch Erfahrungen mit Geimpften sammeln

! Andere Länder
  - Internationale Rückmeldungen: DE Entscheidung Genesenen Sonderstatus zu geben wird für mutig gehalten, es sollten nicht automatisch auch Geimpfte Sonderstatus erhalten
  - Präs Austausch mit Kollegen aus FR, BE, CH, GB, keine von diesen sind bereit, Sonderstatus zu vergeben
  - US CDC Regelung für Genesene: gilt seit September für 3 Monate nach Erkrankung, geben zu, dass Datenlage dünn ist und Entscheidung auf Musterbeobachtungen von normalen Coronaviren basiert
  - Norwegen empfiehlt keine Quarantäne für Genesene bis 6 Monate nach Nachweis (hier)

! Herdenimmunität
  - Vertrauen wir bei Impfung nur auf individuellen Schutz vor schwerer Erkrankung?
  - Verabschieden wir uns vom Narrativ der Herdenimmunität durch Impfung?
  - Verhinderung von Infektionen: bei mRNA-Impfstoffen nur Daten aus Tierversuchen, bei Astra Zeneca beim Menschen nicht ausreichend, Konfidenzintervall zu groß ! nicht interpretierbar
  - Es wird vermutet, dass Impfung einen Herdeneffekt hat
  - Konkrete Anzahl der zu Impfenden zum Erreichen der Herdenimmunität hängt von diversen Faktoren ab: Infektionsverteilung in der Bevölkerung, R-Wert, Impfeffektivität, Altersgruppen, usw.
  - In Manaus (BR) wurden in der 1. Welle ~67% der Bevölkerung infiziert, dort wird jetzt eine schwere 2. Welle

	beobachtet (hier) ! Diverse Punkte ○ Bei Infektionen gibt es eine Heterogenität der Folgen ○ Es ist unmöglich, vorherzusagen ob Infektion glimpflich abläuft, jeder erkrankte hat einen Vorteil durch die Impfung ○ Impfstoff-Heterogenität macht Situation schwieriger, es gibt noch weniger Information und Daten ○ Dritter Impfstoff ist weniger gut ! erschwert Situation ○ Probleme mit Impfcompliance: Sonderstatus ist möglicher Impfanreiz, wenn dieser wegfällt ist Compliance eventuell noch schlechter ○ BMG steht Möglichkeit einer Differenzierung der VO nach Impfstoff offen gegenüber, dann müsste RKI aber wieder eine Liste als Referenz bereitstellen und die Labornachweise müssten Infos zum Impfstoff enthalten ! Fazit ○ Es gibt keine Evidenz, dass einmal Genesene wesentlich zur Transmission beitragen, Quarantänepflichtausnahme kann für diese bestehen bleiben ○ Das gleiche für Geimpfte zu behaupten ist nicht möglich, diese sollten weiterhin keinen Sonderstatus erhalten ○ Testpflichtausnahme weder für Geimpfte noch für Genesene ○ Kommunikation erneut ganz wichtig ! Aufgaben ○ Ute Rexroth: LZ klarstellen, dass Papiere, die heute vom BMG zurück kommen nun nicht publiziert werden ○ Ute Rexroth: schnelle Rückmeldung an BMG, dass RKI Einschätzung hierzu ändert ○ Ole Wichmann: revidiert ehemaligen Bericht an BMG, neuer Bericht, dass RKI Einschätzung inklusive Begründung ○ FG36/FG37: Überprüfung der KoNa Papiere ob Änderungen notwendig sind nachdem FG33-Bericht an BMG fertig ist ○ Pressestelle: Anpassung der FAQ und Textbausteine für Webseite *ToDo: s. u. Aufgaben*	
9	**Labordiagnostik** ! FG17: AG Influenza 358 Einsendungen in letzten 4 Wochen, 43 davon positiv (12%) ! ZBS1 ○ 812 Einsendungen diese Woche, 358 positiv (44%) ○ 180 Proben zur Sequenzierung, 1 Probe aus Dresden positiv auf 117(?), eine aus …? (ZBS1, gerne im abgelegten Protokoll (hier) ergänzen, war für mich nicht zu verstehen)	FG17 ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** ! Es wird immer knapper, aktuell verlegt nur das Kleeblatt Ost nach Nord ! Es gibt diverse Verlegungen innerhalb der Kleeblätter, die Kapazitätenverringerungen sind sichtbar	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Sterbezahlen/Pflegeheime** ! Gibt es in Deutschland eine Gruppe die sich mit dem Thema befasst? Kann man noch mehr tun, um es Aufzugreifen und mehr Aufmerksamkeit zuzuordnen? Wir schonen die verantwortlichen (Träger), können diese nicht ins Rampenlicht der Verantwortung gezogen werden? ! Problem ○ Schlecht ausgebildete und zu niedrig bezahlte Leute ○ Schon jahrelang in Anbahnung ○ Altenheime werden immer günstiger, weil so die Kosten gesunken sind ○ Pflegeheime haben kein Personal und sind völlig überlastet ○ BMG-Test-Initiative wird positiv gesehen ! Können Ressourcen gesteigert werden um dies anzugehen? ! BY hat Pflegekoordinatoren benannt und diese auch in Krisenstäbe integriert, sie gehen in GA und Einrichtungen und geben Hinweise, scheint dort gut zu funktionieren, könnte anderen BL vorgestellt werden ! RKI kann dies kapazitätsmäßig nicht selber angehen, FG37 ist aber regelmäßig in Kontakt mit Pflegebeauftragten, diese sind an einem Austausch interessiert ! Pflegebeauftragte haben das Mandat und die Autorität ! Termin mit Präs und Pflegebeauftragten wir angestoßen	Präs/alle
12	**Surveillance** ! Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Flug-KoNa Hochrisikoländer** ! Soll gezielt für diese Flug-KoNa wieder aufgenommen werden? ! Aktuell ist Flug-KoNa pausiert, könnte aber für GB, Südafrika und Irland erneut starten ! Es kommen weniger aber noch stets Flüge mit Personen von dort an, wenn sie vorab bei BMVI angemeldet sind ! Ja, soll aufgenommen werden, 2 Reihen vor und hinter Fall	FG38

Zusammenfassung Rechtsdokumente

Muster-Quarantäne-Verordnung

- ! Das BMI hat die auf Basis des MPK-Beschlusses vom 05.01.2021 angepasste Muster-Quarantäne-Verordnung den Bundesländern zugesandt, welche diese bis 11.01.2021 umsetzen sollen. Die Regelungen sollen kurzfristig in der neuen Coronaeinreiseverordnung aufgehen.
- ! Der MPK-Beschluss vom 05.01.2021 ist hier verfügbar: https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-5-januar-2021-1834354

Coronavirus-Schutz-Verordnung (CoronaSchV vom 21.12.2020)

- ! Die CoronaSchV, die in Hinblick auf neue Varianten des SARS-CoV-2-Virus Pflichten von Einreisenden nach Aufenthalt im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland oder in der Republik Südafrika beschreibt, wurde am 06.01.2021 vorerst bis 20.01.2021 verlängert.

Allgemeinverfügung des BMVI auf Basis des Art. 21a Abs. 1 S. 1 und 2 der Verordnung (EG) Nr. 1009/2008

- ! Hinsichtlich der Ausbreitung neuer Mutationen in Irland wird aktuell eine Allgemeinverfügung vorbereitet, die Einreisenden aus Irland inhaltlich dieselben Pflichten auferlegt wie denjenigen aus dem Vereinigten Königreich und Südafrika (auf Basis der o.g. CoronaSchV).

- ! Sowohl die CoronaSchV als auch die Allgemeinverfügung sollen im Verlauf durch die Coronaeinreiseverordnung (s.u.) ersetzt werden.

Coronaeinreiseverordnung (CoronaEinreiseV)

- ! Ziel der neuen CoronaEinreiseV ist, die Regelungen der bisherigen Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten sowie Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite in eine Rechtsverordnung der Bundesregierung zu überführen.
- ! Die CoronaEinreiseV soll am 13.01.2021 im Kabinett diskutiert werden und voraussichtlich am 14.01.2021 in Kraft treten.
- ! Sie umfasst voraussichtlich die Pflichten von Einreisenden und Ausnahmen, die Pflichten von Verkehrsunternehmen, die Informationspflichten von Telekommunikationsunternehmen (neu: Versand von SMS) sowie Ordnungswidrigkeiten. Dabei ist eine Zwei-Test-Strategie, die zwischen Risikogebieten und Hochrisikogebieten differenziert, vorgesehen.
- ! Nach Beschluss der CoronaEinreiseV wird das RKI kurzfristig auf die Teilnehmenden der AG zugehen, um Änderungen der Informationen für Reisende abzustimmen.

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Montag, 11.01.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*11.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
- ! FG 24
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Vivane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! INIG
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZGA
- ! Bundeswehr
- ! BMG

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) National ! Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 1.921.024 (+12.497) Fälle, davon 40.686 Todesfälle (+343), 7-Tage-Inzidenz 167/100.000 Einwohner ○ 4-Tage-R-Wert=1,32; 7-Tage-R-Wert=1,14 ○ Impfmonitoring (neu) 10.01.2021: 532.878 Geimpfte mit einer Impfung (mündlich aktualisierter Wert für 11.01.2021: >600.000) ○ DIVI-Intensivregister: 5.320 Fälle in Behandlung (Abnahme -94) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 490 (Zunahme), davon 39% verstorben Beurteilung: ○ Tendenz der letzten Tage hält an, R bleibt deutlich über 1, Fallzahl bewegt sich auf 2 Mio zu ○ Eventuell werden Fälle aus den Feiertagen erst jetzt diagnostiziert – Daten sind noch eingeschränkt beurteilbar ○ Montagsdaten sind häufig nicht ganz vollständig ○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ▪ Nur 3 LK < 50 ▪ 64 LK >50-100 ▪ 281 LK <100-250 ▪ 60 LK 250-500 ▪ 4 LK < 500-1000 Beurteilung: ○ Ansteigender Trend in allen Bundesländern ○ aus Sachsen und Brandenburg wurden am Wochenende keine Daten übermittelt, ein Rückstau ist anzunehmen, wahrscheinlich liegen die Zahlen deutlich höher *ToDo: ein Disclaimer soll auf der Homepage eingefügt werden, in dem erklärt wird, dass die Zahlen aufgrund der ausbleibenden Lieferung nicht aktualisiert werden konnten.* ! Diskussion ○ Trotz Lockdown steigen die Zahlen auch in den BL, die niedrige Ausgangszahlen hatten (B, MVP). Stellt das die These, dass dort, wo die Zahlen	*FG 32* *M. Diercke*

niedrig sind, die Ausbreitung besser kontrolliert werden kann, in Frage?
Zahlen sind schwierig zu interpretieren durch Testrückstau und Diagnoseverzögerung während Feiertagen
- Deutliche Anstiege im SL und HH
- Keine durchschlagende Lockdown-Wirkung
- Keinerlei Anlass für Entwarnung/Lockerung gegeben
- Effekt der Mobilitätsbegrenzung (bei Inzidenz > 200/1000.000 EW) soll in den kommenden 2 Wochen genau beobachtet werden

ToDo: Der Auftrag „Beobachtung der Wirkung von Mobilitätseinschränkungen“ soll an die neue Position „Datenanalyse“ weitergegeben werden (ID 2568)

! Zum Ausbruchsgeschehen nach der Impfaktion in einem Kieler Pflegeheim:
- Es konnte telefonisch geklärt werden, dass die initiale Meldung durch das GA, dass von 162 Personen (151 Bewohner, 71 Mitarbeiter) 162 positiv getestet wurden waren, auf einem Missverständnis beruhte. Es handelt sich jedoch um einen extrem schnell verlaufenden Ausbruch.
- Am 24.12.2020 waren 14/20 Bewohnern einer Demenzstation positiv getestet, die nicht geimpft wurden. Am 28.12. 2020 wurde in den anderen Wohnbereichen geimpft (90% der Bewohner, 20 von 71 Mitarbeitern). Am 04.01.2021 wurden im Wohnbereich 2 34 von 41 getesteten Personen positiv getestet (PCR).
- Verbreitung durch das Impfteam ist unwahrscheinlich, da die Mitglieder vorher mittels Antigen-Schnelltests getestet waren, aber nicht ausgeschlossen.
- Ausbrüche sind derzeit in etwa 800 Pflegeheimen zu verzeichnen, grundsätzlich ist die Situation diesbezüglich dramatisch
- Vorschlag: Könnte hier eine fundierte Ausbruchsuntersuchung/Studie durchgeführt werden, um Daten zur Viruslast und zur Wirkung der Impfung zu erheben?
  Antwort: Tim Eckmanns und Wiebke Hellenbrand leiten das Team: Der datensichere Informationsaustausch wurde bereits initiiert, Fragestellungen sind formuliert, auch ein Besuch vor Ort ist möglich.

	! Testkapazität und Testungen (mittwochs)	
2	**Internationales (nur freitags)** !	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** ! Update zum Mobilitätsmonitoring: Eine erste Version des Instruments soll bis Ende 1/2021 fertig sein und im Rahmen der Krisenstabssitzung vorgestellt werden. Über Daten von T-Systems und Teralytics und eine eigene Geografie sowie Datenzukauf sind detaillierte Daten bis in landesweit 16.000 „Traffic Cells“ zu erwarten, die sowohl Stillstand/Aufenthalt, als auch Mobilität/Bewegung betreffen. ! Im Austausch und mit Expertise der Abt 2 (mit C. Scheidt-Nave wurde diesbezüglich bereits Kontakt aufgenommen) soll ein Netzwerk zum Thema „ältere Menschen“ angelegt werden ! DEA ○ Bürgerhotline eingerichtet, Eskalationshotline Bundesdruckerei/BMG/RKI implementiert ○ Anbindung der Gesundheitsämter schreitet voran, es fehlen noch 30 ! CWA wächst kontinuierlich mit jetzt 1.000.000 neuen Anmeldungen, insgesamt 25.000.000 Nutzer ○ Laut BMG soll die Evaluation vorangetrieben werden. ○ Kontakttagebuch ist implementiert, Informationen zum Ablauf der KoNa durch die Gesundheitsämter sollen jetzt eingeholt werden, um hier Einblick zu bekommen ○ Zeitnah geplant: Die neuen Virusvarianten in der CWA abzubilden ○ Erste Priorität: Eine Event-Check in-Funktion zu etablieren, hier soll geklärt werden, inwiefern Synergien entstehen können durch eine in Thüringen kurz vor dem Rollout stehende App für Veranstaltungen und Konzerte. Sie nutzt die gleiche Infrastruktur wie die CWA, und arbeitet mit direkter Koppelung an die GÄ über eine zentrale Schnittstelle. (Unterstützt von Smudo/den Fantastischen Vier) ! Datenspende-App ○ Algorithmus wurde weiterentwickelt, Komplexität reduziert ○ Blog-update wird zeitnah erfolgen ○ Geplant: Zusätzliche Datenquellen, wie z.B. Schlafanalysen mit aufzunehmen, datenschutzrechtliche Klärung steht hier noch aus	*S. Gottwald* *P. Schmich* *S. Gottwald*
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	! Der Entwurf wird zur Diskussion gestellt ! Anlass für die Überarbeitung: Fokusausrichtung weg von Fallzahlen hin zur Belastung des Versorgungssystems (Behandlungsfälle auf ITS/Todesfälle), Thematisierung der Unsicherheit bezüglich der neuen Virusvarianten und deren Übertragbarkeit ! Diskussion: ○ Formulierung zum bisherigen Verlauf: „nach einem Plateau kam es im Dezember zu einem Anstieg“ ○ Orte von Ausbruchsgeschehen allgemein fassen, um zu vermitteln, dass sie nicht auf bestimmte Settings beschränkt sind ○ Verdeutlichen, dass die spezifische Therapie in vielen Fällen nicht erfolgreich ist ○ International gültige Nomenklatur für die neuen Virusvarianten (ECDC: „Variant of Concern“) steht noch nicht zu Verfügung, daher die bisher verwendete (UK: B.1.1.7/Südafrika B.1.351) vorläufig beibehalten ○ Besorgniserregende Ausbreitungsdynamik in anderen Staaten thematisieren ○ Frage: Ist die leichtere Verbreitung der neuen Varianten belegt? Antwort: Verbreitungsmuster der neuen Varianten in UK in alle Regionen und die Tatsache, dass die neue Variante dort in der Mehrheit der Infektionsfälle festgestellt wird, spricht eindeutig für eine leichtere Verbreitung. Daten liegen bisher nur aus den betroffenen Staaten vor. ! Abstimmung mit BMG nur bei Hochstufung der Risikoeinschätzung erforderlich, Umformulierungen brauchen nicht abgestimmt zu werden. ! Aktuelle Version des Entwurfs hier *ToDo: BMG ist von der neuen Fassung in Kenntnis zu setzen*	Alle *W. Haas* *FG 36*
5	**Kommunikation** ! BZGA: kein(e) Teilnehmer/in ! Bisher wurde die Einschleppung der südafrikanischen Virusvariante nach NRW noch nicht offiziell veröffentlicht. Die Information wird Mittwoch oder Donnerstag über NRW öffentlich werden ! Kommunikation bei Nachweis von Virus(varianten) im RKI-eigenen Labor: Bitte nicht nur die einsendenden Labore verständigen, sondern auch die GÄ direkt in Kenntnis setzen.	*M. Degen* *Ute Rexroth*

	ToDo: Da das weiterführende Labor zur Meldung an die GÄ verpflichtet ist und die Einsendungen über das IMS-Netzwerk keinen Hinweis auf das zuständige GA enthalten, muss nach Rückkopplung zum einsendenden Labor das GA ermittelt werden. Die Information des Landes über den Sequenznachweis soll über nCoV-Lage erfolgen (Lagezentrum informiert Landesbehörde, Landesbehörde wiederum GA). ! Pressebriefing Donnerstag 14.01.2020 Hauptthemen sind die inzidenzabhängige Mobilitätseinschränkung und der Appell an die Arbeitgeber zur Möglichkeit des Homeoffice. Sinnhaftigkeit einer Beschränkung auf kleinere Räume soll kommuniziert werden, Dirk Brockmann wird teilnehmen, um die Theorie dazu zu präsentieren. *ToDo: Mobilitätsdaten und Daten zur Morgenaktivität auf Bundesebene werden von S. Gottwald geliefert* ! Feiertagsdisclaimer wurde von Homepage und Dashboard entfernt ! Themenwünsche und Briefing für die Besprechung (L. Wieler) im BKA am 12.01.2021 ○ Dies ist ein sehr problematischer Erreger: Einerseits wirken die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung, andererseits steigen die Fallzahlen (sogar in UK, wo strenge Maßnahmen ergriffen wurden). In China war eine Eindämmung nur durch einen kompletten Lockdown zu erreichen. ○ Ohne den Maßnahmen wäre die Schnelligkeit der Ausbreitung viel höher und wir könnten die Lage gar nicht bewältigen. Wir sehen viel durch das Testen. ○ Ausbrüche gehen in Schulen zurück und sind in KiTas stabil. ○ Im Arbeitsbereich ist wichtig: auch Mitarbeiter müssen Masken tragen, nicht nur Kunden. Höhere Infektionszahlen kommen v.a. bei sozial schwachen Schichten vor, die finanziell angewiesen sind, zu arbeiten. Arbeitgeber müssen vermehrt sensibilisiert werden. ○ Bevölkerung überschätzt die eigene Kompetenz im Umgang mit den Hygieneregeln ○ Es ist verlockend, die Ursache für die steigenden Zahlen in den neuen, leichter übertragbaren Virusvarianten zu sehen, diese spielen in D jedoch noch keine große Rolle, vielmehr ist hier der saisonale Effekt (Winter) maßgeblich *ToDo: Presseabteilung wird federführend die Zusammenstellung der Themen und Inhalte übernehmen.*	*Tim Eckmanns* *Osamah Hamouda* *M. Brunke* *T. Wolff*

6	**Neues aus dem BMG** ! Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Trotz kurzfristiger Bearbeitung konnten die wichtigen Kommentare in die „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV“ eingebaut werden. Eine Steigerung der Sequenzierung wird nun durch die Verteilung auf mehrere Labore möglich. ! Mit der Meldepflicht, der Verpflichtung zur Teilnahme an DEMIS und der neuen Sequenzierungsverordnung sind wichtige Schritte entsprechend IfSG umgesetzt. ! RKI wird eine zentrale Rolle in der Entgegennahme der Sequenzierdaten spielen (zeitgleich mit Inkrafttreten der Verordnung). Die daher umgehend nötige Umsetzung wird Ressourcen binden: Da in der Verordnung keine Datenmeldung an eine europäische Plattform festgelegt werden kann, muss in Kürze eine Plattform geschaffen werden, über die die Daten weitergegeben werden können. Hier bilden die Vorarbeiten zur Verknüpfung über ID der Typisierung die im Rahmen der Tuberkulose Surveillance eine wichtige Basis. ! Im Rahmen eines Auftritts von Dirk Brockmann in der Tagesschau wurde eine Mobilitätsbeschränkung auf einen 5-km-Radius thematisiert. Frage: Besteht hierfür eine Datengrundlage? Dies wird derzeit geprüft - Mobilfunkzellen haben jedoch meist einen Radius von 8 km, daher ist es schwierig, die Wahl von 5 km zu begründen ! Zu diesem Thema herrscht noch Klärungsbedarf b) RKI-intern	Alle *M. Mielke* *S. Kröger* *S. Gottwald*
8	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** ○	FG33
10	**Labordiagnostik** ! AGI Sentinel: zw. 28.12.2020-08.01.2021 kamen 109 Einsendungen, davon 25 SARS-CoV-2-positiv, alle anderen Proben enthielten Rhinoviren. Die Quote ist mit 13 % hoch, hier ist kein positiver Effekt des Lockdowns zu erkennen, es	ZBS1 FG17 *TH. Wolff*

	ist jedoch noch zu früh für eine Interpretation. ! Über das IMS-Netzwerk erhielt FG 17 drei Proben, einer Familie aus NRW mit Verbindung nach Südafrika, in denen durch Sequenzierung erstmals in Deutschland die südafrikanische Variante B.1.351 nachgewiesen werden konnte. Die Einschleppung erfolgte Mitte Dezember 2020. Die Proben erreichten RKI erst am 30.12., die Sequenzierung wurde ohne Verzögerung vonseiten des RKI ausgeführt. ! Zur Frage: Sequenziert Deutschland zu wenig? In den Staaten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, auch in den USA werden nur 0,4 % der Proben sequenziert, in anderen Staaten wesentlich häufiger. In Deutschland wurden in der gesamten letzten Influenza-Saison 400 Proben sequenziert. Eine Zunahme der Sequenzierung wird durch die neue „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV“ unterstützt, durch eine geografische Repräsentativität können auch mit weniger Daten Aussagen getroffen werden. ! Eine Virusanzüchtung wird derzeit im hauseigenen Labor versucht ! Zur Frage „Reaktivität von PCR/Antigentests nach Impfung“ (Kommunikation mit Uğur Şahin): Halbwertszeit von mRNA ist 24-30 h, eine falsch positive PCR-Reaktion ist kaum möglich (Tierversuch). Exprimiertes Antigen zirkuliert bis zu 7 Tage, Spikeprotein- detektierende Antigentests (und nur diese) können daher falsch positiv sein. ! Frage an FG 17: Ist die die Untersuchung von rekonstituiertem Virus (Sequenz) ein für das RKI interessantes Modell? Mit Hilfe von a) Pseudopartikeln oder b) rekombinanten SARS-Corona-Systemen wurde die Reaktivität von Impfseren untersucht: Nur die Mutationen aus B.1.351 und B.1.1.7 wurden eingefügt. Warnung: am Spike Protein treten 12 unterschiedliche Veränderungen auf. Von Uğur Şahin wurden auch Versuche mit Pseudoviren durchgeführt um zu prüfen, ob die Virusmutanten mit den getesteten Impfseren reagieren. Ergebnisse werden zeitnah erwartet. ! In der 53. KW wurden 421 eingesandte Proben im Labor untersucht, 39,5% waren positiv (Disclaimer gilt weiterhin). ! Informationsaustausch international ist gut, großes Interesse an Datenaustausch ist vorhanden. Sowohl Frankreich, als auch UK teilen Informationen über GISAID. Bisher war es nicht möglich, die Variante B.1.351 als Isolat zu bekommen. ! Es sollte weiterhin die vermittelt werden (z.B. Presse anfragen), dass die Sequenzierung nicht zur Bekämpfung der Ausbreitung führt. Es gilt nach wie vor (für alle Virusvarianten): Quarantäne, Test und Isolierung sind die ! wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung. Auch mit leichten Symptomen sind Selbstisolierung und Test angezeigt ! Diskussionen zur Quarantäneverkürzung sind angesichts der neuen Virusvarianten nicht angezeigt	*M. Mielke*

	! Rückfragen zur Sequenzierung können an S. Kröger gerichtet werden	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Neuer Urintest „DiaPat-CoV-50“ soll den Verlauf von COVID-19 Erkrankungen prognostizieren können (leicht/schwer/sehr schwer) ○ Proteomanalyse, detektiert 50 Peptide ○ Sensitivität 82%, Spezifität 86% ○ Test hat eine Sonderzulassung erhalten (BfArM) und wird in den STAKOB-Zentren angewendet. Es stehen derzeit 400 Tests zum Preis von 850€ zur Verfügung. Sie sind nicht abrechnungsfähig, BMG prüft derzeit die Kostenübernahme. ○ Frage: Welchen Nutzen hat der Test? Da die Leistungsdaten nicht ausreichend sind für Diagnostik und die Indikationsstellung für eine spezifische Therapie (Remdesivir bzw. die erwartete AK-Therapie) auf anderen/klinischen Kriterien beruht, ist der Nutzen derzeit fraglich ○ Ob es bei Untersuchungen auf Proteombasis einen Zusammenhang zwischen bestimmten Proteinen und dem COVOD-19 Krankheitsverlauf gibt, ist derzeit noch nicht eindeutig geklärt. ○ Der Test wurde am 10.12.2020 in der Fernsehsendung „Brisant“ vorgestellt.. Anfragen dazu sind zu erwarten *ToDo: Sprachregelung für die Presse durch IBBS mit Verweis auf die Angaben auf der Homepage der Firma*	*IBBS* *IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ Grippe Web: Deutlicher Rückgang der Inzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner im zweiten Lockdown (52. KW) für alle Altersgruppen, das bedeutet, dass die Maßnahmen wirksam durchgeführt wurden ○ Die Reihung nach Altersgruppen zeigt für die 52. KW, dass sich die Inzidenztrends in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen abbilden. ○ Ausbrüche in Kindergärten: 544 Ausbrüche in den Altergruppen < 15 Jahre ○ Altersgruppen >15 Jahre haben den größten Anteil am Ausbruchsgeschehen (190 Ausbrüche) ○ Insgesamt eher rückläufiges Ausbruchsgeschehen insbesondere in den Schulen, da geschlossen, während	FG32 FG36 *W. Haas*

	Kindergärten teilweise (für Notbetreuung) geöffnet sind ○ Lockdown „light“ im November zeigte geringeren Effekt im Vergleich mit dem Lockdown im Dezember. Auswirkungen der Feiertage werden jedoch erst im Lauf dieser Woche sichtbar werden. ○ Migration der Studie auf eine neue Plattform ist in Arbeit	
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, 13.01.20202, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende der Sitzung 15:04 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*13.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein

- P4
  - Dirk Brockman
  - Susanne Gottwald
  - Frank Schlosser
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- BZgA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.953.426 (+19.600), davon 42.637 Todesfälle (+1.060), 7-Tage-Inzidenz 155/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,99; 7-Tage-R=1,07 ○ Impfmonitoring: 688.782 (+60.858) geimpfte Personen ○ ITS: 5.230 (-59) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Nach wie vor schwierig zu interpretieren ▪ Übermittlungsprobleme in diversen LK ○ Geografische Verteilung nach Alter ▪ Aufgesplittet nach Altersgruppen, Skala ist die gleiche wie auf Gesamtdeutschlandkarte ▪ Sehr hohe 7-Tage-Inzidenzen in Sachsen und Thüringen bei 80+ Jährigen, vermutlich viele Alters- und Pflegeheime betroffen. Trifft nicht auf Kinder zu. ○ Geografische Verteilung Trend ▪ Vergleich Vorwoche-aktuelle Woche: bildet Kreise mit bedeutender Zunahme und Abnahme ab. ▪ Stärkste Zunahme im LK Stadtverband Saarbrücken, vermutlich Datenartefakt. ▪ Viele LK, in denen die 7-Tage-Inzidenz zunimmt, weniger in denen sie abnimmt. Keine klare Tendenz sichtbar. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Bei 80+ Jährigen am größten, bei 15-34 Jährigen gestiegen, am wenigsten betroffen sind weiterhin Kinder. ○ COVID-Fälle nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen ▪ Starke Abnahme bei Schulen und Kitas	FG32 (Diercke)

	▪ Auch Abnahme bei §36 Einrichtungen: Tatsächlich oder auf Grund von mehr unvollständigen Meldungen? ○ Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Weiterhin hohe Todesfallzahlen ▪ In KW 52 ca. 4.500 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Verzögerung der Übermittlung von Todesfällen im Vergleich zur Übermittlung von Meldedaten ▪ Üblicherweise werden Todesfälle innerhalb einer Woche nachgemeldet. Zum Teil werden jedoch auch 2-3 Wochen zurückliegende Todesfälle gemeldet. Todesfallzahlen liegen deshalb mit Verzögerung vor. ▪ Bis Ende der Woche hierzu Auswertung fürs BMG ○ Warum unterscheiden sich die Inzidenzen bei Heatmap und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer? ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe - Heatmap ▪ Heatmap wird rückwirkend aktualisiert, dadurch erhöhen sich 7-Tage-Inzidenzen rückwirkend durch Nachmeldungen. ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Es wird die Inzidenz ausgewiesen, die am jeweiligen Tag berichtet wurde. ▪ Die Inzidenz erhöht sich durch Nachmeldungen immer etwas. Dies wird in dieser Abbildung nicht ausgewiesen, da es zu einer Unterschätzung der aktuellen Inzidenz in den letzten 3 Tagen führen würde. ▪ Inzidenz stimmt deshalb nicht mit Heatmap überein. ▪ Entscheidung: keine Änderung der Grafik, stattdessen deutlich machen, dass Inzidenz des jeweiligen Berichtstages ausgewiesen wird. ○ Darstellung nach Infektionsumfeld: Schule ist unter Ausbildungsstätte subsumiert. Sind genauere Angaben möglich? ▪ Ist in Meldedaten differenzierter angegeben. ○ Wie viele Meldefälle hatten zuvor einen positiven Antigentest?	Abt.3 (Hamouda)

	▪ Es wurden nur sehr wenige Antigentests übermittelt. Letzte Woche ca. 900 Fälle mit alleinigem Antigentest + ca. 1.000 Fälle mit Antigen + PCR Test. Es wird von einer deutlichen Untererfassung ausgegangen. Es gibt nicht wirklich belastbare Daten aus Meldewesen.	
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ In 1. KW wieder auf 1,2 Mio. Testungen angestiegen. ▪ Positivquote (12,8%) auf Level von KW 52 zurückgegangen. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Testkapazität + durchgeführte Tests steigen wieder an, Positivquote geht zurück. ○ Probenrückstau unbedeutend ○ AG-POCT kumulativ ▪ Befragung wurde an Landeskoordinatoren, die zentral Antigentests erhalten und an Einrichtungen verteilt haben, verschickt mit der Bitte die Befragung an die Einrichtungen weiter zu verteilen. ▪ Anzahl der Einrichtungen, die geantwortet haben, ist sehr überschaubar. Die Anzahl der durchgeführten Tests ist nicht aussagekräftig. ▪ Positivquote in der Regel < 1%, außer in Tagespflege. ○ Über diesen Weg sind keine aussagekräftigen Daten zu Antigentests in Einrichtungen zu erwarten. Einziger Weg wäre Daten direkt über Labor und Meldesysteme zu erhalten. Antigentests werden in GA unzureichend erfasst. ○ Sollte man diejenigen befragen, die Testung anbieten/ unterstützen, z.B. DRK, Caritas, Bundeswehr, Träger der Einrichtungen? ○ Vorschlag: In AGI thematisieren, wie man an diese Daten kommen könnte. Ist originäre Aufgabe des MDK. ○ Uni Bremen hat großen Survey zur Pflege während der Corona Pandemie durchgeführt. ○ Weiterhin viele Ausbrüche in Pflegeheimen; Ausbruch in Kiel: Überforderung auf allen Ebenen, schlecht	FG37 (Eckmanns) MF4 (Fischer)

	ausgebildetes Personal, Personalmangel, keine externe Unterstützung. Unterstützung und nicht Untersuchung ist im Moment notwendig.	
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Anteil nach Bundesland ▪ Anstieg Anzahl Testungen, Rückgang Positivenanteil ▪ Rückgang Anteil positiv Getesteter auch in Thüringen und Sachsen. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen steigen in allen Altersklassen, nur nicht bei den 0-14 Jährigen. ▪ Bei den 0-4 und 5-14 Jährigen steigt die Positivenrate, aber nicht die Anzahl Testungen. ○ Abnahmeort ▪ Testung in Arztpraxen nimmt zu, jedoch immer noch nicht so viele Tests wie vor Weihnachten. ▪ Sehr hohe Positivenrate in Arztpraxen geht wieder zurück.	FG36 (Buda)
	○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Großer Zeitverzug in Thüringen, ist vollständig zurückgegangen. ○ Ergebnisse zu Antigentests folgen nächste Woche	P4 (Schlosser)
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Leichte Ausbremsung der ICU Belegung, möglicherweise Effekt des 2. Lockdowns, jedoch weiterhin über 5.000 Fälle in Behandlung. ▪ Viele tägliche Neuaufnahmen und Verlegungen sowie Zunahme der Todeszahlen in letzten 2 Wochen. ▪ > 90% der Patient*innen brauchen respiratorische Unterstützung. ▪ 8 BL verzeichnen einen kritischen Anteil von mind. 25% an ihrer Gesamtkapazität.	

	○ Belastung der Intensivmedizin ▪ Einschätzung, ca. 70% geben an begrenzt oder komplett ausgelastet zu sein, vor allem wegen Engpässen beim Personal. ○ Behandlungskapazitäten ▪ Niedriges Niveau der freien betreibbaren Bettenkapazitäten ▪ In 10 BL ist der Anteil freier betreibbarer Intensivbetten unter die kritische 15%-Marke (Puffer für Reaktionsfähigkeit) gesunken. ○ 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) ○ GrippeWeb ▪ Nach wie vor sinkende Zahlen, ARE Aktivität wurde gedrückt. Das zeigt, Bevölkerung hält sich an Maßnahmen. ○ ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz ist im Vergleich zur letzten Woche wieder gestiegen, jedoch niedrigster Wert in letzten 20 Jahren. ○ 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.	

! **Mobilität zum Jahresende 2020** (Folien hier)

- Vollständiger Report online: https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/report-christmas-2020/
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- Ausflugstourismus
  - Zum Jahreswechsel verstärkt Mobilität in touristische Ausflugsregionen, z.B. Vorpommern-Rügen, Harz, Garmisch-Partenkirchen.
- Mobilität wird beim Pressebriefing am Donnerstag in den Mittelpunkt gestellt.
- 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.
- 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. ○ Die Zahl 5 km ist beliebig, ein 15 km Radius ist aber relativ groß. ! Dashboard Differenzen ○ 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. ○ Liegt in der Verantwortung der Länder. Für Landesverordnungen sollten nicht vom RKI ausgewiesene Daten verwendet werden, sondern die auf Landesebene. ○ 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. ! Hotlines und Webseiten zur Impfung sind überlastet, sehr viel Informationsbedarf. ! Zum Teil kommen fehlgeleitete Labormeldungen bei BZgA an. Vorgehen: Rücksendung, Absender informieren.	BZgA (Thaiss)

	! 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) ○ Verschiedene Anmerkungen zu Hygienekonzepten und Nutzung von Homeoffice, Eingehen auf Aerosole ○ Erkrankte sollen zuhause bleiben, Homeoffice soll genutzt werden, Besprechungen virtuell, Verzicht auf Dienstreisen ○ 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 (Haas) Presse (Wenchel)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung Flugverkehr aus UK und Südafrika (hier) ○ im Moment Fokus auf Rückreisenden aus UK und Südafrika ○ 1.1 Allgemeine Hinweise ▪ „vorübergehende Wiederaufnahme der Empfehlung“: vorübergehend wird gestrichen. ▪ Prospektive Nachverfolgung, „je nach Bewertung der Behörden vor Ort auch retrospektiv“ bleibt. ○ Der Kreis der betroffenen Länder wird sich bald ausweiten,	FG38 (Maria an der Heiden)

	es gibt bereits eine weitere Variante aus Brasilien. -> Wird sukzessive nach Faktenlage entschieden. Zunächst Entscheidung für pragmatisches Vorgehen. ○ 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?* ○ Ziel der morgigen Pressekonferenz: Leute sollen motiviert werden, nicht mehr zu reisen.	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Virologische Surveillance ○ 128 Proben in 1. KW, sehr heterogen, was eingeschickt wird. ○ Nach wie vor hohe Nachweisquoten (in KW 1: 14,8%) ○ Diese Woche 21 Eingänge, davon 2 Proben pos. für SARS-CoV-2 ○ Rhinoviren sind rückläufig, Positivenrate < 10%. Ist ein Zeichen dafür, dass der Lockdown greift ○ keine Nachweise von weiteren Erregern ○ Auch Meldezahlen für Influenza sind gering.	FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Auf Freitag verschoben	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! FFP-2-Masken ○ In Bayern ist eine FFP-2 Maskenpflicht ab Montag geplant. ○ Es gibt keine neuen Daten zum Eigenschutz von FFP-2 Masken, der über MNS hinausgeht. ○ Gestern Abend waren FFP-2 Masken im Großraum München bereits ausverkauft, bereits erste Beschaffungsprobleme. ○ 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. ○ Eine generelle FFP-2 Maskenpflicht wird als nicht sinnvoll erachtet. Ist ausreichend, was in FAQ steht oder sollte diese	FG14 (Brunke) FG36 (Haas)

	Position deutlicher kommuniziert werden? ○ Hr. Wieler denkt darüber nach. *ToDo: Erstellen einer Folie für Pressekonferenz morgen mit nüchternen Hintergrundinformationen zu Masken, FF FG14*	
12	**Surveillance** ! Ergebnis WHO -TK v. 12.01. zu neuen Varianten ○ Gibt es zwischenzeitlich eine eindeutige Nomenklatur? ○ 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 ○ Bitte um Teilnahme von BMG ○ Initiative zur Wiederbelebung des internationalen Flugverkehrs, Themen: u.a. Teststrategien, die eine baldige Wiederaufnahme des Flugverkehrs ermöglichen sollen ○ Steht in Widerspruch zur aktuellen Empfehlung auf Reisen soweit möglich zu verzichten, Antigentests erzeugen falsche Sicherheit ○ Aufgabe des RKI ist Schutz der Bevölkerung vor Infektionen, Mobilität trägt zur Verbreitung von Varianten bei. ○ Entscheidung: RKI wird nicht teilnehmen	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 15.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
- ○ Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	***Aktuelle Lage*** ***International (nur freitags)*** ○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 89,8 Mio. Fälle weltweit, >1,9 Mio. Todesfälle (2,2%) ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ Südafrika 501Y.V2 Variante ▪ Steigender Trend mit > 20 Ländern ▪ Betroffene Länder: v.a. EU und Grenzgebiete Südafrika ○ 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	ZIG1

	aufgenommen wird	
	○ 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 ○ 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 Hr Zacher in Absprache Matthias an der Heiden) 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.	FG32
	○ Aktuell sind CS im Rahmen eines Amtshilfeersuchens in BB um bei der Falleingabe zu unterstützen. Das müsste retrospektiv die Fallzahlen für BB beeinflussen. ○ Die nachträglich übermittelten Fallzahlen werden als Fälle/Differenz zum Vortag gezählt, aber die 7-Tages-Inzidenz wird nicht nachträglich korrigiert. In BB handelt es sich am	FG37/FG32/FG38/alle

	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. ○ 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. M. Dierke 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.* ○ 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. ○ 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.	
2	***Internationales*** ***(nur freitags)*** ○ Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) beschäftigt aktuell viel die INIG ○ 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	ZIGL

	Kosovo sich demnächst die Rückreise aufmachen werden. Es 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. ○ 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)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ 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. ○ 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** ○ 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. ○ Könnten unter dem Aspekt: „Wann muss ich zuhause bleiben?“	BZgA Presse/VPräs /alle

	zusammengefasst und kommuniziert werden. Dabei können mehrere Aspekte zusammenfassend adressiert werden. ○ 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. ○ 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. ○ Der Aspekt des niedrigschwelligen Home Office mit Appell an Arbeitgeber wurde bereits umgesetzt. Das Verständnis zum Verhalten am Arbeitsplatz kann aufgenommen werden. ○ Aktivitäten zu Kommunikation werden am BMG gesteuert. *ToDo: Fr. Degen stellt die Punkte aus dem gestrigen Briefing zusammen und Frau Glasmachen verfasst die Anregungen zusammen. Hr. Schaade bring es in die Steuerungsgruppe „Kommunikation" (an Hr. Pfeffer/Frau Maida-Laukei?) am BMG ein.*	
6	**RKI-Strategie Fragen** a) **Allgemein** ○ 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. ○ Das Tragen von FFP2 benötigt eine arbeitsmedizinische Einschätzung (gesundheitsmedizinische Risikoprüfung) und kann mit Risiken (Dermatosen etc) einhergehen. ○ Studien zu Schutzwirkung von nicht angepassten FFP2 bei Influenza zeigen einen vergleichbaren Schutz zu MNS, jedoch	FG14/ M. Brunke

	besser als MNB. Anregung zur besseren Kommunikation/Erklärung des Fachwissens (FF2 vs. MNS) wie oben angeregt an BZgA ○ Die Kommunikation dieser Einschätzung ist herausfordernd da Bereiche mit Vorbildfunktion (z.B. Politik) FFP2-Masken nutzen. ○ DGKH und DGHM äußern sich derzeit kritisch zur Nutzung von FFP2 Masken in der Allgemeinbevölkerung. ○ 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). ○ 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. ○ Diskutierte Aspekte sollten in das nächste Pressebriefing eingebracht werden. *ToDo:* *T. Eckmanns 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)* ○ Modellierungsstudie (Mittwoch) Nicht besprochen b) **RKI-intern** ○ Nicht besprochen	VPräs/FG36/ alle
7	**Dokumente** ○ 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 in Quarantäne bei engem Kontakt. Dazu wurde ein Bericht von O. Wichmann erstellt. Es gab kritische Nachfragen aus den Ländern und BMG zum	FG36/VPräs/ alle

	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 O. Wichmann mit FG37 und FG 36 teilen. (erledigt, siehe E-Mail Ute Rexroth Freitag, 15. Januar 2021 15:22)* *LZ: Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten" am 22.01.2021 auf die Agenda nehmen* *Fr. Hanefeld (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** ○ 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 ○ 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. ○ Konzept sollte sämtliche Labore umfassen und Kriterien für die Auswahl von Zufallsstichproben vorschlagen (Bsp. Bestimmter % Anteil). Die Ergebnisse sollten mit den Daten im GA	FG36

	zusammengeführt und ausgewertet werden. ○ 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. ○ 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: 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) ○ ZBS1 ○ Bitte ergänzen	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** ○ 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. ○ 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** ○ 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	FG37/FG38

	als Unterstützung, da das Geschehen noch nicht ganz unter Kontrolle zu sein scheint und die Ausbreitung relativ schnell erfolgte. ○ Aktuell viele Nachmeldung zu Fällen und Ausbrüchen in Kitas und Schulen	FG36
12	**Surveillance** ○ 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. ○ 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. ○ Der Vorschlag Heimtests bei leichter Symptomatik durchzuführen wurde nicht mehr diskutiert und Papier/Vorschlag liegt beim BMG. Aktuell dazu keine Haltung seitens BMG. ○ Dieser Punkt muss weiterdiskutiert werden. ○ Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32/alle
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ 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. ○ 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. ○ Personen aus Virusvarianten-Gebieten oder Hochinzidenzgebieten müssen zusätzlich zu den oben genannten Kriterien, statt 48 Stunden nach Einreise bereits 48 Stunden vor der Einreise ein Test durchführen lassen und beim Transportunternehmen vorlegen, sonst kann die Beförderung	FG38

	verweigert werden. Das stellt beispielsweise Schiffreisen/Schiffverkehr vor Herausforderungen, da diese längere Zeit unterwegs sind und Testung auf Schiffen durchgeführt werden muss. ○ KoNa im Flugverkehr wurde wieder aufgenommen und ist an Einreise aus Virusvariantengebieten gekoppelt. Die Änderungen gehen heute online. ○ Eine wesentliche Barriere zu Implementation sind die mit der Testung verbundene Kosten. Monitoring scheint unklar. Einreise mit Auto kann kaum nachvollzogen werden. ○ 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. ○ 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)** ○ 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** ○ Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Montag, 18.01.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

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
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheda
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
  - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- ! FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Mareike Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! INIG
  - Regina Singer
- ! BZGA : Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** ! International (nur Freitags) ○ 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 (O. Hamouda)
2	**Internationales (nur freitags)** !	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **DEA:** ! Projektfinanzierung ist gesichert ! Es ist eine Integration eines digitalen Impfpasses angedacht, weitere Ideen sind in Arbeit z.B. freiwillige	FG21 (P. Schmich)

	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 (S. Gottwald)
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 ! Diskussion: Sollte das Thema Kommunikationskampagne noch bei dem Treffen der	BzGA (H. Thais)

	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 o RKI Konzept sollte daher um Stufenplan inkl. Vorblatt ergänzt werden *TODO: RKI Strategiepapier klarer, prägnanter formulieren*	Alle

	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 (C. Bayer), ob Antwort benötigt wird. (FF ZIG, Fr. Hahnefeld)* !	Alle
	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 o Redaktionelle Änderungen und Ergebnis der Diskussion wird in Zusammenarbeit mit der	FG38 (M. an der Heiden)

	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 M. an der Heiden)*	
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 versucht SARS-CoV-2 Varianten, die der UK- oder Südafrika-Linie angehören, aus Patientenmaterial	FG17 (T. Wolff)

	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 (J. Michel)
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 von Kleist verweisen zu Auswirkungen der Verkürzung der Quarantäne ! Textentwurf wird von M. an der Heiden entwickelt und an die in der Aufgabe involvierten zur Kommentierung geschickt.	Alle FG38 (M. an der Heiden)

13	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ Grippe Web: 2. Lockdown zeigt deutlichen Effekt, danach sinken die Werte deutlich; Maßnahmen zeigen einen Effekt, jedoch keine regionale Unterscheidung möglich ○ Meldedaten nach Altersgruppen: bis auf AG 15 Jahre und älter, ist die Inzidenz sehr niedrig und die Fallzahlen sind rückläufig ○ 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 ○ Ausbrüche in Schulen: Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) gleiches Niveau wie in KW 49/50 ab 51 rückläufig aufgrund von Schulschließungen, ○ Maßnahmen in Schulen und Kitas können nicht verhindern, dass es zu Ausbrüchen kommt.	FG32 FG36 (W. Haas)
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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG38
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Christian Herzog

- Claudia Schulz-Waidhaas
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Ines Lein
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ZIG1
  - Sarah Esquevin
- BZgA
  - Christophe Bayer
- MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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); ○ 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1); ○ Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung; ○ ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag; ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz ○ 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 ○ 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 ○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW ▪ Über 80-Jährige höchste Inzidenz	ZIG1 Abt.3 (Hamouda)

	▪ Rückgang in allen AG im Vergleich zu Vorwoche	
	○ Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle nach Infektionsumfeld	
	▪ Insert: Ausbrüchen zugeordnete Fälle (farbig) stellen einen lediglich kleinen Teil der Fälle insgesamt dar	FG37 (Eckmanns)
	▪ 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)	
	○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche	
	▪ Abnahme im Vergleich zur Vorwoche, hier jedoch Verzug um 1-2 Wochen zu beachten	
	○ Expositionsländer importierter Fälle (Länder mit > 25 Nennungen):	
	▪ höchste Anzahl an Importen (rot): Polen, Rumänien und Bosnien-Herzegowina	
	○ Diskussion	Abt.3 (Hamouda)
	▪ <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	Abt.1 (Mielke)
	▪ Seit Montag Team vor Ort	
	▪ Gesundheitsämter leisten kaum vor-Ort-Unterstützung aufgrund der Beanspruchung durch KP-Nachverfolgung	FG32 (Diercke)
	▪ Gesundheitsämter sollen darauf hingewiesen werden, dass operative Arbeit vor Ort nicht vernachlässigt werden darf	FG37 (Eckmanns)
	▪ Hygienekompetenz muss verbessert werden, unzureichende diesbezügliche Ausstattung der Gesundheitsämter, oftmals externe Expertise erforderlich, Krankenhaus kann dies jedoch ebenfalls nicht leisten	

	▪ Sequenzierungsergebnisse stehen aus ▪ Ausbruchsgeschehen - Limburg: erste Hinweise auf Vorliegen der 501-Mutation ▪ Schnelle Sequenzierung erforderlich, auch hinsichtlich Mutation (gilt ebenso für Kiel) ▪ Ausbruchsgeschehen - Flensburg: ca. 100 Infizierte in drei Firmen (vermutlich aufgrund einer Feier in Dänemark) ▪ Verdacht auf Vorliegen einer Mutation, Proben ebenfalls derzeit zur Sequenzierung ▪ 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) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche ○ Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen ○ 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 ○ Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen ○ Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile ○ Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug ○ Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering ○ Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund	Abt. 3 (Hamouda)

	von *S. aureus*); nach negativer AG-Testung: ca. 2 % falsch negativ ! Diskussion: ○ 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) ○ Derzeit 72 Labore in ARS, Limitierung durch Personal und Technik ○ Zwei Versionen des Meldeportals – zu klären sind hier der aktuelle Diskussionsstand am BMG sowie die Kommunikationswege eines Arbeitsauftrags – Kommunikation sollte bestenfalls über Frau Korr laufen *To Do: Bitte an Frau Diercke, für die kommende Sitzung der AG Testen die Kommunikationswege von Arbeitsaufträgen an Frau Korr als TOP heranzutragen*	MF4 (Fischer)
	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	FG36 (Buda)

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

Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier)

- Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021)
- Ca. 2 Wochen nach 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

	○ COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch ○ In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett) ○ Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden ○ SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern ○ 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) ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-	

	Fallzahlen (seit 3 Wochen)	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen ! Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Nicht besprochen **Presse** ! Termine Präs: heute ausländische Presse, Freitag Bundespresse-konferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig ! Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske“ soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, Frau Brunke arbeitet diese Änderung ein	BZgA Presse (Wenchel) 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 ○ Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren ○ Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt ! Bitte	Alle Abt. 3 (Hamouda)

	von Herrn Müller an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, Herr Eckmanns nimmt Herrn Müller 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 ○ 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) ○ Es muss Klarheit geschaffen werden, welche Funktion und Limitierung die jeweiligen Systeme besitzen ○ Herausforderungen und Chancen müssen klar und transparent adressiert werden ! SORMAS sollte nicht lanciert werden, sofern die Schnittstelle nicht funktional ist, andernfalls Konsequenzen aufzeigen ○ Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen ○ 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 Folge-gespräch teilzunehmen ! Teilnehmende: Herr Ziese, Frau Scheidt-Nave, Frau Neuhauser 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 (Ziese)

7	**Dokumente** Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben ○ 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 ○ 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 ○ 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 Herrn Kröger 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	FG36 (Kröger)

	▪ 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) ○ Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server) ○ Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung ! Labordiagnostik NRZ Influenza ○ Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche ○ Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben) ○ Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden ○ Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau ○ Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit ○ Influenza: keine Nachweise seit Lockdown ○ RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63	FG17/ZBS1 (Dürrwald) Präs FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden ! 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 >	IBBS (Herzog) FG38 (Rexroth)

	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 Herrn Herzog* *To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren“ nach Rücksprache mit Herrn Herzog*	
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 ! 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 Herrn Voigt um Einschätzung und Bitte an Herrn Wieler um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI*	FG37 (Eckmanns) FG36 (Haas)
15	**Wichtige Termine** ! Nicht besprochen bzw. jeweils s.o.	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjand Arvand
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Ruth Zimmermann
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Navina Sarma
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Annegret Schneider
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel???
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! ZIG2
  - Charbel El Bcheraoui
- ! ZIG3
  - Roland Hassel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 95,6 Mio. Fälle weltweit, >2 Mio. Todesfälle (2,2%) ○ Leichter Rückgang bei Neuinfektionen, dafür steigende Todesfälle weltweit ○ Top Ten ungefähr gleichbleibend, Trends ebenso, USA, UK, Russland, Deutschland abnehmend, Spanien zunehmend mit starkem expon. Anstieg, Brasilien stabil zur Vorwoche ○ In Europa sinkt die Inzidenz bis auf Portugal ○ Amerika mit den meisten Neuinfektionen (51%/aller Fälle), dann Europa, dann Asien, Afrika, Ozeanien, Reihenfolge bei Todesfällen ähnlich ○ UK Variante in 60 Ländern weltweit nachgewiesen, SA-Variante in 23 Länder, brasil. Variante auch in Italien nachgewiesen ○ Israel deutlich führend mit verimpften Dosen/100 Personen, Israel und Bahrain auch führend bei verabreichten 2 Dosen	ZIG1/S. Esquevin
	National ○ 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/O. Hamouda

	▪ 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 (O. Hamouda/Präs/Lagezentrum)*	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Evidence on the topic of SARS-COV-2 reinfection (Review), Folien hier: ○ Anlass: unterschiedlichen KP-Management-Empfehlungen für Genesene versus Geimpfte ○ 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 ○ Bestätigte Re-Infektionen sind rar, Sequenzierung wird selten durchgeführt um zu differenzieren zwischen erster und zweiter Episode ○ Re-positive Testergebnisse sind keine Seltenheit, auch mit schweren Verläufen einhergehend ○ 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> ○ Datenlage von Genesenen und Geimpften ist ähnlich, lässt eine Unterscheidung im KP-Management ggf. nicht weiterhin zu ○ 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 ○ Verhältnismäßigkeit zwischen unklarer Datenlage und Konsequenzen für Kontaktpersonen?? Langzeitperspektive?	ZIG/ Charbel El Bcheraoui FG36/W. Haas/ alle

	○ 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> ○ Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis) ○ Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen? ○ Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen? <u>Genesene vs. Geimpfte:</u> ○ Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt ○ Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns ○ Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)?? <u>Aktuelle Situation in Deutschland:</u> ○ Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu ○ Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen ○ Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt ○ Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese ○ Bericht aus NRW: 3/5 Fällen mit Re-Infektion, auch symptomatische Verläufe bei Re-Infektion ○ Wichtig wäre keine Aufweichung der Maßnahmen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Schutz der Patienten steht im Vordergrund ○ 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)**	Schmich
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: ○ FFP2-Nutzung durch Laien (aktuell kein Verweis auf BAuA möglich, da deren Nicht-Empfehlung aktuell nicht online ist) ○ 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: ○ Aufwändige Liste mit Vorkommen von neuen Varianten wird von M. an der Heiden und N. Zeitlmann händisch geführt, allerdings nicht repräsentativ, da keine weitere Detaillierung aufgrund der Datenlage möglich ○ Journalisten wollen immer genaue Aufschlüsselung haben, z.B. nach Bundesländern etc., dann erfolgt immer Verweis auf Kontaktaufnahme zu Bundesländern, RKI ist nicht sprachfähig ○ kurzfristig wird SurvNet überarbeitet mit Eingabefeld (aktuell nur im Freitext möglich) für Variantennachweis, so dass Auswertung automatisiert werden kann *ToDo:* ▪ *Steckbrief-Veröffentlichung wird von Freitag auf Montag*	BZgA/Thaiss Presse/R. Wenchel Brunke/alle FG38/FG36/AL 3/ Presse

	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 (Maria a. d. Heiden/N. Zeitlmann)*	
6	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Modellierungsstudie **(mittwochs)** b) **RKI-intern**	Alle P4 (Brockmann)
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/O. Wichmann
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** ! Nichts Neues	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten ○ Siehe oben ! COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien hier ○ Hintergrund: Anfragen bei nCoV-Lage:	FG36 FG34/FG38 N. Sarma, R.

	▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen) ▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen ○ <u>Herausforderungen:</u> ▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation ▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen ▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf ○ Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden ○ 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) (N. Sarma, R. Zimmermann)*	Zimmermann
12	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Erfahrungen mit der neuen Einreise VO ○ 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/Maria an der Heiden
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	

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
  - Annette Mankertz
- ! AL3/Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jing-Sendzik
- ! ZIG Leitung
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1/INIG
  - Sarah Esquevin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) **National** ! Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt 2.141.665 Fälle, davon 52.087 (+217) Todesfälle (2,4 in%), 7-Tage-Inzidenz 111/100.000 Einwohner ○ 4-Tage-R=1,06; 7-Tage-R=0,95 (Stand 25.01.2021) ○ Impfmonitoring (24.01.2021): Geimpfte mit einer Impfung 1.469.353 (1,8%), mit 2 Impfungen 163.424, ○ DIVI-Intensivregister: 4628 Fälle in Behandlung (-32) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 351, davon 39% verstorben ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: in allen Bundesländern leicht rückläufigen Trend, auch TH, SN, BB. ○ 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: ○ 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. ○ 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 ○ Es ist nicht von einer Untererfassung auszugehen, (über DEMIS sind 5000 Meldungen eingegangen). ○ 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 ! Eine Darstellung der Kurve mit Korrektur würde zu einer besseren Übereinstimmung mit WHO und ECDC führen	*FG 32* *M. Diercke*

	! 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. ! Vorschlag: Für eine Woche parallele Veröffentlichung der	*Alle* *L. Wieler* *L. Schade* *O. Hamouda* *U. Rexroth* *W. Haas* *T. Eckmanns* *M. Diercke*

	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,* **Ausbruch mit B.1.1.7 im Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin (HUK)** Kurzbericht ! Muna Abu Sin und Sofia Burdi 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 gemeinsamen Chefarzt 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.	*Position Lagebericht* *M. a d Heiden?* *T. Eckmanns*

	! 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* *S. Gottwald* *P. Schmich*
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 (M. Mielke), 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“	*M. Degen*

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 ! 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	Alle *W. Haas*

	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.* **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	*W. Haas*

	„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*	*T. Eckmanns*
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	*W. Haas*

	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 ! Hinweis: Zurückhaltung bei immer kleinteiligeren Empfehlungen ist erforderlich– GÄ sind überfordert, es dauert etwa 4 Wochen, bis sich Änderungen in der Breite	*Alle*

	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 *Tim Eckmanns*
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 *TH. Wolff* *M. Mielke*
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. der Empfehlung, im öffentlichen Raum medizinische Masken zu tragen ! An der Videokonferenz nahmen I. Andernach (BMG), M. Arvand (RKI) und ein österreichischer Kollege der AGES teil ! Es wurden folgende Fragen gestellt: Wurde überlegt, welche Konsequenzen das hat (z. B. auf die	M. Arvand

	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** ○ Rückgang der Inzidenz in fast allen Altersgruppen, lediglich in der AG 0-5 Jahre kein klarer Rückgang ○ Im Gegensatz zu den Schulen: 41 Ausbrüche in KiTas Anstieg 2. KW: 8 Ausbrüche mit >10 Fällen ○ KiTas sind allerdings nicht geschlossen, sondern bieten Notbetreuung in unterschiedl. Umfang. ○ Sorgfältige Beobachtung ist angebracht (mit Blick auf die Lage in UK), da Schulen weniger betroffen sind.	FG32 FG36 *W. Haas*
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

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Patrick Schmich
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG25
  - Hannelore Neuhauser
- FG 31
  - Alexander Ullrich
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Christian Herzog
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Ines Lein
  - Mirjam Jenny
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ZBS2
  - Claudia Sievers
- ZIG1
  - Luisa Denkel
- BZgA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.161.275 (+13.198), davon 53.972 (+982) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 101/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.638.425 (2,0%), mit 2 Impfungen 283.264 ○ DIVI-Intensivregister: 4.571 Fälle in Behandlung (-48) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +580, davon 29% verstorben ○ 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. ○ 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 ○ 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	FG32 (Michaela Diercke)

	○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Testzahl ▪ Dissoziation des Gleichlaufs der Kurven im Sommer durch Testung von asymptomatischen Reiserückkehrern (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. ○ Inzidenz und Testzahl sollten gemeinsam betrachtet werden. Informationen über durchgeführte Tests zu haben ist wichtig. ○ 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. ○ 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.	Abt.3 (Seifried)
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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.	FG37 (Eckmanns)

	▪ Frage, ob so viele weniger Personen Erkältungssymptome haben oder diese nicht getestet bzw. an Testzentren verwiesen werden. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten sind vorhanden. Es sollte in den Arztpraxen wieder niedrigschwelliger getestet werden. ○ Probenrückstau ▪ Unproblematisch, allerdings starker Mangel an Plastik (v.a. Pipettenspitzen), kann bei Zunahme von Sequenzierung problematisch werden. ○ 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. ○ 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.	Alle
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile bundesweit ▪ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als die beiden Wochen davor. ▪ Positivenrate ging leicht runter. ○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ In fast allen BL Stabilisierung oder Absinken ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen nimmt in allen Altersgruppen leicht ab, warum?	Alle

	▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab. ○ 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. ○ Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ überall Beruhigung der Situation	FG37 (Eckmanns)
	! Soll Empfehlung zur Durchführung von PCR-Tests wieder etwas sensitiver gefasst werden, so dass mehr PCR-Tests durchgeführt werden? ○ 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. ○ Sollte nicht jedwede respiratorische Erkrankung getestet werden, in Hinblick darauf, dass in 3-4 Wochen der Arztvorbehalt fallen und Heimtestung möglich werden wird. Sobald die Heimtestung verfügbar ist, wird vermutlich noch weniger Testung in Praxen stattfinden. ○ Nicht nur die Tests gehen leicht zurück, sondern auch die Positivenrate. Dies lässt vermuten, dass die Fälle abnehmen. ○ Sinnvoll wäre mit möglichst geringer Hemmschwelle zu testen (auch leichtsymptomatische ARE Patienten), nicht jedoch das Testen von Asymptomatischen zu fördern. ○ Die Testkriterien gelten für Knappheit, zurzeit gibt es unterschiedliche Aussagen zur Knappheit (genügend Testkapazitäten, jedoch Mangel an Materialien wegen Sequenzierungen). ○ Es gibt keine flächendeckenden Informationen über Antigentests, eine kurzfristige Änderung der Teststrategie wird die Interpretation nicht erleichtern. ○ Entscheidung wird bis nächsten Montag vertagt. Noch werden die Testkriterien nicht überarbeitet, sondern das Gespräch mit KBV am Donnerstag (Teilnahme Hr. Mielke, Hr. Kröger) abgewartet.	MF4 (Fischer)

	ToDo: Am Montag wird Flussschema zu Testkriterien nochmal im Krisenstab besprochen. ! Heimtestung – Änderung Testindikation? ○ BMG Entscheidung ist gefallen, Heimtests werden eingeführt. Es wird nur noch auf Lizensierung gewartet. ○ Hinsichtlich der Begleitung der Einführung mit einer Informationskampagne ist BMG aufgeschlossen. ○ 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. ○ Wie will man das kontrollieren? ! Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ○ Aktuell 900 aktive Ausbrüche in Altenheimen, über 300 Ausbrüche in Krankenhäusern, noch keine Tendenz, dass die Ausbrüche weniger werden. ○ Dokument zu Altenheimen ist mit 33 Seiten zu komplex. Es ist eine einfachere Version geplant, soll an Fr. Jenny geschickt werden. ○ 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 Hr. Buchholz 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	FG36 (Buda)

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.

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)

- 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.
- Fallzahlen auf ICU
  - Weiterhin hohe Zahlen an täglichen Neuaufnahmen (ca. 500/Tag) und Verlegungen.
  - Zahl der verstorbenen Patienten weiterhin hoch.
- Belastungslage auf Intensivstationen
  - Stabilisierung, aber noch keine Entlastung
  - Personalmangel verbessert sich in einigen Häusern, ist aber immer noch sehr hoch.
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
  - Trend zeigt nach unten.
  - In SH, Ni, SL ist Prognose auf ähnlichem Niveau wie bisher.

! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)

- GrippeWeb
  - Leichter Anstieg bei Kindern und Erwachsenen, aber auf sehr geringem Niveau.
- ARE-Konsultationen
  - Von 2. zu 3. KW wieder gesunken, deutlich weniger Arztbesuche als in Vorjahren.
  - In NRW Anstieg nach Neujahr wie jedes Jahr.

	○ 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. ○ 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Einschätzung Schwere UK VOC ○ Allgemeine Ergänzungen, zeitlosere Gestaltung ○ Bei Varianten: brasilianische eingefügt ○ Umformulierungen: z.B. Mund-Nasen-Bedeckung durch Masken ersetzt, Länder durch Staaten ersetzen ○ 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 (Buda)
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** ! Hr. Wieler wird in den nächsten Wochen jeweils freitags an den Bundespressekonferenzen mit Hr. Spahn teilnehmen.	BZgA (Thaiss) Presse (Wenchel) FG14 (Brunke)

	! Begrifflichkeiten med. Masken (Sprachregelung) (hier) ○ Begriff „Medizinische Maske“ wurde aus Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin übernommen. ○ Auf Wunsch des BMG-Kommunikationsreferats soll dieser Begriff nicht mehr verwendet werden. ○ Auch Fr. Jenny 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. ○ Gemeinsame Sprachregelung: Wie dezidiert soll eine Aussage gegen Alltagsmasken getroffen werden? Alltagsmaske wurde bei BZgA durch Maske ersetzt, einheitliches Wording wäre sinnvoll. ○ Aus dem Kommunikationssteuerungskreis des BMG liegt eine schriftliche Vorgabe vor. ○ Es wird nur der Begriff „Maske“ verwendet, bei spezifischer Benennung wird medizinischer Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken genannt.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht ○ Der Wunsch den Pandemieverlauf besser zu visualisieren wurde Ende letzten Jahres aus dem Krisenstab in Meldedatengruppe getragen. ○ 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. ○ Tägliche oder wöchentliche Aktualisierung? Es gibt Werte, die täglich und Werte, die nur wöchentlich dargestellt werden können. ○ Automatisierbar? Im Moment noch händische Nachbesserungen, könnte aber automatisiert werden. ○ Visualisierung ist sehr übersichtlich. Die Systematik und die Zuordnung der Variablen zu Indikatoren sollte nochmal überarbeitet werden.	ZBS1 (Sievers, Ullrich)

	○ Mit dieser Darstellung könnte Lagebericht entlastet werden, sollte für Öffentlichkeit verfügbar sein. ○ 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*	ZIG (Hanefeld)
	! Zielformulierung RKI/NoCOVID (hier) ○ Ziel soll in Zusammenhang mit Stufenplan formuliert werden. Wie soll sich RKI in Hinblick auf NoCovid positionieren? ○ NoCovid ist wissenschaftlich betrachtet nicht umsetzbar. ○ Vorschlag: Übergeordnetes Ziel ist, die Anzahl von Fällen so weit zu reduzieren, dass lokale Kontrolle durch die GA wieder möglich wird. ○ Ziel sollte Schutz der Bevölkerung, die Minimierung der Schwere der Krankheit sein. Durch Minimierung der Zahl der Fälle, so dass Kontrolle wieder möglich wird. ○ Es soll ein Schlagwort à la Control Covid gefunden werden. ○ Ziel soll Stufenplan vorangestellt werden. ○ Wie kann ein Hochschnellen der Zahlen durch schnelle Öffnungen vermieden werden? ○ An welchen Indikatoren kann Überlastung von GA festgemacht werden? Ganz wesentlicher Punkt ist Kontaktpersonennachverfolgung. Datenlage ist im Moment nicht sehr gut. ○ 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. ○ Schutzschirm durch Impfungen sollte mit ein bezogen werden. ○ Es fehlt noch ein gesellschaftliches Ziel. Hr. Ziese schlägt vor	Rexroth

	eine Kollegin aus Abt. 2 in die Gruppe aufzunehmen. ○ Feste Zielwerte bei den einzelnen Stufen sind unkomfortabel, da Richtwerte auf Erfahrungen aus der Vergangenheit basieren und Zielwerte immer wieder revidiert werden müssen. ○ Schwellenwerte sind für die Politik für Anpassung von Maßnahmen sinnvoll. ○ Ein Schlagwort für so niedrige Fallzahlen, dass sie wieder kontrollierbar sind, sollte gefunden werden. Unter 10 (Lancet) scheint reeller.	
7	**Dokumente** ! Kontaktpersonenmanagement ○ Sprachliche Änderungen, klarer verständlich ○ Ergänzung: Kontaktpersonen der Kat. 1 sollen enge Kontakte außerhalb des Haushalts informieren, auch auf Krankheitssymptome zu achten. ○ Vorschlag 1 gewählt: innerhalb von 3 Monaten nach Erstinfektion soll keine Quarantäne angeordnet werden. Einigung mit Ministerium. ○ Basiert auf aktueller Datenlage zu Reinfektionen und zur Infektiosität. Statt Infektiosität Kontagiosität verwenden. ○ Vulnerable Gruppe durch Risikogruppe ersetzen.	FG36 (Haas)
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Virologische Surveillance ○ Von 159 Proben wurden 17 pos. auf SARS-CoV-2 getestet. ○ 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. ○ > 30 Proben aus molekularer Surveillance erhalten	FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	FG37
12	○ Idee ist mit Serotracker Allianz zu bilden: Aggregierte Ergebnisse in Serotracker einzuspeisen, damit Ergebnisse für Deutschland im internationalen Vergleich verfügbar, gemeinsame methodische Weiterentwicklung, Dashboard-	FG25 (Neuhauser)

	Version auf Deutsch. ○ Analysen müssten mit aktuellem, knappem Personal realisiert werden. ○ 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. ○ Zentral ist die Berechnung der IFR (infection fatality rate). Falls die IFR nicht vom HZI in der Metaanalyse zeitnah angegangen wird, muss sich das RKI auch ohne zusätzliche Mittel damit befassen. Hohe Priorität. ○ Zum Darstellungs- und Berichtsmodus wird Fr. Jenny 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 (M.v. Kleist; M.M., T. Wolff, L. Grabenhenrich, S. Kröger)	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Iris Hunger
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG16
  - Anton Aebischer
- FG17
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - Ole Wichmann
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Christian Herzog
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZIG1
  - Luisa Denkel
- BZgA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle ○ Laut WHO >100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle ○ Länder auf Liste haben sich nicht verändert ○ Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien ○ Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg ! 7-Tages-Inzidenz weltweit ○ Inzwischen weltweit 101 Länder >50/100.000 Ew. ○ Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%) ○ Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika ○ Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%) ! SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) ○ Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen ○ Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40% ○ 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) ○ in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika ○ Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika	ZIG1 (Denkel)

	! SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) ○ P1 Variante: in mind. 8 Ländern ○ 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 ○ Israel: >50/100 Personen geimpft, 2. Dosis >17/100 Personen ○ 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 Impfstoff, Lieferung auch an Nachbarländer (v.a. Nepal und Bangladesch) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.192.850 (+14.022), davon 55.752 (+839) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 94,4/100.000 Einw. ○ 4-Tage-R=0,85; 7-Tage-R=0,92 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.738.236 (2,1%), mit 2 Impfungen 366.081 ○ DIVI-Intensivregister: 4.437 Fälle in Behandlung (-64) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +560, davon 28% verstorben ○ 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	FG38 (Rexroth), Alle FG37 (Eckmanns), alle

	Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt ▪ Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von Matthias an der Heiden durchgeführt worden. *ToDo: Auswertung von Matthias an der Heiden 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 ○ Geografische Verteilung nach Alter ▪ Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten ○ 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) ○ 15 Fälle unter Personal, 15 Fälle bei Patienten und Patientinnen, in Reinickendorf 5 Folgefälle, weitere Fälle auch in anderen Bezirken ○ Siedlung in Reinickendorf: ▪ 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	FG38 (Rexroth)

	vorgenommen. ○ 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. ○ 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 ○ In KH in Spandau und Reinickendorf auch Fälle mit B1.351 (südafrikanischer) Variante ○ Christian Drosten 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 ○ Derzeit ist das HUK noch geschlossen, aber Druck vom Senat/der Feuerwehr, morgen Besprechung des GA und des RKI mit Senatorin ○ 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 ○ In Kontakt mit Fr. Marcic, Amtshilfeersuchen angeboten ○ 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	Alle

	○ Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären ○ Info aus Treffen mit ECDC: ▪ Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage, ▪ Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten ▪ 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 ○ Datenlage zu Viruslast und Rezeptoraffinität für Varianten derzeit noch sehr unklar ○ 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. ○ Daten aus mehreren Quellen, sollten in Kürze vorliegen ○ Empfehlungen für Quarantäne werden erst verändert, wenn weitere Daten vorhanden sind ○ Entlasskriterien in Überarbeitung	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Allgemeine Infos: ○ Kosovo-Unterstützungsmission endet heute ○ 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) ○ 3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten: ○ IOAC: ▪ Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen ▪ Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an	ZIG (Hanefeld) ZIG (Hunger), Hr. Wieler

		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 ○ 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 ▪ https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response ○ 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 ○ Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? ○ Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen (Hospitalisierung, Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll ○ 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** ! 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 ! Frau Thaiss 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 ! Linus Grabenhenrich ist am 29.01. als Open-Data-Beauftragter in einem Treffen mit den Datenjournalisten	BZgA (Thaiss) Presse (Wenchel)

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein. **b) RKI-intern**	ZIG (Hanefeld)
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 ! 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	FG33 (Wichmann)

	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 ○ 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 ○ 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%) ○ Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden ○ Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Therapie mit monoklonalen Antikörpern ○ Seit Mitte der Woche wird ein mab-Präparat von Eli Lilly (Bamlavimab) über Verteilapotheken verteilt und angewendet. ○ Anwendung in Therapiehinweisen im Internet aktualisiert: moderate Verlaufe, frühe Phase bei Patienten mit Risikofaktoren, BMG hat abgelehnt sich mehr zu spezifizieren ○ kann auch bei asymptomat. Fällen angewendet werden, wenn frühzeitig diagnostiziert ○ auch in Diskussion als PEP, Einbindung der STIKO, da passive Impfung	IBBS (Herzog)

	○ Anzahl an Patienten, die in Frage kommen recht groß – daher Einzelfallentscheidung also individueller Heilversuch ○ Beratungsnetzwerk von DGI und RKI, auch für ambulanten Sektor, aber Gabe sollte teilstationär bzw. stationär, wenn schon hospitalisiert, erfolgen ○ Verpflichtungserklärung geht an BMG, PEI hat Info für Patienten vorbereitet ○ Ebenso dann für Roche Regeneron mab ○ Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar *ToDo: Fr. Oh 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 ○ Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf. ○ Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen. ○ Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungern machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen ○ Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich ○ Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote) ○ Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden ○ Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll? ○ 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	FG38 (Rexroth), alle

	○ 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 ○ Großes Ausbruchsgeschehen, mehrere Werkshallen, 49 GÄ in Norddeutschland betroffen, ggf. Ausweitung auf Frankreich ○ Bei 7 MA ist B1.1.7 (UK)-Variante nachgewiesen worden	

12	**Surveillance** ! DEMIS, SurvNet und SORMAS ○ DEMIS läuft stabil und nachhaltig ○ 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 ○ Viele Ressourcen in SORMAS, aus vielen BL Unzufriedenheit mit SORMAS, ○ Viele Fragen zur Umstellung der Falldefinition und Nachfragen wann Referenzdefiniton auch geändert wird ○ 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. ○ 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 ○ Österreicher haben die Nachtestung beim Arzt verpflichtend gemacht. Aber wenn Abgabe frei, wie kontrollieren? ○ 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€) ○ 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*	FG38 (Rexroth)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Beförderungsverbot ○ Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll ○ Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten	FG38 (an der Heiden), alle

	○ Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen ○ 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	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet ! In RKI-News erscheint zudem ein Artikel	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** ! Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Thorsten Wolff
  - Djin-Ye Oh
- FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 38
  - Ute Rexroth
- FG 34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kai Schulze
- FG37
  - Tim Eckmanns
- IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Rühe
- P1
  - Mirjam Jenny
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Jamela Seedat
  - Marieke Degen
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1/INIG
  - Regina Singer
- BZgA
  - Martin Dietrich
- BMG
  - Christophe Bayer
- MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (freitags) **National** ! Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) ○ 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) ○ 4-Tage-R=1,01; 7-Tage-R=0,88; Trend weiter rückläufig ○ Impfmonitoring (31.01.2021): Geimpfte mit erster Impfung 1.935.356 (2,3 %), mit zweiter Impfung 532.562 ○ DIVI-Intensivregister: 4.348 Fälle in Behandlung (-4), auch hier weiter rückläufig ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 255, davon 43 % verstorben ○ 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 ○ 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 letzten zwei Wochen vermehrt LK mit Inz. < 34/100.000 Einw. (grün) sichtbar ! Sachsen und Thüringen: Inzidenz weiterhin sehr hoch, derzeit	FG32 (Diercke) FG34 (Matthias an der Heiden)

	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)	

	○ 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 Herrn Wolff, 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 Apotheken mit Nachtestung und fachkundiger Beratung durch	FG21 (Schmich) P4 (Gottwald) FG32 (Diercke)

	(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 Herrn Haas finalisiert und direkt an Herrn Hamouda 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 Herrn Wichmann 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 Herrn Martin Dietrich 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 (Degen)
6	**Neues aus dem BMG** ! Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Modellierung von Hr. Meyer-Hermann ○ Heute früh zirkuliert, von großem Interesse	Alle Präs

	○ 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) ○ Wurde bereits zirkuliert ○ Bitte mit Frist heute Abend bei Frau Hanefeld um Rückmeldung ○ Papier wird dann an Herrn Schaade weitergeleitet ! Strategiefragen/Deeskalation ○ Anfrage zum Austausch seitens Referat 611 ○ Anfrage zum Austausch seitens UK, Austausch RKI-seits gewünscht b) **RKI-intern**	ZIG (Hanefeld)
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: ○ „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 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen." ○ „Ebenso ist die Datenlage zur Ausscheidungskinetik von	FG37, FG36 FG38 IBBS (Rühe)

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, Herr Haas 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, Herr Eckmanns bereitet einen Entwurf vor.

Zu berücksichtigende Aspekte / Diskussion:

! Rekombination laut Herrn Drosten 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 ○ überarbeiteter Risikobewertung ○ Lagebericht ! Umsetzung heute **Flussschema zu Testkriterien (Aufgabe aus Krisenstab vom 27.01.2021)** ! 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) ! 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: ○ „Toolbox“: Evidenz für Transmission/Auftreten schwerer Erkrankung/Maßnahme inkl. Nicht-COVID-	Abt.3 (Jung-Sendzik) FG36 (Schulze)

	Effekte, „Implementation Issues“ ○ „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): ○ Szenarien, Ziele und Schwerpunkte und Instrumente (bereits definiert) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html ○ Maßnahmen an spezifisches Risiko und lokale Indikatoren angepasst ○ Monitoring der Umsetzung der Maßnahmen VOR deren Verschärfung, „Dynamische Faktoren“/ Trigger / Indikatoren zur Anpassung der Stufen ○ Wichtig zu berücksichtigen: Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Nicht-Covid-Effekte ○ Morgiges Meeting zu dynamischen Faktoren ○ Cave: seitens Politik wurde zwischen privaten und organisierten Settings unterschieden – dies ist nach Evidenzlage nicht möglich, Hinweis sollte ggf. ergänzt werden ! Intensitätsstufen (Folie 8) ○ Werden in Zusammenarbeit mit P1 ausgestaltet ○ Links: Basismaßnahmen in allen Settings ○ 3 Intensitätsstufen definiert ○ Stufe 3 (rot): hohe Übertragung, diffuse Geschehen, Überbelastung, KP-Nachverfolgung nicht mehr möglich o.ä., Stufe 1 (grün): begrenzte Ausbrüche, gut kontrollierbare Geschehen ○ Stufen nicht ganz klar trennbar, daher Farbverlauf gewählt ○ Stufen zudem abhängig von Parametern (Inzidenz, ITS-Bettenbelegung etc.), weitere Ausarbeitung folgt ○ 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 (Jung-Sendzik)

	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 Herrn Dürrwald ! Auswertung zu VOC in Endabstimmung (s.o.)	FG17 (Wolff) FG17 (Wolff)

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Therapie mit monoklonalen Antikörpern: verschoben (folgt voraus-sichtlich Freitag)	FG 17 (Oh)
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 (Haas) FG32 (Diercke)
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

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Frank Schlosser
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
  -
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.237.790 (+9.705), davon 58.956 (+975) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 83/100.000 EW ○ 4-Tage-R=0,75; 7-Tage-R=0,83 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.980.211 (2,4%), mit 2 Impfungen 606.786 ○ DIVI-Intensivregister: 4.264 Fälle in Behandlung (-58), aus intensivmed. Behandlung entlassen: +493, davon 30% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Kontinuierlicher Rückgang setzt sich fort Ausnahmen: SH und SL ○ 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 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Höchste Inzidenzen in den Altersgruppen 90+ und 80+ ▪ In den jüngeren Altersgruppen homogen kontinuierlicher Rückgang der Inzidenz ○ Beurteilung	FG32 (Michaela Diercke)

	▪ 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	(S. Buda)
	! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Abnahme im Vergleich zu KW 3, stärker bei erwachsenen, geringer bei Kindern, insgesamt liegen die Zahlen trotz der Jahreszeit auf Sommerniveau ○ 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 ○ 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:	S. Buda, M Jenny FG37 (O. Hamouda)

	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 ○ 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 *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*	(M. Mielke)
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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 ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten liegen bei > 2 Mio, die Anzahl der durchgeführten PCR beansprucht etwa 50% ▪ Anmerkung: dies eröffnet Möglichkeiten für	FG 37 (T. Eckmanns)

	ergänzende Testungen, Erweiterung der Testkriterien wird im Verlauf der Sitzung noch angesprochen werden ○ 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* ○ Probenrückstau ▪ Nicht erwähnenswert ○ 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) ○ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte	MF4 (M. Fischer)

Woche weniger Tests als in der Vorwoche

- Anteil positiv Getesteter nach Bundesland
  - In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg
- 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
- Abnahmeort
  - In Arztpraxen: Rückgang im Vgl. zur Weihnachtszeit 2020
  - In KH: Testzahlen stabil
  - Andere Orte: Abnahme der Testzahlen
- 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

- In Pflegeheimen weiterhin rückläufige Anzahl, von > 900 über letzte Woche 850 auf jetzt 750 Ausbrüche.
- In KH ist die Anzahl der Ausbrüche höher, als in der Vorwoche

Kurzbericht Ausbruch im HUK, Berlin

- Psychiatrie wurde bereits am letzten Wochenende geöffnet, restliches Klinikum wird ab Donnerstag, 04.02. geöffnet
- 16 PatientInnen wurden positiv getestet, 6 sind verstorben, 2 in kritischem Zustand auf ICU
- Sekundärfälle in Siedlung, Altenheimen, Haushalten und anderen KH

- Weitere Details wird Muna Abu Sin am Freitag berichten

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)

- COVID-19-Intensivpflichtige
  - Stand 03.03.2021 4217 Fälle, in vielen BL sinkende Zahlen
  - In SH, SL, BE Anstieg, in NI nur geringer Rückgang
- 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
- Belastungslage auf Intensivstationen
  - Weiterhin Stabilisierung ohne Entlastung
  - Zahl der Häuser mit Personalmangel ist weiterhin hoch, die Raumsituation stabilisiert sich etwas
- 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
  - Neue Prognose für heute ist noch in Arbeit

! **ALM Abfrage/Bericht (Update verschoben v. Mo)**

- **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 (Buda) . U. Rexroth FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Herr Ommen wird gebeten, weiterzugeben dass: ○ Insbesondere im Hinblick auf die kommende Freigabe der AG-POCT eine breit angelegte, bevölkerungsweite Kampagne wünschenswert wäre ○ Auch gegen die sinkende Akzeptanz für Maßnahmen in der Bevölkerung würde dies wirken ○ Insgesamt könnte eine Kampagne zu den AHA-Regeln (mit Hintergrund: Begründung und Erklärung) auffrischend wirken ○ Mehr Frequenz und Durchdringen wäre wünschenswert ○ Bspw. in Form von Spots in Radio und TV (die öffentlich-rechtlichen Medien in die Pflicht nehmen) **IMS** ! Vorschlag zur verständlichen Kommunikation mit der Bitte um Kommentierung (Pdf hier)	BZgA (O. Ommen) Alle (U. Rexroth, O. Hamouda) P1 (Jenny)

	○ Welche Daten fließen im RKI zusammen, wie werden sie bewertet, visualisiert, wie erfolgt der Transfer aus dem Haus ○ Stichwort „Daten für Taten“ ▪ Surveillance ▪ Berichterstattung als Grundlage für politische Entscheidungen ▪ Veröffentlichung von Daten als Forschungsgrundlage *ToDo: Bitte um Kommentierung* ! **Gesetzliche Berichtspflicht** ○ Es gibt Hinweise, dass eine gesetzliche Verpflichtung besteht, im März einen weiteren Bericht (nach dem Zwischenbericht) zu liefern ○ 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*	Alle U. Grote und Lagezentrum
6	**RKI-Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Mobilitätsmonitoring **(mittwochs)** (bitte Folien im Krisenstabsordner ablegen) ○ Es wurde überprüft, inwiefern sich die Mobilitätseinschränkung auf einen 15 km- Radius bei Inzidenzen von >200/100.000 auswirkt ○ Nur 5% aller Wege fallen in die Kategorie über 15 km ○ Keine Auswirkung auf die Gesamtmobilität feststellbar ○ Wahrscheinlich sind Auswirkungen auf Wege über 15 km vorhanden, wirken sich wegen des geringen Anteils nicht auf die Gesamtmobilität aus ○ 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. (S. Buda/ Frank Schlosser), ID 2568*	Alle (F. Schlosser) ZIG

	b) **RKI-intern**	(Hanefeld)
	! Vorschläge für den langfristigen Umgang mit Corona von Frau Touré, GA Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (s. E-Mail hier) ○ 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. ○ Hinweis: in Abstimmung mit dem BMG ist die nationale Teststrategie der Ort, an dem das Vorgehen für Fachpersonal und Kliniken festgelegt ist. ○ Durch die Novellierung der MPAV ändern sich die Voraussetzungen ○ Sollte im geplanten EpiBull-Artikel adressiert werden ○ Hinweis: Freigabe von AG-POCT bedeutet Empowerment und aktive Beteiligung der Bevölkerung, dies sollte positiv in eine Bewertung einfließen ○ Vorschlag: webex-Meeting mit Frau Touré, zu Austausch und Diskussion ihrer Vorschläge und als Zeichen der Wertschätzung ihres Engagements	U. Rexroth Alle
	ToDo: Meeting mit Frau Touré planen (wurde angestoßen)	
	! Diskussion zu Testung/Umgang mit AG-POC ○ 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 ○ 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 ○ Unklar, in welchem Umfang und aus welchem Anlass getestet werden wird, Gefahr schlechter prädiktiver werte und vieler falsch pos./neg. Befunde ○ 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 ○ Ein Vorschlag der Virologen von RespVir wurde von O. Hamouda an AG Diagnostik weitergeleitet ○ Es gibt PCRs, die darauf hindeuten ○ Nachweis von bestimmten Punktmutationen könnte sollte als V. a. bewertet werden ○ Soll V. a. von den GÄ ans RKI gemeldet werden? DEMIS-Meldung von Laboren an GÄ ist etabliert, aber Weiterleitung unklar ○ Bisher werden nur bestätigte Befunde übermittelt ○ Es soll vermieden werden, eine „Epidemie in der Epidemie zu kreieren ○ Verdachtsdiagnosen und bestätigte Fälle sollten getrennt ausgewertet werden können ○ Es wurde bereits ein konkreter Vorschlag von Frau Oh ausgearbeitet im Dialog mit M. Mielcke, Finalisierung ist in	

	Arbeit, Entwurf beinhaltet 3 Kategorien: ▪ Hinweis auf VOC ▪ Durch Laborbefunde (2 PCRs) begründeter V. a. VOC ▪ Nachweis auf Sequenzierungsbasis ○ Entisolierungskriterien: Aus den Ländern kommt der Wunsch, entweder bei Ausbrüchen oder grundsätzlich bei V. a. VOC auf 14 Tage Isolierung zu verlängern ○ Bisherige Datenlage, auch im Austausch mit UK, zur Viruskinetik rechtfertigt keine Verlängerung der Isolierung ○ Hier sollte auf die Unterscheidung zw. Erkrankungsdauer und Inkubationszeit (hier 14 Tage Quarantäne plus 1 Woche Selbstbeobachtung) geachtet werden ○ Diesbezügliche Datenlage muss weiter beobachtet werden	
7	**Dokumente** ! **Kohortierung in Einrichtungen (Folien hier)** ○ 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 ○ 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 - 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	FG 37 (T. Eckmanns)

	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 (J. Hermes) und Kontaktaufnahme mit S. Buda bezüglich der Anpassung der KoNa-Dokumente* *Alle Dokumente bezügl. Bezeichnung „Besorgniserregende Variante“ überprüfen (S. Buda)* ▪ 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** ○ 150 Probeneinsendungen/Woche ○ Es wurden 5 neue Praxen rekrutiert, da derzeit um ausreichend Probenmaterial zu kämpfen ist ○ Im Sentinel aktuell 3% der Proben positiv (im Vgl. zu vorher 16%) ○ Im Sommer waren Rhinoviren häufig, da viele pädiatrische Einsendungen ○ Influenza: konstant 20 bis 30 Meldungen/Woche (in der Vorsaison noch 30.000 Fälle) ○ Rhinoviren weiter rückläufig ○ Coronaviren saisonal rückläufig, diese Woche 2, letzte Woche 4, unter dem erwarteten Niveau ○ Parainfluenzaviren sind eigentlich saisonunabhängig, der Rückgang zeigt die Wirksamkeit der Infektionsschutzmaßnahmen ○ M 501Y trat 3x im Sentinel auf (Hessen, Jena, Vogtland, dort als B.1.1.7 sequenziert) ○ NRZ für Influenza (bessere Altersrepräsentativität) und Respvir (kleinkindlastig) bestätigen diese Trends ○ 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	FG17 (Dürrwald) R. Dürrwald

	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) **S. Voigt)** ○ in allen drei Fällen fehlen Daten für die Annahme einer Reinfektion ○ Bedarf nach genauer Definition von Reinfektion ○ Es gibt bereits eine AG, die sich damit auseinandersetzt (FG 32 und FG 36 ○ Umsetzung im Meldewesen bisher unklar *ToDo: Bisheriger Stand an S. Voigt 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*	MF 1 FG12 (S.Voigt)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Aktualisierte Entlasskriterien sind bereits veröffentlicht (C. Herzog) ! 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 (C. Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** ○ Nicht besprochen	FG25 (Neuhauser)
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: L. Denkel C. Sievers)	Alle

	! BPK Freitag 05.02. 2021	
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 05.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende 13:12

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
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! BzGA
  - Florentine Frentz
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Regina Singer
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle ○ Insgesamt ca. 104 Mio. Fälle und 2,26 Mio. Todesfälle weltweit ○ 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 ○ Fast alle Länder zeigen abnehmenden Trend außer Frankreich und Indonesien ○ Mexiko: höchste CFR von 8,5 % (Untererfassung von Fällen ggf. zu berücksichtigen) ! 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einw. ○ Portugal einziges Land mit Inzidenz > 500, aber leicht abnehmender Trend ○ Europa weiterhin sehr hohe Inzidenzen (Tschechien, Spanien, UK, Frankreich, Schweden > 200), jedoch insgesamt eher abnehmender Trend ○ Amerika ebenfalls sehr hohe Inzidenzen (Nordamerika abnehmender Trend, Südamerika zunehmend) ○ Afrika: v.a. Libyen, Tunesien, Südafrika, Botswana und Sambia hohe Inzidenzen ○ Asiatischer Kontinent: Indonesien, Malaysia, Singapur, UAE, Iran und Israel derzeit stark betroffen ! SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) ○ Mittlerweile in 80 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche) ○ Virusvarianten-Risikogebiete: Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal ○ Unter Beobachtung: Europa (siehe Einzelländer),	ZIG1 (Singer)

	Israel, UAE ○ Noch keine verlässliche Datenlage, u.a. auch aufgrund unterschiedlicher Sequenzierkapazität innerhalb der Länder ○ 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) ○ In 40 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche) ○ Virusvarianten-Risikogebiete**:** Südafrika, Eswatini, Lesotho, Botsuana, Malawi, Mozambik, Sambia, Simbabwe ○ Unter Beobachtung**:** Länder in (Süd)-Afrika ! SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) ○ Aktuell 10 Länder (+2 im Vgl. zur Vorwoche) ○ Leichte Zunahme insgesamt ○ Virusvarianten-Risikogebiete: Brasilien ! Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen ○ 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 ○ Veröffentlichung der COVAX-Verteilungsprognose, erste Länder sollen in kommender Woche Impfstoffe darüber erhalten ! Diskussion ○ 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 ○ Momentan Ausweisung von Gebieten für die 3 verschie-denen Virusvarianten, fast nicht mehr umsetzbar (zzgl. gestriger Erlass zur Recherche zu 30 Ländern)	ZIG (Hanefeld) Abt.1 (Mielke) Abt.3 (Hamouda) FG32 (Diercke)

	○ Wie wird ggf. ein Zeitpunkt definiert, an dem es weniger sinnvoll erscheint, Grenzen geschlossen zu halten, da sich diese Varianten global durchsetzen? ○ Unterschiedliches Verhalten der Virusvarianten bei Diskussion zu bedenken, auch hinsichtlich immune escape ○ 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 ○ Auslagerung dieser komplexen Grundsatzdiskussion, Anberaumung eines zeitnahen Termins zwischen ZIG1, Abt.3 und VPräs durch Frau Hanefeld **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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) ○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,93 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.091.689 (2,5 %), mit 2 Impfungen 756.333 ○ DIVI-Intensivregister: 4.178 Fälle in Behandlung (-44) ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +623, davon 27 % verstorben, langsam rückgängige Zahlen ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Saarland: scheinbare Stabilisierung auf hohem Niveau ▪ 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. ○ Geographische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK): ▪ Schwerpunkt mit höchster Inzidenz nach Osten verlagert, siehe Internationale Lage: v.a. Tschechien	FG37 (Abu Sin)

	betroffen ▪ Derzeit noch 7 LK mit Inzidenz > 250, 74 LK < 50 ○ 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 ○ 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) ○ Komplexes und über das HUK hinausgehendes Geschehen, u.U. mit Verbindungen zu Reinickendorf und anderen Bezirken ○ Aktuell bestätigte Fälle: 17 Personal, 16 Patienten (darunter 6 Todesfälle), 15 sekundäre Fälle (u.a. Entlassene mit Wiederaufnahme bspw. in Spandauer Krankenhaus) ○ Eintrag vermutlich über Leiharbeitskraft ○ Screening in Invalidensiedlung (Reinickendorf): 3 Patien-ten dort positiv ○ Gynäkologische Praxis mit vielen Fällen mit möglichem Link zum HUK-Geschehen derzeit in Abklärung	

	○ Weitere Fälle in einem Altenheim über Personallink zu HUK ○ Weitere Fälle in Reinickendorfer Firma mit B1.1.7-Nachweis (Eintrag über Familie mit Link zu HUK-Personal) ○ Expositions- und Erkrankungszeiträume teilweise nicht stimmig, hier jedoch derzeit viele missing links vorhanden ○ Epidemische Kurve nach Exposition (Folie 2) im zeitlichen Verlauf: insgesamt 47 Fälle ○ HUK seit gestern wieder unter Auflagen in Betrieb (u.a. zweimal wöchentlich Screening, Kontaktnachverfolgung) ○ Ende des Ausbruchsgeschehen derzeit definiert auf den 28.02. (= 2 Inkubationszeiten), sporadisches Auftreten neuer Fälle (aktuell 2 neue Fälle über Screening identifiziert) ○ 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 ○ Zeitschiene stationärer Verlauf HUK - bestätigte Fälle (Folie 4): 5 Patienten aus erstem Ausbruchsgeschehen in zweites involviert, massive Ausbreitung um den 10./11.01. vermutet ○ Einige Patienten kurz nach Aufnahme positiv, andere erst im späteren Verlauf entsprechend Inkubationszeit ○ Stand 02.02.2021: 6 Todesfälle (Altersgruppe > 75 Jahre), aber auch einige Folgefälle mit schwerer Erkrankung bei jüngeren AG mit derzeit unklarem Ausgang ○ 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	ZIG (Hanefeld)

	▪ 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 ○ 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 ○ 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 ○ Es sollte in einem Dokument angemerkt werden, dass auch Leiharbeitskräfte in Personalscreenings miteinzubeziehen sind	

	Missionen EU-Ausland ○ Mission aus Kosovo zurückgekehrt ○ 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 ○ Bitte an das BMG um Sprachregelung zu Vakzinen erfolgt ○ Bereits mehrere Anfragen an das RKI mit der Bitte um Mithilfe bei Vakzinebeschaffung ○ Corona-Global-Anträge kommen voraussichtlich im Laufe des Tages aus externer Begutachtung zurück, gehen dann ans BMG, Prozesslänge der Entscheidung dort noch nicht einschätzbar	
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 Herrn Wichmann 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	BZgA Presse (Wenchel) P1 (Antao) FG14 (Brunke) Abt.1 (Mielke)

	! 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 Herrn Ziese um Klärung der Sachlage zu dieser Anfrage seitens Gesundbund*	
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: ○ Alt: „Testkriterien nicht erfüllt, keine SARS-CoV-2-Testung“ ○ Neu: statt Komma „oder“ ○ 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: ○ Titel: „Maßnahmen bei sonstigen akuten respiratorischen Symptomen“ ○ Subtitel: „Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“ ! Box: Überschrift und Subtitel - NEU: ○ Titel: "Maßnahmen zur Verhinderung von Übertragungen ~~an Dritte~~, *z.B. bei atypischen Symptomen* ~~falls eine unerkannte COVID-19-Erkrankung vorliegt~~" ○ Subtitel ~~„Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte,~~	Alle VPräs Abt.1 (Mielke) IBBS (Herzog) FG36 (Buda, Haas)

	~~falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“~~ (entfällt, nun in Titel integriert) ○ 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 Herrn Haas von Donnerstagabend *ToDo: sprachliche Überarbeitung in Abstimmung mit IBBS, Herrn Mielke und Herrn Haas, finale Sichtung am Montag mit nachfolgender Veröffentlichung*	
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	FG33 (Wichmann)

	! Umgang mit Genesenen hinsichtlich Impfung: ○ AG-Test im Vorfeld laut Modellierungen zu aufwendig und Ressourcen-verbrauchend ○ Laut STIKO Erhebung des Serostatus und des Ausschlusses einer asymptomatischen Situation nicht erforderlich ○ STIKO sieht keine Sicherheitsbedenken der Impfung von Genesenen ○ 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 ○ 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 ○ Impfstoff-Studienergebnisse werden derzeit von der EMA bewertet ○ Derzeit unbekannt, ob Sputnik V auf den deutschen Markt kommen soll ○ 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 Herrn Wichmann um die Mitteilung der Effektivität der Aktivierung des CD8-Arms durch mRNA-Impfstoffe*	
9	○ 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 ▪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	FG17 (Oh) FG12/FG17 (Oh)

	Wirksamkeit, da das Epitop über der Mutation liegt ! ZBS1 ○ 689 Einsendungen, davon 171 Proben SARS-CoV-2-positiv (ca. 24,8 %) ○ Insgesamt ca. 500 Proben aus mehreren Studien (COALA etc.) und Ausbrüchen eingegangen, davon in diverse Proben Variante B.1.1.7 identifiziert ○ Dem Ringversuch wurde zugestimmt, Proben bereits eingetroffen ○ Medinzinprodukte-AbgabeVO zu Heimtests vermutlich derzeit noch beim BMG in Diskussion mit Juristen ○ Änderung § 8 IfSG (bzw. zur Selbstanzeige im Portal) noch nicht beschlossen	ZBS1 (Michel)
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 (Herzog)
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 (Diercke)

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 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	FG38 (Rexroth)
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 (Rexroth) Präs
15	**Wichtige Termine** ! Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Montag, 08.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

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
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Michaela Niebank
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.288.545 (+4.535), davon 61.675 (+158) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 76/100.000 Einw. ▪ 7-Tage Inzidenz fällt weiterhin ○ 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.287.196 (2,8%), mit 2 Impfungen 981.914 ▪ Impfdashboard ist zwischenzeitlich online ○ DIVI-Intensivregister: 3.933 Fälle in Behandlung (-32) ▪ unter 4.000 Fälle gesunken ○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 267, davon 39% verstorben ○ 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 ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Schwerpunkte im Osten, im Saarland und in Bayern an der Grenze zu Tschechien ○ 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 (Michaela Diercke) FG38 (Rexroth)

	! Ausbruch Pflegeheim Osnabrück und weitere Schritte ○ Große politische Aufregung um 14 positive getestete Bewohner eines Pflegeheims in Belm, die bereits zweimal geimpft wurden. ○ Es gibt Hinweise auf die Variante B.1.1.7, die Proben werden noch weiter sequenziert. ○ Bisher Hinweise, dass die Bewohner nicht so schwer erkrankt sind. ○ 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. ○ Infektionen sind im Rahmen einer Routineabstriches aufgefallen. Die Fortführung der seriellen Beprobung von Belegschaft und Bewohnern ist gute Grundlage für die Erkennung solcher Phänomene. ○ Die Weiterführung dieser Maßnahmen sollte propagiert werden. ○ Es ist zu erwarten, dass durch die Impfung zwar schwere Verläufe vermieden werden können, nicht jedoch die lokale Vermehrung der Viren. ○ Sollte den Gesundheitsämtern eine Art Kurzprotokoll zur Verfügung gestellt werden, damit systematisch evaluiert werden kann, wie häufig Impfdurchbrüche oder mild symptomatische Infektionen vorkommen? ○ Könnte in die Handreichung bei Ausbrüchen miteingebaut werden. ○ Wenn die GA die Fälle ausführlich im Routinesystem dokumentieren würden, wäre es möglich diese Informationen übers Meldewesen zu erhalten. ○ 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) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Inzidenz liegt deutlich unter Niveau der Vorjahre. Der Anstieg, der normalerweise im Jan./Feb. zu	FG36 (Haas)

beobachten ist, bleibt dieses Jahr völlig aus.

- Effektivität der Maßnahmen hält weiter an.

- 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).
- 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.
- Ausbrüche in Schulen
  - So gut wie keine neuen Ausbrüche, Nachmeldungen.
- 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.
- 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 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.: ○ Heute vorab: Betrachtung der reiseassoziierten COVID-19-Fälle im Sommer 2020 unter Berücksichtigung der Schulferien, Reisetätigkeit und Testkapazitäten ○ 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 ○ 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)	BZgA Presse (Seedat) P1 (Jenny) IBBS (Niebank)

	○ 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“ ○ Damit werden vermeintliche Widersprüche, wie mit nicht Getesteten umgegangen werden soll, hoffentlich aufgelöst. ○ Könnte als Alternative zur Testung verstanden werden, deshalb evtl. Formulierung „kein SARS-CoV-2 Testergebnis“ statt „keine SARS-CoV-2 Testung“ verwenden. ○ Dies könnte im Widerspruch zum Rest des Flussdiagramms stehen. Ist nicht perfekt zu lösen. ○ 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? ○ KH möchten auf die getrennte Versorgung verzichten. ○ 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. ○ Die Weiterverbreitung von bestimmten Varianten findet vermutlich zum überwiegenden Teil nicht in KH statt. ○ Eine Verbreitung innerhalb einer Klinik sollte generell vermieden werden. Am wichtigsten ist ein gutes Aufnahmescreening. Die Fälle sollten in besondere Einheiten verlegt werden. ○ Für Mitpatienten ist die Hauptproblematik das Vermeiden einer Cross-Infektion innerhalb eines Zimmers (Gefahr einer Superinfektion). ○ Konsequente Durchführung der Maßnahmen notwendig: striktes Aufnahmescreening mit einer schnellen Form der Differenzierung, ob es sich um die übliche oder eine VOC handelt.	FG37 (Eckmanns)

	○ Wenn möglich, sollte eine Isolierung nach Kohorten stattfinden, insbesondere bei den Varianten B1.351 und P1. ○ Sinnvoll ist auch eine Wiederholung des Screenings nach 1 Woche bei Langliegern um nosokomiale Infektionen zu verhindern. ○ Sequenzierung ist nicht beste Methode, da zu langsam. ○ Mit einer N501Y Analyse können alle VOCs erfasst werden. ○ Über ZIG evaluieren, wo südafrikanische Variante zirkuliert? Eher Reiseanamnese allgemein erheben. ○ Varianten sollen nicht mit den Ländernamen bezeichnet werden. ○ **Zusammenfassung**: Aufnahmescreening, VOC-Suchtest + Reiseanamnese, Surveillance, Wiederholungstests ○ Kliniken sollten nicht in eine Situation versetzt werden, die organisatorisch nicht umsetzbar ist. ○ Wann kann das Dokument publiziert werden? Noch kleine Änderungen nötig, kann Mittwoch veröffentlicht werden. **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! ZBS1 ○ 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 ○ 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. ○ Erstmals Fund der brasilianische Variante P2, wird zurzeit nicht als VOC betrachtet. ○ Zurzeit viele Fragen zu Varianten und Vorkommen von Varianten in Nachbarländern. ○ In den Handreichungen für Sequenzierungen ist Impfversagen als Anlass für eine Sequenzierung enthalten.	ZBS1 (Krause) FG17 (Wolf)

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Es gibt noch keinen größeren Abfluss von monoklonalen Antikörpern in Apotheken.	IBBS (Niebank)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	
12	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie (nur montags) ○ Unter nationale Lage besprochen ! Pilot SORMAS ○ Aufgrund von großem politischem Druck wird in 5 Pilot-GA SORMAS im Laufe dieser und nächster Woche produktiv gestellt. ○ 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. ○ Auf der anderen Seite könnte die Pilotierung auch eine bessere Evidenz für eine Beeinträchtigung der Datenqualität liefern. ! Wie wird die Untererfassung im Moment eingeschätzt? ○ Zahl der Infizierten in Modellen: was soll als Untererfassung angenommen werden? Faktor 2-6, stimmt das noch? ○ Sehr zuversichtlich, dass Inzidenz den Verlauf der Epidemie gut abbildet. ○ Untererfassung der schweren Fälle ist nicht so hoch. Mortalitätszahlen sind nahezu deckungsgleich mit den Sterbefällen des Statistisches Bundesamts. ○ Es gibt Angaben aus den Blutspenderdaten (nicht repräsentativ) und aus den Corona lokal Untersuchungen in Hotspots. Die Untererfassung sollte sich irgendwo dazwischen bewegen. ○ Abhängig von der Altersgruppe, bei > 80 Jährigen scheint es keine relevante Untererfassung zu geben. ! Gibt es Daten zur Kontaktpersonen-Nachverfolgungsquote in den Gesundheitsämtern? ○ Nein, dass beurteilen die GA auf Landkreisebene vor Ort. ! Ausbruchsgeschehen im HUK: ○ 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/Stefan Kröger), in der besprochen wird, was ausgewertet werden könnte. Alle Proben aus Klinikum sind beim KL, beim RKI sind Proben aus dem Umfeld. ○ Nächste Woche soll 1.Termin mit KL stattfinden und besprochen werden, welche Fragestellung adressiert	FG32 (Diercke) Alle FG37 (Eckmanns)

	werden soll. ○ Die Einladung zur Ausbruchsuntersuchung ist auf Spandau ausgedehnt worden.	
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	

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
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS 1
  - Claudia-Schulz-Weidhaas
- ! ZIG 1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - ...Dittrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.299.996 (+8.072), davon 62.969 (+813) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 68/100.000 EW ○ 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.405.156 (2,9%), mit 2 Impfungen 1.104.504 ○ DIVI-Intensivregister: 3.846 Fälle in Behandlung (-111) ○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +525, davon 31% verstorben ○ 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 ○ 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) ○ 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	FG32 (Michaela Diercke) (M. Diercke)

	Rückgang ▪ In den jüngsten AG vergleichsweise geringer Rückgang, hier war auch der Anstieg geringer ○ COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Nach dem Peak in KW 52 2020 in den letzten 6-7 Wochen abnehmender Trend bei den Sterbezahlen ○ Beurteilung ▪ 7-Tage -Inzidenz sinkt weiter langsam ▪ Anzahl der Verstorbenen weiterhin hoch ▪ R-Werte bleiben um 1 ▪ Weitere Fortschritte bei den Impfaktivitäten ○ 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? ▪ 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 ▪ 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	(S. Buda)
	! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ! ○ GrippeWeb ▪ Trend zur Abnahme setzt sich fort, Zahlen liegen minimal unter den Zahlen des Frühjahrs-Lockdowns,	(W. Haas)

	▪ 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 ○ 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)	(O. Hamouda) FG 37 (T. Eckmanns)

	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ 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	M. Mielke

	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 %	(S. Buda) (T. Eckmanns)
	! **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, 7,5% Positivenrate ○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ In TH mit >10% und MV mit 10% relativ hoch ▪ In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg ○ 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	(M.Mielke) (T. Eckmanns)
	! **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 ○ 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 (Jana Seifried)* ○ Frage zum Testort: Könnten die rückläufigen Testzahlen in Arztpraxen auf den Rückgang von ARE! weniger Screening zurückzuführen sein?	MF4 (M. Fischer) (U. Rexroth)

- Wohl nicht dadurch zu erklären, bereits seit Weihnachten rückläufige Testzahlen
- 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

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)

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 M. Diercke und M. an der Heiden weiterführen (T. Eckmanns)

- 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)

- 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
- 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
- Belastungslage auf Intensivstationen
  - Gesamtbelastung ist weiterhin hoch
  - Vollauslastung geht zurück, erste Häuser melden wieder Verfügbarkeit

	▪ Personalsituation bessert sich vereinzelt ▪ Zahl der freien Plätze stagniert ○ 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)** ○ Ausbruch in einem Altersheim in dem alle Bewohner bereits 2x geimpft sind ○ 2. Impfung liegt < 2 Wochen zurück, Impfdurchbruch daher fraglich ○ Fälle BewohnerInnen: 14 (2x geimpft) ○ Fälle MA: 3 ○ Bislang milde Verläufe (eine Person könnte versterben, 101 Jahre, wird nicht hospitalisiert) ○ Es handelt sich um B.1.1.7 ○ Eintrag: Hypothetisch durch TagespflegenutzerIn mit positiv getesteter Betreuung aus Polen, Weiterverbreitung durch Nachtpflege zunächst an MA, dann an BewohnerInnen ○ Es wurden schnell und weitreichend Maßnahmen ergriffen ○ 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 (Buda) U. Rexroth FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Radiospots: Reichweite in der Bevölkerung 58% ○ Fernsehspots: Reichweite in der Bevölkerung 78% ○ Aufrufe der Webseite zum Thema Impfen 1.000.000 ○ Gesamtreichweite in der Bev.: 66% ○ 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 ○ Frage zu Südafrika/Impfkampagne: Werden spezielle PCR-Tests entwickelt, um auf Mutationen mit geringerer Impfstoffempfindlichkeit zu testen ○ FG 17: PCRs sind in Entwicklung, auch zur Erkennung der anderen Varianten bzw. Mutationen, sind bislang nicht einsatzbereit ○ Geringe AstraZeneca-Wirksamkeit ist erklärbar durch den Vektor (Immunität gegen Schimpansen-Virus), Sputnik mit Adenovirus-Vektor umgeht das *ToDo: Thematik soll in AG Diagnostik (M. Mielke) aufgenommen werden, Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema muss gut begründet und aufgebaut sein* **EpiLag** ○ Hinweis aus EpiLag; BW sequenziert alle positiven Proben, dabei werden auch neue Mutationen entdeckt, es ist unklar, welche davon wirklich gefährlich sind ○ Dazu wird ein Ansprechpartner am RKI gewünscht ○ Aus Kommunikation mit UK ist bekannt, dass eine hohe Anzahl an Varianten gefunden wird, die eingeordnet werden müssen ○ Bioinformatische und phylogenetische Einordnung ist	BZgA (Dittrich) (R. Wenchel) (U. Rexroth)

	komplex ○ Rolle der Varianten zeigt sich über den Anteil in unterschiedlichen Gruppen ○ Länder brauchen Beratung: Nicht nur „IMSurveillance“ IMService“ ○ Ansprechpartner schwierig: In erster Näherung kommt KL/C. Drosten in Frage ○ Zur Studienlage M. v. Kleist *ToDo: Dreizeiler an M. Mielke zur Frage Ansprechpartner (U. Rexroth), T. Semmler soll einbezogen werden*	
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) ○ Bielefeld betreibt ein Maßnahmen-Monitoring auf Länderebene (BL und ausgewählte Landkreise) ○ Verlässlichkeit der Daten ist vorhanden, wurden soeben vervollständigt ○ Eine Publikation der Daten ist angekündigt ○ Eine Verknüpfung mit den Fallzahlen soll durchgeführt werden *ToDo: Vorstellung im Krisenstab, sobald Daten vorliegen (V. Bremer)*	Alle (Brockmann) (W. Haas) (V. Bremer)
7	**Dokumente** ! **Management von Kontaktpersonen** (Dokument hier) ○ Soll auf alle Flugreisen ausgedehnt werden, nicht nur auf Virusvariantengebiete oder Hochrisikogebiete ○ Dokument wird wie präsentiert freigegeben ○ Soll ab 11.02. gelten ! Frage: Gibt es neue Erkenntnisse zu Abstand und Dauer des	FG 37 (M. an der Heiden)

	Kontakts für KP I bei Kontakt zu VOC? ○ Aus UK keine neuen Daten, dort keine Anpassungen ○ Aktuelle Entwicklung muss abgewartet werden ○ Genaue Umsetzung der gültigen Empfehlungen soll betont werden ○ CWA-Daten wären wünschenswert, um dazu Aussagen zu treffen ○ 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) ○ 160 Probeneinsendungen in KW 5 ○ Konstant etwa 150 Einsendungen /Woche ○ Anteil Sars-CoV-2-positiver Proben bei 6% (ähnlich zu letzter Woche), Rückgang, Zahlen entsprechen den anderen Erhebungen ○ Influenza: keine Nachweise ○ Rhinoviren < 10% ○ Coronaviren saisonal: 1 Nachweis ○ VOC: lokal (eine Praxis) ○ 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 (Dürrwald)
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 ○ Besorgnis, dass dies für Saisonarbeitskräfte Im Sommer angewendet wird ○ Arbeitsmigration (Erntehelfer) ist ein europäisches Problem, das demnächst wieder akut wird	(M. an der Heiden) Diskussion: Alle

	○ Gibt es eine Kommunikation dazu im Haus/ soll eine gemeinsame Haltung dazu formuliert werden? ○ FG17, O. Hamouda, PH-Intelligence L. Schaade und ZIG waren im Gespräch: Einreisebeschränkungen sind bei geringer Inzidenz von VOC sinnvoll ○ Es sollte eine möglichst einheitliche Regelung gefunden werden ○ Bei Testauflagen tragen Beförderer die Arbeitslast ○ Haltung des RKI: Es sollen einheitliche möglichst strenge Bestimmungen zur Einreise gelten ○ Für Berufspendler und Saisonarbeiter muss eine Lösung gefunden werden ○ Formulierungsvorschlag: Quarantäne sollte nicht verkürzt werden können, „möglichst wenig“ Ausnahmen sollten möglich sein ○ Quarantäne 14 Tage bei Virusvariantengebiet, oder 10 Tage (Mischkalkulation), 14 Tage sind sicherer? ○ Dauer der Quarantäne bleibt eine politische Abwägung bzw. Entscheidung, je nachdem, wieviel Sicherheit man möchte ○ 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 J. Hanefeld und M. an der Heiden*	
12	**Surveillance** ! **Pilotierung SORMAS** ○ DEMIS/SORMAS Schnittstelle ist in Betrieb, bisher wurden 10 Fälle darüber gemeldet ○ Bisher ein GA pilotiert: Vorpommern Rügen ○ 5 weitere GÄ sollen nächste Woche folgen ○ Erste Ergebnisse: Daten wurden nicht richtig gemappt, SORMAS Team verspricht rasche Problemlösung ○ Geplantes Vorgehen war: Anbindung von 2 GÄ (Vorpommern-Rügen und Reutlingen), Rollout erst, wenn alle Probleme behoben sind ○ 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 ○ Einspruch L. Wieler: Vorgehen wird nicht geändert *ToDo: Bei konkreten Hinweisen auf Änderungsversuche Rücksprache mit der Leitung*	FG25 (Neuhauser)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**	FG38

	! Nicht besprochen	
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

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/Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
- ! Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Nadine Litzba (Protokoll)
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Meike Schöll
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ester-Maria Antao
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS 1
  - Livia Schrick
- ! ZIG 1
  - Sarah Esquevin
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** (Folien hier) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle: ○ Die meisten Länder unverändert seit letzter Woche, Deutschland und Türkei (wieder) auf Liste ! 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner ○ Karte hat sich nicht verändert ! WHO Epidemiological Update 09.02.2021 ○ Die vierte Woche in Folge ist die Zahl der weltweit neu gemeldeten Fälle gesunken (niedrigster Wert seit Oktober). Alle WHO-Regionen melden Rückgang. ○ 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) ○ 38 Länder mit Nachweis von B1.1.7, 3 Länder mit Fällen unter Verfizierung ○ unverändert wie letzte Woche ! SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) ○ 37 Länder mit bestätigten Fällen, 8 Länder mit Fällen unter Verfizierung ○ Spanien hat Fälle bestätigt ○ Italien, Malta und Türkei seit letzter Woche unbestätigte Fälle ○ Tirol, Slowakei und Tschechien neues Virusvariantengebiet ! SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) ○ Neue Länder: Peru, Spanien, Frankreich, Niederlande ○ Kanada und Türkei Fälle unter Verifzierung ! SARS-CoV-2-Varianten: Nachbarländer Deutschlands ○ Überblick in welchen Nachbarländern Deutschlands welche Varianten vorhanden sind	ZIG1 (Romo Ventura) ZIG1 (Esquevin), FG36 (Buda)

	○ Quellen allerdings sehr unterschiedlich ! Anteil der vollständig gegen COVID-19 geimpften Bevölkerung ○ 3 Länder mit den meisten Impfungen wie letzte Woche ! Excess Mortalität Europa ○ Portugal und UK zeigen hohe Excess Mortalität ! Diskussion: ○ 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 ○ Länder, die hohe Excess-Mortalität gesehen haben, sprechen von sinkenden Todeszahlen, insgesamt leichter Abfall ○ In UK: VOC mit B1.1.7 + Mutation E484K bisher 55 Fälle im Cluster, zusätzlich noch eine weitere Variante in UK under investigation ○ Aus Dänemark auch Bericht zu neuer Variante mit E484K-Mutation (mind 50 Fälle, E484K-Variante) ○ Insgesamt wird die Problematik der Einschätzung der Eigenschaften der verschiedenen neuen Varianten in den nächsten Wochen zunehmen. ○ 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) ○ SurvNet übermittelt: 2.320.093 (+9.860), davon 64.191 (+556) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 62/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.940.423 (3%), mit 2 Impfungen 1.178.725 (1,4%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.675 Fälle in Behandlung (-61)	FG32 (Michaela Diercke) FG37, AL3, FG32

	○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +497, davon 25% verstorben ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückläufiger Trend in allen BL, TH weiterhin höchste Inzidenz, MV muss beobachtet werden ○ 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 ○ Sterbefallzahlen Deutschland ▪ Leichter Rückgang bzw. Plateau, trotzdem weiterhin Übersterblichkeit, leichter Verzug ○ Sterbefallzahlen nach BL ▪ Nun auch von Destatis abgebildet, sehr unterschiedlich nach BL, da Länder unterschiedlich stark betroffen ○ 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 Sara Tomczyk und Mirko Faber, 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.	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	

4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Textanpassung zum Thema „Impfung“ ○ Aufgrund der voranschreitenden Impfungen wird die Risikobewertung angepasst und um Textabschnitte zum Thema ergänzt. ○ Einfluss der Impfungen auf Todesfälle und Fälle auf Intensiv erwartet ○ Hinweis auf Wirksamkeit der Impfstoffe für Varianten eingefügt ○ Textabschnitt zu Hinweisen auf Verringerung der Übertragbarkeit durch Impfung eingefügt, Daten dazu aus Israel vorhanden ○ Änderung der generellen Aussage zu Risiko der Bevölkerung in ca. 2 Wochen, wenn mehr Personen geimpft sind und mehr Klarheit über neue Varianten ○ 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, Hr. Cichutek und Hr. Mertens ! Di, 16.02. Wartungsarbeiten in Redaktionsumgebung von 16:30 bis 20 Uhr und Dashboard zw. 16 und 18 Uhr, Disclaimer wird geschaltet **Weiteres** ! O. Wichmann in Steuerungskreis Corona-Impfkommunikation: Kampagne mit RKI Unterstützung, um über AstraZeneca-Impfstoff zu informieren, um Empfindung der 2-Klassenimpfung entgegenzuwirken.	Presse (Wenchel) FG33 (Wichmann)
6	**RKI-Strategie Fragen**	FG38 (Rexroth)/

	a) **Allgemein** ! Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung ○ Wunsch der Länder nach Verschäfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung in AGI, EpiLag, TK der IGV-benannten Flughäfen und in separaten E-Mails 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	alle

	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 ○ 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	FG38 (an der Heiden) FG37 (Eckmanns)

	▪ 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.) ○ Erlass bis Montag 11 Uhr zu RKI-Haltung zum Verzicht auf PCR-Testung von Genesenen bis zu 90 Tage nach Erkrankung/Testung; ○ ZIG, Abt. 1, FG36, FG38 an Erlass beteiligt, vor Versand an Hr. Schaade ○ 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 ○ Reinfektionen mit VOC würden so nicht erfasst ○ Vorgeschlagen wird bei Genesenen eine PCR-Testung mit Quantifizierungsstandard (als unbedenklich gelten $<10^6$ Kopien, wie in Entlassmanagement) ! Quarantäne bei Genesenen ○ Genesene müssen 3 Monate nicht in Quarantäne, außer bei Kontakt mit vulnerablen Personen/Gruppen ○ Nachfragen bei Kontakt zu geimpften vulnerablen Personen, Vorgehen genauso? ○ Es sollte vor Ort bewertet werden, aber wahrscheinlich keine Abweichung, da in Alten- und Pflegeheimen i.d.R. nicht alle geimpft sind und noch Fragen zur Impfeffektivität bestehen ○ Möglichst wenige Abweichungen bei Geimpften und Genesenen a) **RKI-intern** ! MPK Beschluss 10.02.2021 – Konsequenzen für RKI ○ 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	FG38 (an der Heiden)

	Pilot-GÄ funktioniert	
7	**Dokumente** ! Erinnerung an Aktualisierung der Dokumente vor dem Hintergrund der angepassten Teststrategie ○ Stefan Kröger hat Dokument an Krisenstab versendet ○ Diskussion verschoben auf Montag	FG36 (Kröger)
8	○ Daten aus Israel zeigen, dass Biontech ähnlich gute Wirksamkeit hat wie in Zulassungsstudien ○ Daten zu Astra-Zeneca Impfstoff aus Südafrika: nur noch 10% Wirksamkeit bei B1.351-Variante, allerdings milde Erkrankung als Endpunkte ○ 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: ○ Alle Hersteller arbeiten an Anpassung der Vakzine, möglicherweise im Rahmen der Booster-Impfung Impfstoff mit neuen Varianten ○ GSK hat Kooperation mit Curevac – Multivarianten-Impfstoff, Launch 2022 ! Analysen zu Impfdurchbrüchen: ○ 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: ○ Ein gutes Korrelat für die Protektion fehlt, bisher NT genutzt ○ 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. ! Vorschlag in seroepidemiologischen Studien zwischen Impfung	FG33 (Wichmann) FG36 (Buda)

	und Erkrankung zu unterscheiden ○ Gelder zur Verlängerung der Studien erhalten ○ Forschungsfragen müssen angepasst werden, Punkt wird aufgenommen	
9	**Labordiagnostik** ! **FG 17** ○ 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 ○ Hinweise zur Testung werden geupdated, Testung aller positiven Proben auf Varianten wird aufgenommen ○ 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 ○ Daten wurden am Montag schon vorgestellt	FG17 (Oh) ZBS1 (Schrick)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Empfehlung zu MNS im ambulanten Setting ○ Nachfrage von IBBS zur Vereinheitlichung: zusätzlich FFP2 erwähnen? ○ 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) ○ Abfrage über VOXCO Anfang Oktober bei allen MA ○ Wahrnehmung des RKI-internen Lagemanagements, Krisenstabs- und Lagezentrums-spezifische Aspekte ○ 225 Teilnehmende, 57% sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Lagemanagement, bei sehr hoher oder hoher Arbeitsbelastung ○ Ergebnisse: ▪ 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 ○ 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,	FG38 (Schöll)

	um Vorschläge vorzubereiten	
15	**Wichtige Termine** ! s. Kommunikation	
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Montag, 15.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

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/Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Scheidt-Nave
- ! Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thomas Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Miriam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Scheidt-Nave
- ! ZBS 1
  - Janine Michel
- ! ZIG 1
  - Sarah Esquevin
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Oliver Ommen
  - Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ! Top 10 Länder nach An **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.338.987 (+4.426), davon 65.076 (+116) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 EW ○ 45/100.000 EW bei 60-79 Jährigen, 89/100.000 EW bei 80+ Jährigen ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.736.109 (3,3%), mit 2 Impfungen 1.410.239 (1,7%) ○ 235/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 43/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 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 ○ 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) ○ Diskussion ▪ Frage nach Berichten über Contact Tracing mit nur wenig erfolgreicher Kontaktnachverfolgung, Folien hierzu sollen für Mittwoch zusammengestellt werden	Diercke Leitung Wieler FG36 (Buda) Schaade Hamouda Scheidt-Nave Bayer Kröger Wieler

	▪ 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 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.	Schmich Bayer Schmich Diercke

	! 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.	
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 (Degen)
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 Haas Degen
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,	FG36 (Kröger) Mielke

	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 ! 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	Buda Wieler Mielke Haas Kröger Schaade Bös

	! 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	Voigt Haas Herzog Eckmanns Mielke
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ! **FG 17** Update aus dem AGI Sentinel, KW 5-6: ! 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 ○ 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	FG17 (T. Wolff)

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Therapiehinweise werden ergänzt, ansonsten keine weiteren Punkte	Herzog
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	an der Heiden Brunke Haas Buda Eckmanns

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 ! 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)	Haas
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	

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
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Martin Dietrich
- ! BMG
  - Christophe Bayer
  - Iris Andernach

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.894.028 (3,5%), mit 2 Impfungen 1.525.943 (1,8%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.352 Fälle in Behandlung (-87) ○ 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. ○ 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. ○ 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 nennenswerten 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. ○ Anteil epidemiologisch bestätigter Fälle ▪ Information kann in verschiedenen Variablen erfasst	FG32 (Michaela Diercke) Abt.3

	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 ○ 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.	(Hamouda)
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Testkapazitäten nach wie vor hoch, zurzeit Nutzung der Hälfte der vorhandenen PCR-Kapazität. ○ 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.	FG37 (Eckmanns)

- 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.
- 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.

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- 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.
- Abnahmeort
  - Es wird weniger getestet. Testungen in Arztpraxen nehmen ab, weniger Testungen in KH letzte Woche, weniger Testungen auch in anderen Teststellen.
- 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.
- VOC nach BL
  - In manchen BL noch keine Daten dazu.
  - 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	Bayer FG36 (Buda)
	! 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.	MF4 (Fischer)

- 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 Hr. an der Heiden, Hr. Kröger, Aufgabe vom LZ

- Sinnvoll wäre es, lokale Inzidenzen mit Zunahme von Varianten zu korrelieren.
  - Im Moment fehlen noch Daten, ist geplant.
- Gibt es Werte für die Variante B.1.351? Gibt es Informationen zur Variante B.1.525?
  - Hr. Wieler hat Hr. Bayer Berichtsentwurf zugeschickt.
- 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.

! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)

- 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.

	○ ARE-Konsultationen ▪ Dieser Anstieg ist bei Arztbesuchen nicht zu sehen, weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Schwere Krankheitsverläufe gehen zurück, liegen bei Kindern deutlich unter Werten der Vorjahre. ▪ Auch bei 15-34 Jährigen deutlich unter Vorjahresniveau. ▪ 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. ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ Aktuell 3.260 Patienten auf ITS, in fast allen BL geht Belegung kontinuierlich zurück. ○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und Anzahl der Verstorbenen nimmt ab. ○ Anteil der COVID-19 Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten ▪ Nur noch in einem BL (BE) >20%, in 6 BL >15%. ○ 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 verbesserungswürdig. ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten ▪ Trend zeigt nach unten, auch im Norden zeigt die Prognose jetzt nach unten. ○ 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 Intensivregisters bereits zugänglich. ▪ Anteil der hospitalisierten >60 Jährigen wurde auch als Indikator genannt. Wo könnte dieser verfügbar gemacht werden? -> Daten vorbereiten ○ 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 Hr. Herzog* ○ 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 Gesundheitspersonal liegt bei ca. 75%. ! Akzeptanz von Impfstoffen ist bei AstraZeneca am geringsten, am höchsten bei Biontech. ! 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? ○ Kontakt zu öffentlich-rechtlichen Medien wurde aufgenommen, Kommunikation zu Masken von BZgA in Angriff genommen. ○ Schnell- und Selbsttests werden in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert (Game changer?). ○ BZgA entwickelt FAQ dazu, wie kann die Bevölkerung gut informiert werden. ○ AHA-Regeln + L + krank zuhause bleiben, sollten immer als Paket kommuniziert werden. ○ 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. ○ Antigentests werden häufig missverstanden. NPI sollten als Gesamtpaket dargestellt werden, damit sich Bevölkerung nicht in falscher Sicherheit wiegt. ○ 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.	BZgA (Dietrich) Presse (Seedat)

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Modellierungsstudie (mittwochs) ○ 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 Hr. Haas.* ! Ideen für bessere Bezeichnung von „Nicht pharmakologischen Interventionen“ (NPI) gesucht, Begriff ist schwer verständlich. ○ Public Health Maßnahmen nicht geeignet, da dies auch Impfungen miteinschließt. ○ Bei ständiger Nennung aller Maßnahmen wird der Text relativ lang.	Alle Haas Wieler
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Virologische Surveillance (Folien hier) ○ Stagnation der Entwicklung, Anzahl Proben seit Wochen auf konstantem Niveau, ca. 150 Proben/Woche. ○ In 6. Woche leichter Rückgang trotz Rekrutierung neuer Praxen erkennbar, bedingt durch Rückgang der Aktivität in Arztpraxen. ○ In KW 6: 147 Einsendungen, davon 11 pos. Nachweise von SARS-CoV-2 (7,5%). ○ Positivenanteil von Rhinoviren liegt konstant um 10%. ○ Nachweise von saisonalen Coronaviren, hauptsächlich bei Kindern, bei einem Patienten Koinfektion mit Sars-CoV-2	FG17 (Dürrwald)

	und saisonalem Coronavirus. ○ Auch bei RESPVIR saisonale Coronaaktivität in letzten Jahren sichtbar. ○ Bei ca. 10% der positiven SARS-CoV-2 Proben Nachweis von VOC, zumeist UK-Variante.	
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 (Herzog)
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	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.02.2020, 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
- o Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Helena Heese
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Lena Bös
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Michaela Niebank
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
  -
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Regina Singer
- ! ZIG2
  - Charbel El Bcheraoui
- ! BZGA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ! Trendanalyse international (Folien hier): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%) ○ 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%) ○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner Karte ▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland ○ WHO epidemiological update 16.02.2021 ▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldun-gen 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) ○ 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 ○ Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht ○ Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden ○ Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis ! Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen ○ Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt ○ Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika	ZIG1 Esquevin

	! 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) ○ 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?	FG32 Diercke

	▪ 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 ○ Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen ○ 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 ○ COVID-19-Geschehen dort sehr aktiv mit hohen Inzidenzen ○ Bundesregierung hat Sorge um erneute Reisewelle zu Ostern wegen enger Verbindung zu Deutschland ○ 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 ○ Aktives Geschehen mit VOC-Zirkulation ○ Anfrage bezüglich 10 IntensivmedizinerInnen und PflegerInnen	ZIGL Hanefeld

	○ Hilfeersuchen wird heute diskutiert ○ 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 ○ Search showed only one peer-reviewed publications from Mongolia, web scraping delivered 43 policy documents ○ Most from Europe (29), Americas (7), Asia (5), Oceania (2), Africa (1) ○ 44 countries included: 6 had domestic, 38 international classification schemes ○ 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	ZIG2 El Bcheraoui/ Hanefeld
	Effect of travel restrictions on COVID-19 (slides hier) ! 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)	ZIG2 El Bcheraoui/ Hanefeld

	○ 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 pharma-zeutischen 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) ○ In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC ○ Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll ○ 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, Marieke Degen arbeitet hieran ! Beinhaltet auch Aufgaben der BZgA, Erlass ging	BZgA Dietrich Presse Seedat FG36 Haas/ alle

	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)*	Präs
	Impfstrategie ! BMG Spahn hat heute Sonder-GMK am Dienstag angekündigt ! Als nächstes sollen LehrerInnen priorisiert werden ! Entspricht nicht der STIKO-Empfehlung **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: ○ Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet? ○ 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	FG36 Bös/ alle

	○ Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC) ○ Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition ○ Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO ! Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen ○ Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich ○ Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig ○ 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) ! 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 Genomsequen-zierung 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 ○ Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung	

	○ Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen ○ Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden ○ ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monate-lang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden ○ 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 ○ 800.000 Dosen verfügbar ○ Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt ○ Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen ○ Wird außerdem medial aufgebauscht, da das Vertrauen in diesen Impfstoff niedriger ist ○ Problem soll überregional in Medien adressiert werden ○ RKI bereitet auch Blatt zur Vakzine online vor ! Neue Evidenz ○ Publikation aus Israel: 85%Inzidenzreduktion nach 1. Dose ○ Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen ○ Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche) ○ 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	FG33 Wichmann

	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 ○ 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	FG17 Oh

	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	ZBS1 Michel
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 ! 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?	FG38

	○ Vermeidung von Fälschungen durch Abgabe über Apotheken ○ Vernünftige Anleitung ○ Neuer EpiBull Artikel hierzu sollte proaktiv gestreut werden, kommunikativ Vor- und Nachteile klarstellen ○ Auf fachlicher Ebene besteht in BL extreme Sorge wegen der Heimtestungen ○ BZgA Steuerungskreis Thema testen hat Problematik der Sicherstellung einer vernünftigen Anwendung besprochen, BZgA wird Informationsstücke zu Selbsttests produzieren ○ 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? ! 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	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Präs morgen Townhall Meeting zu Impfungen	alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

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
  - C. Scheidt-Nave
- ! Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG 12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! IBBS
  - Michaela Niebank
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Miriam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS 1
  - Janine Michel
- ! ZIG 1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.390.928 (+4.369), davon 67.903(+62) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 61/100.000 EW ○ 46/100.000 EW in der Altersgruppe (AG) 60-79 Jahre, 77/100.000 EW in der AG > 80J ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.312.351 (4,0%), mit 2 Impfungen 1.756.478 (2,1%) ○ 235/412 Kreise (+3) mit 7-Tage-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 49/412 Kreise mit 7-Tage-Inzidenz >100/100.000 EW ○ 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 ○ 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 ○ 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	M. Diercke M. an der Heiden

	▪ 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 ○ 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 ▪ Weitere Entwicklung muss insbesondere in BY und TH beobachtet werden ○ Aufbereitung der Zahlen zur Verbreitung besorgniserregenden Varianten (VOC) ist in Arbeit, werden am Mittwoch vorgestellt (M. Diercke) ○ 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.)	M Diercke Alle

		▪ 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 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 ▪ 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)	O. Ommen R. Wenchel

	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 Herrn Ommen: 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/Dittrich) ▪ 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 (R. Wenchel). Ein Bericht, der (von M. Degen federführend verfasst) bereits vorliegt und als Email versendet wurde, kann herangezogen werden, Abt. 3 soll einbezogen werden*	

2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! **CWA** ○ Evaluation steht im Fokus ▪ Zweckbindung soll gegenüber BDFI nachgewiesen werden ▪ Es soll dem BDFI gegenüber verdeutlicht werden, welche Kennzahlen geliefert werden können ▪ Zur erfolgreichen Kontaktpersonennachverfolgung der GÄ (als Benchmark) steht wenig belastbares Material zur Verfügung ▪ Austausch bezgl. SORMAS erfolgt über J. Benzler ▪ 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	P. Schmich

	▪ 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 S. Gottwald 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 ○ Im SORMAS- Team ist ein „Lessons learned"-Workshop zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung terminiert	M. Diercke
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 (R. Wenchel)
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 ○ Insgesamt 276 Proben analysiert ○ Positivenquote: SARS-CoV-2 7% Rhinoviren 10% Saisonales HCoV NL63 2% ○ Kein Influenzanachweis ! Sequenzierung (auch einiger AGI Proben) ○ In 45 Proben wurde 8x B.1.1.7 identifiziert ○ In einer Probe wurde B.1.525 identifiziert (in DK als VOC bezeichnet) ○ Seit Januar in D 16-17 Identifizierungen (in 5662 proben) von B.1.525 (etwa 0,28%) ○ Keine Aussagen zur geografischen Verteilung bisher ○ Zunahme wird weiter beobachtet ! **ZBS 1** ○ Insgesamt 629 Einsendungen, davon 194 SARS-CoV-2 positiv (30, 8%) ○ Alle werden gescreent auf 501Y ○ Es handelt sich um Proben von Berliner GÄ (Ausbrüche, Freitestungen zum Quarantäneende) daher die hohe Positivrate ○ Frage: Könnte man aus den Ergebnissen der Freitestungen interessante Informationen ziehen? *ToDo: Dienstag in AG Diagnostik skizzieren, welche Informationen hier eventuell extrahiert werden könnten* ○ AW: Information ist nur bei einem Teil der Proben vorhanden ○ Frage: Ist bei B.1.525 die Mutation 484K vorhanden? ○ Ja, sorgt für verlängerte Reaktion mit AK ○ In DK stieg der Anteil von 0,1 auf 2%, wurde deshalb zu VOC erklärt ○ Sollte diese VOC in die Ad hoc- Analysen einbezogen werden? ○ 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 ○ Sollte jedoch bei PCR Interpretation im Blick bleiben, damit Mutation keine falschen VOC zugewiesen werden ○ Frage: Lage wird komplizierter, es gibt 4 Datenquellen, ist es sinnvoll, diesen klare Bezeichnungen zuzuordnen? ○ Frage: Ist im Bericht eine Grafik sinnvoll, die Darstellt, nach welchem Algorithmus die Annäherung an VOC erfolgt?	FG17 T. Wolff J. Michel ZBS 1 L. Wieler S. Kröger M. Mielke

	○ AW: Algorithmus ist eventuell besser in den Hinweisen zur Testung unterzubringen (auch, um die GÄ mitzunehmen) ○ Die jetzt gezielte Suche nach VOC wird zeitnah abgelöst werden durch das regelmäßige Screening im Rahmen der IMS ○ Neubenennung der Datenquellen wird positiv gesehen, Vorschläge sollten von außen kommen *ToDo: Vorschläge für die Neubenennung der Datenquellen zu VOC sind erwünscht*	Alle
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! **Entlassmanagement aus der Isolierung** ○ 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? ○ Isolierungszeit liegt derzeit bei 10 Tagen ○ 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 ○ Es wir in der Veröffentlichung angenommen, dass die höhere Infektiosität von der verlängerten Ausscheidung verursacht wird (Laut C. Drosten zeigt B.1.1.7 im Tierversuch ansonsten kein anderes Verhalten, als der Wildtyp). Deshalb geht es hier grundsätzlich um alle Verläufe ○ Frage an IBBS: Sind sogar 14 Tage möglicherweise zu kurz? ○ AW: Bisher gab es keine Hinweise hierzu, STAKOB-Gesamtkonferenz am 22.02.2021 soll für eine gezielte Abfrage diesbezüglich genutzt werden ○ 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 ○ Die (unbeliebten)10 Tage plus Test waren ein Kompromiss ohne konkrete Datengrundlage, da jetzt Daten vorliegen, kann darauf aufgebaut werden ○ Könnte eine Angleichung von Isolierung und	L. Wieler L. Schade IBBS M. Niehaus

	Quarantäne auf 14 Tage sinnvoll sein? ○ Hinweis: VOC können zwar neue Reaktionen erfordern, Änderungen sollten nicht zu engmaschig erfolgen ○ Es wird angeregt, Kontakt mit Max v. Kleist aufzunehmen mit der Frage, ob mit den Studiendaten eine Modellierung möglich ist *ToDo: IBBS erarbeitet nach STAKOB- Beratung und unter Beteiligung von M. Mielke/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** ○ Ein Angebot zur telemedizinischen Unterstützung wurde ausgearbeitet ○ Bisher liegen keine Bitten um Übernahme von Patienten vor	M. Niehaus M. Mielke C. Herzog
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! **Nicht besprochen**	
12	**Surveillance** ! **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) ○ GrippeWeb: ▪ Anstieg 5. auf 6. KW von ARE in der der AG 0-5J ▪ Wird beobachtet, noch nicht beurteilbar ○ Covid-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen ▪ Zahlen stagnieren, kleiner Anstieg in den höheren Altersgruppen, eventuell relativer Anstieg, da andere AG sinken ○ Ausbrüche ▪ 43 neue Ausbrüche wurden gemeldet ▪ 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**	M. Diercke

	○ BMG vertritt die Meinung, dass Sequenzierungsergebnisse kein Erregernachweis per definitionem sind ○ 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 ○ Dienstag 23.02. 18 Uhr Termin mit BMG, Referat 611 zu dieser Frage mit Herrn Mehlitz und FG 32 ○ Sequenzierende Labore müssten personenbezogene Daten besitzen, das sie auch abrechnen können, eine Meldung durch das sequenzierende Labor wäre möglich, dies kann kein Hinderungsgrund sein ○ Falls das BMG ablehnt, muss eine gute Lösung gefunden werden ○ 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 ○ Voraussetzung für den Datenfluss zw. den Laboren ist ein geeigneter Identifier, der von diesen auch gewünscht wird ○ Über DEMIS/Identifier könnte eine Meldung durch das primär diagnost. Labor an das GA erfolgen, die Umsetzung dieser Lösung würde 3-4- Wochen dauern ○ Typisierungs-ID ist ungeeignet, da sie erst nach der Typisierung vergeben wird ○ System sollte insgesamt nicht zu sehr verändert werden ○ Sequenzierung wird als direkter Erregernachweis an Bedeutung gewinnen *ToDo: M. Diercke versucht, eine Lösung im RKI-Sinn (Meldung durch das sequenzierende Labor) herbeizuführen*	M. Mielke S. Kröger M. Diercke
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) ○ Themen voraussichtlich: besorgniserregende	

	Varianten, VOC ○ Hinweis O. Hamouda: Darstellung der auch gegen VOC nützlichen Maßnahmen und der Bedeutung ihrer konsequenten Beachtung in der letzten PK war sehr gut ○ Haltung zur Priorisierung der Lehrerschaft: wird aus fachlichen Gründen abgelehnt, ist eine politische Entscheidung ○ Hinweis: Gesetzesänderung ist bereits formuliert: Grundschullehrkräfte sollen zunächst geimpft werden ○ 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

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, Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Indes Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! ZIG2
  - Charbel El Bcheraoui
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Christophe Bayer
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.581.294 (4,2 %), mit 2 Impfungen 1.854.928 (2,2 %) ○ DIVI-Intensivregister: 3.037 Fälle in Behandlung (-23) ○ 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 ○ 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.) ○ 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 ○ 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	FG32 (Diercke) Abt. 3 (Hamouda)

	○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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 ○ 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	FG37 (Eckmanns)

	▪ 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 **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	FG36 (Buda)

	▪ 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 ○ Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen ○ Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen ○ 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 ○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Anstieg der Vorvorwoche setzt sich scheinbar nicht fort ▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau ○ ARE-Konsultationen ▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen	MF4 (Fischer)

fortgesetzt

- In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche
- 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

- 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

- Diskussion
  - Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich):
    - 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
    - Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden
    - 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
    - Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden
    - Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern“), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance

	○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021) ○ In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig ○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig ○ Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer) ○ 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) ○ Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weitere Stabilisierung ▪ Situation des Personalmangel verbessert sich ▪ Raummangel bleibt bestehen ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten ▪ Trend setzt sich nach unten fort ○ 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) ○ 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	ZIG2 (El Bcheraoui)

genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations)

- Almost no study reports on growth or level of virus
- Symptoms at repositive are common
- Using RKI in-working definition
  - Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible
- 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
- Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies
  - Top rates studies: 11/14 criteria
    - Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes
    - Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes
    - 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
- 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) ○ 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)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument hier) ○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen ○ 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	FG36 (Buda)

	gestellt ▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“ ○ 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, Frau Buda schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab* *To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?*	
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Keine aktuellen Anliegen **Überarbeitung der Covid-Seite** (Dokument hier) ○ Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten ○ 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“ ○ Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen ○ Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens Herrn Mielke) *To Do: Zirkulation des Dokuments an Frau Brunke (Hygienemaß-nahmen) und Herrn Mielke zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)*	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Degen)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Modellierungsstudie (mittwochs) ○ Nicht besprochen **b) RKI-intern**	Alle

	○ Nicht besprochen	
7	**Dokumente** Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument hier) ○ Hintergrund: Brief von Prof. Exner und zwei Organisationen an Herrn Wieler zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS) ○ Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern ○ Vorschlag Prof. Exner sehr differenziert: sofern gelüftet ! betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2 Umformulierungsvorschlag UB: ○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden ○ Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind ○ Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen ○ Erfahrungswerte haben gezeigt, dass Empfehlung des RKI auch vor Gericht von Bedeutung sind	FG36 (Buda)
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik**
	○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien hier)
	  ○ Proben
	  ▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche
	  ▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen
	  ▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE
	  ○ 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
	  ○ 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)
	  ○ Diskussion:
	  ▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten
		FG17/ZBS1
		(Dürrwald)

	To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik" in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag Frau Rexroth)	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Verlegung von 50-100 Patienten aus Tschechien geplant, Freitag dazu aktuelle Informationen (Cave: Verlegung muss auch hinsichtlich SPoCK berücksichtigt werden)	IBBS (Schulz-Weihaas)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) ○ Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten ○ VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis": wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis": durch Sequenzierung ○ 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) ○ Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche ○ Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig ○ 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) ○ 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 % ○ 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	FG32 (Kröger)

	○ 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)** ○ Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ Teilnahme von Herrn Wieler an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht ○ IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weiteregegeben ○ Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch Christian Herzog) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten	Alle Presse (Wenchel)

16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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/Maren Imhoff (Protokoll)
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG16
  - Anton Aebischer
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Udo Buchholz
  - Anna Loenenbach
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus
- ! IBBS
  - Annegret Schneider
  - Michaela Niebank
- ! MF
  - Martina Fischer
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - ZIG 1/Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

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: ○ Top 3 in Reihenfolge unverändert seit letzter Woche: US, BR, FR; neu in Top 10: PL; nicht mehr in Top 10: MX ○ 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) ○ mind. 1 Impfdosis erhalten: UK 27 %, US 14 % ! Karte: 7TI weltweit pro 100.000 Einwohner ○ im Vgl. zu Vorwoche erhöht in: DK, BE ○ im Vgl. zu Vorwoche entspannt in: PT, ES ! lt. WHO Sitrep (23.02.2021) Nachweis von… ○ VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) in 101 Ländern, ○ VOC 501Y.V2 (Linie B1.351) in 51 Ländern, ○ VOC P1 (Linie B1.128.1) in 29 Ländern; ○ 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: ○ B.1.1.7 + E484K: UK ○ B.1.525 + E484K: NG, UK, 13 weitere Länder, z. B. DK ○ B.1.526 + E484K: New York, US ○ B.1.429: Kalifornien, US, weitere US-Bundesstaaten und Länder (z. B. AU)	ZIG1 (Luisa Denkel)
	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) ○ 7TI vom bisherigen Plateau (niedrigster Wert um 15.02.) leicht ansteigend, Bewertung schwierig ○ SurvNet übermittelt: 2.424.684 (+9.997), davon 69.519 (+394) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 63 Fälle/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.759.906 (4,5 %), mit 2 Impfungen 1.956.085 (2,4%) ○ DIVI-Intensivregister: 2.898 Fälle in Behandlung	FG32 (Michaela Diercke)

	(-57) ○ 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) ! 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	FG36 (Anna Loenenbach, Udo Buchholz), FG38 (Inessa Markus)
	Situationsbericht GA LK Leer (E-Mail von NLGA hier) ! 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	FG38 (Ute Rexroth)

	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 ○ Frage: warum werden die Proben nicht am NICD sequenziert? - unbekannt, möglw. ist NICD überlastet	ZIG1 (Johanna Hanefeld)
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; ○ es wurden und werden keine Einwände geäußert; finale Version mit Anpassung zu VOC geht über LZ an webmaster	FG36 (Silke Buda)/ 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 ○ 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;	BZgA (Oliver Ommen) Pressestelle (Ronja Wenchel) Viviane Bremer

	mögl. erster Schritt: Verzicht auf Erstellung am WE ○ TODO: Ermittlung der Downloadzahlen für engl. Lagebericht; diskutierte Optionen prüfen; Wiedervorlage des Themas nächste Woche	
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; ○ 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 ○ 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 (Wichmann)
9	**Labordiagnostik** ! **FG 17** ○ Insgesamt 576 Proben analysiert, davon ▪ 38 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%) ▪ 60 Proben Rhinovirus-positiv	FG17 (Oh)

	▪ 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** ○ XX Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon XX positiv (21 %) ○ N501Y-Vorscreening von SARS-CoV-2-pos. Proben: ca. 40 % weisen Mutation auf; Proben vorwiegend über Berliner Gesundheitsämter zugesandt, teilw. Mehrfachproben einer Person	ZBS1 (Janine Michel)
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 (Annegret Schneider, Michaela Niebank)
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 (Stefan Kröger)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Kein Beitrag	FG38 (Maria an der Heiden)
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	

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
  - Patrick Schmich
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG 14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG33
  - Judith Koch
- FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Ute Rexroth
  - Inessa Markus (Protokoll)
- IBBS
  - Michaela Niebank
- P1
  - Mirjam Jenny
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZBS1
  - Janine Michel
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Regina Singer
- BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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) ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.079.107 (4,9%), mit 2 Impfungen 2.095.255 (2,5%) ○ DIVI-Intensivregister: 2.869 Fälle in Behandlung (+29), insgesamt stabil ○ 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum Kurve schwer beurteilbar, in allen BL ein Plateau ○ 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 ○ 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. ○ 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 ○ Zahlen sind auf einem niedrigen Niveau und gehen für alle AG runter, dennoch kein einheitlicher Trend ○ 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. ○ Ausbrüchen in Kita (Vgl. letzte Woche) ○ 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; ○ 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) ○ In KW 7/8 gab es 12 Ausbrüche mit >=10 Fällen +54 ○ Ausbruchsgröße: Trend aus letzter Woche (Anstieg des Median Fallzahl) hat sich nicht fortgesetzt, Ausbruchsgröße	ZIG1 FG32 (M. Diercke) FG36 (S. Buda)

	(Median) 4 Fälle ○ 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 (P. Schmich) FG32 (M. Diercke)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA (Oliver Ommen)

	! 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 (Ronja Wenchel) P (M. Jenny) 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	VPräs/alle

	Abschätzungen und Modellierungen, Erfahrungen mit Influenza und Grundimmunität entwickelt werden. Am 15.03.2021 findet ein Austausch mit UK von FG33 und ZIG zu diesem Thema statt. Die Einladung kann mit dem Krisenstab geteilt werden. FG36 wird teilnehmen. *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** ○ Keine neuen Zahlen ○ 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. ○ In Tirol/Österreich nimmt der Anteil von B.1.351 ab, Anteil B.1.1.7 steigt. Es wird an den aktuellen Maßnahmen festgehalten. ○ 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. ○ Nächster VOC-Bericht wird am Mittwochnachmittag abhängig von Dateneingang veröffentlicht. ! **ZBS1** ○ 1002 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon 230 positiv (23 %) ! **Einführung von Schnelltests für die breite Öffentlichkeit und Teststrategie** ○ Teststrategie wird seit der Publikation im EpiBull intensiv wahrgenommen. Im Rahmen der wiss. Begleitung des BeFast ?-Projektes (Telefonat Fr. Schiedhauer/Hr.	FG17 (T. Wolff) ZBS1 (J. Michel) VPräs/alle

		Fischer)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. ○ T. Eckmanns und M. Diercke sind im WP Koordination, daher gern Rückmeldung über Aktivitäten an die beiden. ○ 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. ○ Im BMG gibt es auf Arbeitsebene keine Informationen zu Plänen zu diesem Vorgehen. ○ 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. ○ Es geht die Tendenz dazu, dass Schnelltests bei Veranstaltungen als der „Türöffener"-Test sei sollen. Ergebnisse bei BeFast dazu sind noch rar. ○ 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. ○ Dieses Vorgehen wurde jahrelang für Influenza probiert und dafür die syndromische Surveillance etabliert. Das System ist nicht regional nutzbar. ○ Es braucht eine Erfassung der Gesamtzahl der Testungen und Anteil der negativen Testungen. ○ 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. ○ Sollte die Lage nicht mehr beurteilbar sein, wird ein Disclaimer veröffentlicht. Das wird aktuell als noch nicht notwendig gesehen.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Update: Inoffizielle Anfrage aus Tschechien über die Patientenverlegung von 100 Patienten aus Tschechien nach Deutschland. Offizielle Anfrage über EWRS steht noch aus. ○ 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. ○ 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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P4
  - Susanne Gottwald
  - Dirk Brockmann
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Franziska Badenschier
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! Protokoll
  - Janet Frotscher, RKI

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.460.030 (+9.019), davon 70.881 (+418) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 64/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.389.074 (5,3 %), mit 2 Impfungen 2.215.504 (2,7 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.854 Fälle in Behandlung (-15) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL gleichbleibender Trend ○ 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 ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Leichter Rückgang der Todesfallzahlen ○ 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 ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Positivquote stagniert ▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen	FG32 (Diercke) Abt. 3 (Hamouda) Präs

	▪ Anzahl der übermittelnden Labore: leichter Rückgang ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Hohe und ausreichende Kapazitäten für PCR-Tests vorhanden (Folie 2) ○ Probenrückstau (Folie 3) ▪ Nicht besprochen ○ 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) ○ 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 ▪ Die Entwicklung der Auslastung der Kapazitäten muss beobachtet werden	FG37 (Eckmanns)
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ 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 ○ 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	FG36 (Buda)

	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 ○ Ausbrüche Altenheime: Rückgang der Ausbrüche, Abwärtstrend setzt sich fort (Folie 10) ○ Ausbrüche Krankenhäuser: kein Rückgang der Dynamik, keine Entlastung bei den Ausbrüchen (Folie 11)	FG36 (Buda) Abt.3 (Hamouda) FG38 (Rexroth)
	○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ 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.+)	Leitung
	○ 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	FG17 (Dürrwald)
	○ 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 ▪ Die AG liegen insgesamt deutlich unter dem Niveau der Vorsaisons ▪ In der Altersgruppe 80+ Jahre noch auf dem Niveau	MF4 (Fischer)

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

- Diskussion: Umgang mit Anfrage zu Daten zu COVID-19 (z.B. durch FDP u.a.)

  - 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

ToDo: Bitte an Leitung um Prüfung und Klärung des Generalerlasses mit dem BMG

- **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)**

  (Folien hier)

  - Über Wochen 150 Proben
  - 200 Proben mehr als im Vorjahr um diese Zeit
  - Trend: leicht ansteigend bis stagnierend
  - Rhinoviren dominieren (Folie 3)
  - Leichte Parainfluenzaviren-Aktivität zu erkennen
  - Außerhalb des Sentinels: Rückkehrer aus Tansania mit Virus-Subtyp H3N2

- IMS Vorbereitung der Proben: Probeneingänge bis 823, Probenbearbeitung stärkster Anteil in 3. KW 2021 (Folie 3)
- VOC B.1.351 nur 1x (Folie 5)
- VOC B.1.1.7 deutlicher Trend des Anstiegs

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)
  - 2.824 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021)
  - 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)
  - 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)
  - 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
  - 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
  - SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4)

	▪ Leichte Abnahme der Kapazitätsprognose ○ 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) ○ Frage 1 und 2: Abhandlung durch Stufenplan (dort sind bereits Dokumente vorhanden) ○ Frage 4: Verweis auf AHA+L Regelungen, Sprachfindung aus Chapeau des Stufenplans ○ Frage 8: Verweis auf Impfungen FG33, Studien zur Prüfung der Verlaufskontrolle der Geimpften laufen, viele Geimpfte werden getestet ○ Frage 9: keine Sonderregelung für Geimpfte ○ Beantwortung via Lagezentrum	ZIG (Hanefeld) FG38 (Rexroth)
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Vertiefung der Seite Infektionsschutz.de ○ FAQ werden weiterentwickelt ○ Entwurf zur geplanten Anzeigenkampagne ist in Arbeit **Presse** ! Feiertag 08. März 2021 ○ Pressepostfach wird überwacht ○ Webmaster: Verfügbarkeit wie an Wochenenden ○ Rufbereitschaft wird eingerichtet (Telefonnummern werden von Frau Wenchel noch mitgeteilt)	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Modellierungsstudie (mittwochs)	Alle

	○ Nicht besprochen **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ! Performance des Roche Ag-Schnelltests bei britischer VoC, Einsatz POCT nach verlängerter Quarantäne ○ Diskrepanz bei Anwendung von Antigentests und PCR Tests in Kliniken ○ Diskrepanz trat bei Werten von über 25 auf – die Beobachtung ist eher hierauf zurückzuführen ! Gurgeln-basierte Probennahme? ○ Aktualisierungen werden in AGI berücksichtigt	FG17/ZBS1 Abt. 1 (Mielke) FG38 (Rexroth) Abt.1 (Mielke)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ 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) ○ 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 ○ Hohe Aktualisierungsfrequenz bei Therapiehinweisen (Fokus auf monoklonale Antikörper)	IBBS (Ruehe)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Ressortabstimmung Weiterentwicklung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (ID 3033) ○ Bitte zur Kommentierung FG33 an BMG ○ Gruppen für Impfpriorisierung werden gelockert ○ Kein ärztliches Zeugnis notwendig – individuelle Bearbeitung ○ Diagnoseschlüssel der Krankenkasse – daraus erfolgt Impfeinladung ○ Berichtspflichten von niedergelassenen Ärzten zu Patienten – Vorschlag an KV ○ Impfquotenerfassung muss angepasst werden, um bundesweiten Überblick zu behalten	FG38 (Rexroth) Abt. 3

	○ Notwendige Abstimmungen dazu sind bereits im Gespräch	(Hamouda)
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) ○ Neu: Kurzübersicht Grafik ○ Kernbotschaft: knapp 50 % bei B1.1.7 – aktuell vorherrschende Variante in Deutschland ○ 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. ○ 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) ○ 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 ○ VUI / VOI Vorschläge für RKI Wording (Folie 3) ○ Mehrfache Zustimmung fand „Variante unter Beobachtung“	FG32 (Kröger)
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, 05.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
- ○ Luisa Denkel
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Hendrik Wilking
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! ZIG1
  - Regina Singer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ! Trendanalyse international (Folien hier) ○ Weltweit 114,8 Mio Fälle, Trend zur Zunahme (+ 4,8%) ○ 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 ○ 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 ○ 1. und 2. Impfdosis ▪ USA 8,1%, keine Zahlen für Iran, dort wurden seit 2/2021 etwa 10.000 Dosen Sputnik V verimpft ○ 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 ○ Hohes Infektionsgeschehen mit Inzidenz-Spitzenwert > 600/100.000 im Januar, insbes. Nordirland und südöstl. Landesteile, derzeit um 180/100.000 ○ Tier- System: 4 risikoabhängige Stufen, Maßnahmen, werden von den Regionalregierungen in Nordirland, Schottland, Wales und England bestimmt ○ 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) ○ Lockdown nationwide kann verhängt werden, seit 04.01. besteht Lockdown Nr. 3, ab 08.03. Lockerungen (zunächst Bildungseinrichtungen) geplant	ZIG1 R. Singer

	○ Vergleich Maßnahmen in UK und DEU Stringency-Index (nine response indicators incl. school closures, workplace closures, travel bans, Quelle: Our World in Data) nur geringfügig unterschiedlich zwischen DEU (81,5) und UK (88), UK: mehr Schulschließungen und Mobilitätsrestriktionen, DEU: mehr internat. Reisebeschränkungen ○ Maßnahmen in UK, etwas strenger (hatte höhere Inzidenz) ○ Seit 2/2021 in UK Inzidenzhalbierungszeit verdoppelt (von 15 auf 30 Tage) ○ Fragen: Vergleichbarkeit? Unterschiedliche Effekte bei unterschiedlichen Fallzahlen? Einfluss anderer Faktoren, z.B.“ Lockdown Fatigue“? ! Diskussion ○ Frage: Gibt es zuverlässige Daten zum Mobilitätsvergleich zw. DEU und UK? ○ AW: Es gibt Daten von *Our World in Data,* Zuverlässigkeit ist nicht ganz sicher beurteilbar, eher positiv zu bewerten (universitärer Hintergrund?)	FG32 M. Diercke
	National ! Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.482.522(+10.580), davon 71.504 (2,8%) Todesfälle (+264), 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW ○ Fälle ICU 2813 (-10) ○ Geimpfte N1 4.389.074 (5,3%, +146.773), N2 2.215.504 (2,7%, +52.581) ○ Keine großen Veränderungen, 7-Tage-Inzidenz in etwa gleichbleibend, etwas weniger Verstorbene, Zahl der Geimpften steigt kontinuierlich, Zahl der Patienten in ICU Behandlung stagniert ○ 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 ○ 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 ○ Sterbefallzahlen in Deutschland, wöchentlich ▪ Übersterblichkeit hat abgenommen, hier macht sich die Abnahme der Inzidenz bei den > 80jährigen bemerkbar ○ Hospitalisierung und CFR -Vergleich VOC und herkömmliche Varianten (Folien hier) ▪ Vergleich von B.1.1.7 (gesichert) mit allen	FG 38 Matthias an der Heiden

	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 ▪ 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 ○ Zeitnahe Publikation sollte angestrebt werden, u.a. zur Bestätigung bereits vorliegender Daten ○ Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden, können in Meldedaten aber letztendlich nie ausgeschlossen werden ○ Frage: Welches Bild ergibt sich ohne regionale Datenselektion nach Vollständigkeit (Auswertung aller vorhandenen Daten)? ○ 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 S. Kröger, M. an der Heiden
2	**Internationales (nur freitags)** ! Keine Beiträge	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Beobachtung der Zahlen des DIVI Registers ○ DIVI Zahlen sollten im Zusammenhang mit der nationalen Lage engmaschiger beobachtet werden ○ Bisher täglich im Lagebericht, nur Mittwoch im Krisenstab ○ Wichtiger Indikator bei derzeitiger Seitwärtsbewegung in der Inzidenzentwicklung *ToDo: Frau Fischer soll damit beauftragt werden, bei Auffälligkeiten*	FG 36 W. Haas Fischer

	jederzeit den Krisenstab zu informieren	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Keine Teilnahme an heutiger Sitzung **Presse** ! Änderungen in den Veröffentlichungen ○ Unkritische Änderungen sind bereits umgesetzt ○ Unterseiten zu Hygiene und Schule sind noch in Diskussion *ToDo: Vordiskussion der Änderungen), dann Vorstellung im Krisenstab* ! Hinweis W. Haas: Hinter der Thematik „Testen“ tritt die wichtige und von der Testverfügbarkeit unabhängige Botschaft „bei Symptomatik zu Hause bleiben“ in den Hintergrund ○ Prominente Platzierung möglich? ○ Wird bereits umgesetzt ○ 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 J. Seedat FG 36 FG36 Haas/ 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 ○ 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 ○ Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff wird erhöht, dies wurde aufgrund des hohen Drucks bereits vorab (vor dem Stellungnahmeverfahren) kommuniziert ○ Anpassung der ImpfVO durch das BMG muss folgende Änderungen berücksichtigen: ▪ Änderung der Altersgrenze ▪ Impfung von KiTa- und Schulpersonal ▪ Ausweitung der Impfkampagne auf Arztpraxen ○ 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 Wichmann O. Wichmann
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	D. Oh ZBS1 Michel

	501Y? ○ S. Michel: Bisher war 501Y nur in als B.1.1.7 identifizierten Proben vorhanden ○ D. Oh: Im Influenza-Sentinel waren bisher alle Proben mit 501Y auch B.1.1.7 (außer 3 Proben von Dezember mit Reiseanamnese Südafrika) ○ S. Kröger: es gab durchaus einige B.1.525 Proben *ToDo: S. Kröger bitte internen Bericht mit den entsprechenden Zahlen dazu zirkulieren in*	S. Kröger
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Keine neuen Themen	A. Schulz-Weidhaas
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Auf HSC-Ebene werden mehrere Dokument diskutiert, RKI wurde um Kommentierung gebeten (Dokumente hier und hier und hier) ○ Harmonisierter Approach zu Impfzertifikaten ▪ Kommentierung durch FG 33 bisher nicht geschehen ○ 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 ○ Definition Genesene ▪ RT-PCR negativ vor > 20 Tagen ▪ Positiver PCR-Befund > 20 und < 90 Tage alt ▪ Kein ärztl. Attest nötig ▪ Ausnahmen möglich ! Diskussion ○ Frage: Gilt die bisherige Haltung des RKI, keine Ausnahmen für Geimpfte und Genesene zu machen weiter? ○ Hinweis: FG 36 hat einen Prüfauftrag zu dieser Frage in Bearbeitung ○ 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 ○ Das Impfzertifikat soll die Erfassung von Impfwirkung, Spätfolgen etc. ermöglichen, nicht Grundlage für Kategorien und Vorrechte sein ○ WHO befürwortet die Zertifikate nicht: Lack of data, keine Fälschungssicherheit, ethische Gründe (Diskriminierung) ○ Frage: Soll sich das RKI trotz Ablehnung der Zertifikate in die Diskussion zur Definition Genesener	FG 38 M. an der Heiden Alle

	einbringen? ○ 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 ○ 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 ○ Es besteht Uneinigkeit, ob eine harmonisierte Definition für DEU verpflichtend anzuwenden wäre, vermutlich ist die Durchschlagskraft der harmonisierten Dokumente aber begrenzt ○ RKI kann einen Arbeitsauftrag nicht allgemein abschlägig beantworten ○ Entwurf sollte zweiteilig beantwortet werden: Bedenken und Einwände bezüglich der Zertifikate sollen geäußert, die Definition Genesener soll kommentiert werden *ToDo: M. an der Heiden wird mit FG 36 die Kommentierung des Impfzertifikats besprechen und die Definition Genesener der Diskussion entsprechend kommentieren* ○ Frage: Wie wird der Begriff „Elimination“ kommentiert? ○ Ist in Europa nicht realisierbar, wurde von M. an der Heiden bereits umfangreich kommentiert ○ Hinweis: Es gibt zur Frage, welcher Endzustand zu erwarten ist, bereits ein Papier. Ähnlich wie beim Influenzageschehen: Balance aus Immunitäten und Virusaktivität	M. an der Heiden L. Schaade
12	**Surveillance** ! Neu: Auswertungen zu VOC werden jeweils Freitag im Lagebericht präsentiert	M. Diercke FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Verkürzung Zeitraum KoNa nach Exposition im Flugzeug von 28 auf 14 Tage ○ Bisher: KoNa bei Kontakten auf Flugreisen bis 28 Tage (2x Inkubationszeit), stammt noch aus dem Frühjahr 2020 ○ Übliche Zeitspanne zur KoNa -Rückverfolgung ist mittlerweile 14 Tage, dies soll angepasst werden ○ Es werden keine Bedenken geäußert	FG38 M. an der Heiden

	! Kann an die GÄ noch einmal gezielt die Empfehlung kommuniziert werden, alle Proben von KP, die zu Fällen werden zu sequenzieren? ○ Hierfür wird „grünes Licht“ signalisiert	S. Kröger
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 ○ Vorläufig geplante Inhalte sind - Syndromische Surveillance - Demografische Auswertung - Impfmonitoring ○ Vorschlag darüber hinaus mitaufzunehmen: - Geografische Verteilung - Zeitliche Verläufe - Eine Rubrik „geänderte/aktualisierte Dokumente“ ○ Längerfristiges Ziel ist, auch den deutschen Lagebericht wöchentlich erscheinen zu lassen und dadurch Arbeitskraft einzusparen	U. Rexroth V. Bremer FG34
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.03.2021, 11:00 Uhr, via WebEx	

Sitzungsende: 12:24 Uhr

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- FG 28
  - Katja Kjikhina
  - Claudia Hövener
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
  - NN
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- FG 35
  - Hendrik Wilking
- FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- IBBS
  - Annegret Schneider
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- P4
  - Frank Schlosser
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- BZgA
  - Frau Seefeld

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.518.591 (+9.146), davon 72.489 (+300) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.555.420 (6,7 %), mit 2 Impfungen 2.605.818 (3,1 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.785 Fälle in Behandlung (-80) ○ 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 ○ 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 ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ niedrige Zahlen seit mehreren Tagen ○ 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 ○ Anzahl von konkordanten und diskordanten Ergebnissen der Antigen-Schnelltests und PCR-Tests nach Meldewoche (Folie 7) ▪ Etwa 200 Fälle/Woche mit positivem Antigen-Test	FG32 M. Diercke FG 34 M. an der Heiden Alle

	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 ○ 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	L. Wieler
	○ 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	Abt. 3 O. Hamouda

	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?	FG37 T. Eckmanns
	! **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Anzahl hat unerheblich abgenommen ▪ Positivquote mit 6,2 % etwas zugenommen ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten unverändert bei 2,2 Mio ▪ Nach wie vor nur 50% Auslastung ○ Probenrückstau ▪ Nicht nennenswert	L. Schade
	○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folien 5-7) ▪ Datenqualität mäßig, lückenhaft, fehlerhaft daher deskriptive Auswertung ▪ Anteil der Meldungen aus den verschiedenen Bundesländern: sehr unterschiedlich, keine Meldungen aus BR, HE, SN, NW ▪ Meldungen nach Einrichtung: etwa 75% aus stationärer und ambulanter Pflege, ▪ Es wurden Tests von 39 verschiedenen Herstellern angegeben (bisher liegt kein Abgleich mit der BfArM-Liste vor)	FG36 S. Buda
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile	

	▪ Bestätigung der Zahlen der Testzahlenerfassung ○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ Abnahme in TH, Zunahme in BW ○ 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 ○ 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 ○ Abnahmeort ▪ Zunahme in Arztpraxen mit leicht sinkendem Positivenanteil ○ 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 ○ Ausbrüche ▪ Altersheime: Rückgang ▪ Krankenhäuser: Rückgang i. Vgl. zu KW 8 ***Hinweis: Bitte um Vorstellung von maximal 6 Folien*** ○ 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	FG 36 W. Haas L. Schaade Presse Lagebericht MF 4 M. Fischer Leitung

	! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Werte liegen weiterhin unter denen der Vorsaisons (seit KW 36) ▪ Steiler Anstieg in der AG 0-4, Anstieg auch in AG 5-14 ○ 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 ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6) ▪ SARI-Fallzahlen stabil, leichter Rückgang in den AG 60+ ▪ 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%) ○ 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	MF4 M. Fischer L. Schaade V. Bremer M. Fischer

	○ Diskussion ▪ Vorschlag: Niederschwellige Kommunikation dieser Trends in Schulen und KiTas im Lagebericht ▪ Soll auch in der BPK thematisiert werden *ToDo: Übernahme in den Lagebericht* *ToDo: Thema auf den Sprechzettel für die BPK* ! **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** ○ **nicht besprochen** ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 2.732 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021) ○ In einigen Bundesländern Stagnation, in einigen Zunahme, in einigen Abnahme ○ Anzahl mit High-Flow-Oxygen-Therapie oder NIV nimmt zu, Anzahl mit invasiver Beatmung nimmt ab ○ 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 ○ COVID-19-Belegung an täglicher ITS-Belegung: Anteil an Gesamtbelegung unverändert, Anteil bei invasiv Beatmeten 50-60%, Anteil bei ECMO 70% ○ 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 ○ Diskussion ▪ Hinweis: Es zeigen sich dramatische Unterschiede in der Belegung, mit niedrigeren Zahlen in den 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)*	
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 ○ Themenseite der BZgA wurde aktualisiert ○ Anzeigenschaltung ist gemeinsam mit BMG geplant	BZgA Seefeld Presse R. Wenchel M. Degen Fr. Seefeld

	ToDo: Frau Seefeld ist gebeten, den aktuellen Stand der Begleitkommunikation zu zirkulieren ! Präsentation zur Kommunikation zum Thema Testen (Folien hier) ○ Zielsetzung: Infektionen verringern ○ 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) ○ 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 ○ 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 ○ Entwicklung eines Narrativs (Folie 15) ○ Kampagnienideen (Folie 16) ○ Es ist eine Chance, den Menschen, die keine Verbote und Einschränkungen mehr möchten, eine aktive Rolle im Geschehen anzubieten ○ Diskussion: s. bitte unter Strategie allgemein	Fr Seefeld P1 M. Jenny
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Modellierungsstudie (mittwochs)	Alle M. Mielke

	○ Nicht besprochen	
	! Sachstandsbericht aus der AG Testen mit dem BMG (Folien hier) ○ 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 und „Public Health“ (im Vordergrund steht die Exposition, Testung von asymptomatischen Personen in Betrieben und Schulen nach Testkonzept) ○ Erweiterte nationale Teststrategie mit zusätzlicher Rubrik „Betriebe/ Bildungseinrichtungen“ und entsprechender Antigen-Test-Empfehlung (Folie 3) liegt dem BMG zur Freigabe vor ○ Flankierende Kampagne durch BMG und BZgA ist geplant ○ 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	Alle L. Wieler, L. Schaade J. Hanefeld, W. Haas M. Mielke J. Seifried M. Jenny

	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 ▪ 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 J. Seifried aus der Testkoordinationsschalte: Einige Bundesländer möchten fälschlicherweise Tests anwenden, um bei symptomatischen Schulkindern COVID-19 auszuschließen ○ 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	L. Schaade M. Jenny AG-Diagnostik, FG 36 W. Haas

	Aspekte/Möglichkeiten hervorgehoben werden *ToDo: M. Jenny wird gebeten, die Folien zur Kommunikation bezgl. Testen in die AG-Diagnostik einzuspeisen* *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 M. Jenny und FG 36 (S. Buda, W. Haas: Szenarien und Anwendungsbeispiele beisteuern)* *Ziel: Übersichtlichkeit geht vor Umfang* ! Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen o Verschoben auf Freitag **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Umgang mit vollständig Geimpften bzgl. Quarantäne-Maßnahmen (Entwurf hier) o 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 o 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) o 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	FG 33 O. Wichmann

	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: J. Hanefeld wird gebeten, bitte die entsprechenden Folien im Krisenstab zu zirkulieren*	J. Hanefeld
	▪ 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 O. Wichmann um Bericht an BMG zur Quarantäneempfehlung für vollständig Geimpfte und Genesene mit einer Impfdosis*	FG 33 O. Wichmann
	○ 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 Verschärfung der Formulierung vom BMG gewünscht worden. ▪ Dokument wird nicht diskutiert *ToDo: Dokument bitte zirkulieren*	T. Eckmanns
	○ 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	T. Eckmanns W. Haas

	ToDo: Formulierungsvorschlag soll ausgearbeitet und im Krisenstab freigegeben werden ○ Major differences in ICU admission ▪ Verschoben	W. Haas
9	**Labordiagnostik** ! FG 17 ○ Rhinoviren: Anstieg ○ Saisonale Coronaviren NL 63: Anstieg ○ Öffnung von Schulen und KiTas macht sich hier bemerkbar ! ZBS 1 ○ Kein Beitrag	FG17 ZBS 1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf ○ 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 ○ Feldteams sollten der Priorisierungsgruppe 2 zugeordnet werden ○ Mitarbeiter des PEI haben eine Bescheinigung bekommen, dass sie zur Priorisierungsgruppe 2 gehören ○ Eine Abfrageliste zur Anzahl der betreffenden RKI-Mitarbeiter liegt bereits vor *ToDo: FG 38 (Frau Metzger?) wird die entsprechenden Formulare bei den Berliner Gesundheitsbehörden beschaffen, die dann von der Institutsverwaltung ausgestellt werden können*	T. Eckmanns
15	**Wichtige Termine**	

	! Hinweis: Sitzung G20 innovative Public Health Officers (PHOs) training Laboratorium (TN: K. Alpers)	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 12.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende 13:15

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
  - ./.
- ! Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 28
  - ./.
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andreas Hicketier
- ! FG 35
  - Hendrik Wilking
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - ./.
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - ./.
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
  - Franziska Badenschier (Protokoll)
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

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: ○ USA, BRA, FRA, ITA, IND, POL, TUR, CZE, RUS, IRN ○ IRN und DEU wechseln sich je nach Tag auf Platz 10 ab ! 7TI je 100.000 EW (11.03.2021): ○ am höchsten in Ländern Amerikas und Europas ! WHO-Regionen (WHO Epidemiological Update 09.03.3021) ○ 7T-Inzidenz im Vgl. zu Vorwoche: Aufwärtstrend in allen WHO-Regionen, v.a. Ozeanien ○ 7T-Todesfälle im Vgl. zu Vorwoche: Abwärtstrend in allen WHO-Regionen außer in Ozeanien ! VOC B.1.1.7: ○ in 105 Ländern; ○ davon 5 Virusvarianten-Risikogebiete (VV-RG): IRL, POR, SVK, CZE, UK ! VOC B.1.351: ○ in 58 Ländern; ○ davon VV-RK: Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambik, Österreich (Tirol), Sambia, Simbabwe, Südafrika, Moselle in Grand Est (Frankreich); ○ unter Beobachtung: Afrika (u.a. Angola, Burundi, Ghana, Kenia, Namibia, Nigeria, Ruanda, Tansania) ! VOC P.1.: ○ in 32 Ländern, v.a. in Europa und Amerika; ○ VV-RG: BRA; ○ 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** ○ Folien hier ○ SurvNet übermittelt: ▪ 2.545.781 (+12.834), davon 73.062 (+252) Todesfälle; ▪ 7-Tage-Inzidenz 72/100.000 EW ○ Impfmonitoring: ▪ Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2%), ▪ mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3%) ○ DIVI-Intensivregister:	ZIG1 E. Romo-Ventura FG32 M. Diercke

	▪ 2.813 (-10) Fälle in Behandlung ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Manche BL ansteigend: TH, BY ▪ Stabil: RP, SH ▪ Insgesamt ansteigender Trend ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen ▪ Sehr heterogenes Bild ▪ Hohe Inzidenz in Landkreisen an Grenze zu Tschechien (SN, TH, BY) ○ Trends: ▪ Kein einheitliches Bild ▪ Zunahme v.a. im Süden (BW, BY) ▪ Z.T. Zunahme in einem Landkreis und Abnahme in benachbartem Landkreis ○ 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 Viviane Bremer, Michaela Diercke mit Bitte um Berücksichtigung]: Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, möglichst täglich.* ! **Entwicklung 7T-Inzidenz B.1.1.7 und non-B.1.1.7** ○ Folie hier ○ Wo B.1.1.7 vorkommt: 7TI mit exponentiellem Wachstum; wo B.1.1.7. nicht vorkommt: 7TI rückläufig ○ Beide Trends überlagern sich. 7TI in Summe leicht ansteigend, wird in kommenden Wochen stärker ansteigen, auch wenn jetzt noch nicht zu sehen ist. ○ Gute Datenlage; entspricht dem, was im Modell von Michael Meyer-Hermann prognostiziert wurde. ○ 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)**	L. Schaade, U. Rexroth u.a. FG 34 Matthias an der Heiden

	○ (nicht berichtet) ! **Syndromische Surveillance (mittwochs)** ○ (nicht berichtet) ! **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** ○ (nicht berichtet) ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** ○ (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 J. Hanefeld
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 / W. Haas erstellt Entwurf bis Mo., 15.03.2021, 13:00 Uhr.*	U. Rexroth

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Social Media – anhand von Nachfragen und Kommentaren 3 Themen im Fokus und beobachtet: ○ 1. Impfen – Nebenwirkungen von Impfungen ○ 2. Impfen – Priorisierung, insb. Prio-Gruppe 3 ○ 3. Tests. ! Advertorial ○ U.a. Abstimmung mit O. Wichmann ○ Erst in Tageszeitungen, dann crossmedial in Print und digital, insb. auch Social Media ○ 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. ○ 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. ○ 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, MadH]*	BZgA M. Dietrich Presse R. Wenchel P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! **Kommunikation zu Ostern und anderen bevorstehenden religiösen Anlässen** ○ Kommunikation von P1, M. Jenny, vorbereitet; angelehnt an Kommunikation vor Weihnachten 2020, ○ insb. Verhaltensmaßregeln aufgearbeitet: Vorquarantäne und Bilden von Social Bubbles; evt. in Kombination mit	FG36 W. Haas

	Testen ○ Frage an BZgA: Was konkret an Kommunikation geplant? ▪ 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 ○ Frage an P1: Wie ist der Stand des RKI-Informationsblatts (noch unvollständig)? ▪ *(nicht geklärt – auf Wiedervorlage)* ○ 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)	BZgA M. Dietrich
	b) RKI-intern ! **Studienvorschlag: Nutzung der Corona-Warn-App für Assoziationsstudien zu COVID-19 (CoViRiS-CWA)** ○ Folien hier ○ 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) ○ Vorschlag: weitere Studie mit Fall- und Kontroll-Rekrutierung durch CWA ▪ FG35 in Kontakt getreten mit FG21 ○ Vorteile: unabhängig von ÖGD; weniger Verzögerungen ○ CoMolo u.a. nicht praktikabel (auch als Antwort auf eine Bitte vor einigen Wochen im Krisenstab ○ 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 ○ Kontroll-Befragung von negativen CWA-Nutzern ▪ Datenbank-Füllung nach Matching-Kriterien - aufwändig ▪ Fall-Kontroll-Verhältnis z.B. 1 zu 4 ○ Herausforderungen (z.B. gutes Fall-Kontroll-Verhältnis) und Chancen – siehe Folien	FG35 H. Wilking, FG21 P. Schmich

	○ Nächste Schritte: ▪ 1. Prüfen, was mit CoMolo-Daten möglich ist ▪ 2. CWA: prüfen, ob und wie Datenerhebung integriert werden kann ▪ 3. Abstimmung mit BMG ▪ 4. Ressourcenplanung. ○ Entscheidung: gute Idee – angehen, wenn Umsetzung mit überschaubarem Aufwand möglich. ○ Frage: Wann ist richtiger Zeitpunkt, um die Studie beim BMG anzubringen? Wunsch: nicht zu lange warten. ○ 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. ○ 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	○ Folien hier ○ 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) ○ Frage: Impfungen bei U18-Jährigen? Antwort: Ab Mai voraussichtlich auch 16- bis 18-Jährige zu impfen, aber mit Impfstoff für (noch) jüngere Altersgruppen ist nicht vor Herbst zu rechnen. ○ Anmerkungen: Lockerungen werden von Bevölkerung vorweggenommen – selbst was noch nicht beschlossen ist, wird bereits gelebt. ○ 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.	FG 33 O. Wichmann

	○ 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…" ○ 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, MadH 14.03.2021]:* *@FG33: Präsentation der Modellierung nächste Woche im Krisenstab.*	
	! **Update STIKO** ○ Astra Zeneca: Altersgrenze herausnehmen; Abstand von 12 Wochen zwischen beiden Dosen empfehlen ○ Impfung von Genesenen: selbst wenn asymptomatisch waren, 1 Impfdosis ausreichend. ○ RKI-Merkblatt ist entsprechend anzupassen – eilt *TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass das erfolgt ist, MadH 14.03.2021]:* *Aktualisierte Merkblätter noch heute (Fr., 12.03.2021) an Länder schicken.*	FG 33 O. Wichmann
	! **Thromboembolien nach AstraZeneca-Impfungen** ○ Dänemark hat Impfprogramm für AstraZeneca ausgesetzt, andere Länder nachgezogen, zumindest für betroffene Charge. ○ PEI hat bereits Stellungnahme bzw. Pressemitteilung publiziert (siehe hier) ○ 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. ○ Medien kommunizieren auch weitestgehend, dass dies als Vorsichtsmaßnahme geschieht. ○ Anmerkungen: evt. auch Blutgruppe als Risikofaktor berücksichtigen.	FG 33 O. Wichmann
	! **Diskussion: Tests, Impfungen, 3. Welle** ○ 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. ○ 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** ○ 701 Proben i.d. letzten 4 Wochen, davon 40 SARS-CoV-2 positiv (Sequenzierung ongoing, KW 7-8: 47% B.1.1.7) ○ 110 positiv für Rhinovirus (Anstieg i.d. letzten 2 Wochen verzeichnet) ○ Saisonales Coronavirus (NL63): 27 Nachweise ○ Kein RSV, kein HMPV, keine Saisonale Influenza ○ 1 Influenza-Probe von Labor Berlin erhalten, stammt von Reiserückkehrer aus Pakistan (Linie B Victoria, Charakterisierung ongoing) ! **ZBS 1** ○ 771 Proben getestet, 295 positiv (38%); stabil wie in Vorwochen ○ 55 Sequenzierungen	FG17 D.-Y. Oh ZBS 1 E. Krause
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! **Strategische Fallverlegung** ○ Slowakei nach NRW: funktioniert, aber schleppend ○ Tschechien nach DEU: keine Verlegungen geplant, auch nicht per EWRS angefragt ○ Slowenien hat angeboten, Fälle aufzunehmen ○ Achtung: Slowenien und Slowakei bitte nicht verwechseln sowie Angebot und Nachfrage. ○ 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. ! **Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf** ○ (Verschoben) ! **Paper Lancet Resp Med – ICU admissions** ○ kein Diskussionsbedarf, keine Handlungskonsequenz	IBBS C. Herzog IBBS C. Herzog
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! (nicht besprochen)	Alle

12	**Surveillance** ! **Erwähnung COVID-10 in IfSG §34 >> Wiederzulassungsratgeber** ○ Anfrage aus Berlin ○ Wird mit Rechtsreferat und in EpiLag diskutiert	FG32 M. Diercke
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 Maria an der Heiden
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! Momentan schwierig, Schichten zu besetzen ! Jene, die noch wenige Schichten hatten, werden gezielt angesprochen ! Anmerkung: Wunsch von A. Mankertz, bitte die Vorgesetzten bei Anfragen einzubeziehen ! [An Sarah Friethoff und Klaus Jansen kommuniziert, MadH 14.03.2021]	FG38 U. Rexroth
15	**Wichtige Termine** ! Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN S. Kröger (FG36), S. Esquevin (INIG), A. Jansen (INIG)) ! Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)	Alle
16	**Andere Themen** ! **Patentschutz** ○ 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. ○ L. Schaade: evt. nicht im Krisenstab diskutieren, sondern in kleinerer Runde mit Leitung. ○ Entscheidung: vertagt. ! **Nächste Sitzung** ○ Montag, 15.03.2021, 13:00 Uhr, via Webex	FG37 T. Eckmanns

Sitzungsende: 12:55 Uhr.

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Christophe Bayer
  - Oliver Ommen
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2 %), mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.813 Fälle in Behandlung (-10) ○ 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 ○ 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 ○ Diskussion: keine weiteren Anmerkungen ○ 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: ○ Massiver Anstieg, Level vor Weihnachten bei max. ca. 60 Ausbrüchen pro Woche, derzeit bei ca. 100 insgesamt ○ Für 9. KW Nachmeldungen erwartet ○ 10. KW noch nicht abzuschätzen ○ Insgesamt in SurvNet 1.573 Ausbrüche in Kindergärten/Horten (>= 2 Fälle) angelegt ○ 1.241 (79 %) Ausbrüche mit Fällen < 15 Jahren, 42 % (3.586/8.614) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 332 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ○ Massive Dynamik, teils mit Beteiligung der B.1.1.7 ! Ausbrüche in Schulen: ○ Insgesamt in SurvNet 1.528 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) ○ 1.407 (92 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 24 % (6-	ZIG1 FG32 (Rexroth) FG36 (Haas)

	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)	
	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	FG36 (Haas)

	sollten an anderer Stelle betont oder konkretisiert werden ○ „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 ○ „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*“ ○ „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 Herrn Haas 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, Frau Rexroth hält im Anschluss an die Sitzung telefonische Rücksprache mit Referat 611 (Frau Lücking)	FG36 (Buda)
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	FG21 (Schmich)

	! Vertragsverhandlung laufen noch ! Zahlenerfassung in Clearingstelle verbessert (Postleitzahlen bspw. inkorrekt) ! Anfragen seitens BuLä hinsichtlich möglicher Schnittstelle von DEA zu SORMAS ! Austausch mit Frau Diercke, 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 Herrn Schmich 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 Frau an der Heiden 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 (Diercke)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation**	BZgA

	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) **VPräs** *ToDo1: Herr Schaade bittet um Dokumentensammlung und Vorbesprechung zwecks Bundespressekonferenz am Freitag* ! Voraussichtlich wird u.a. psychische Gesundheit thematisiert werden (ggf. Frau Hölling einzubeziehen) *ToDo2: In vorangegangener BPK genanntes „letzte Drittel“ des Marathons Bitte an Frau Wenchel bzw. Frau Degen um Klärung des Ursprungs und der Bedeutung des Terminus*	(Ommen) Presse (Wenchel) P1 (Jenny) VPräs (Schaade)
6	**RKI-Strategie Fragen** ! **Allgemein** ○ Nicht besprochen ! **RKI-intern** ○ 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	FG37 (Eckmanns)

	! 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*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! **FG 17** ○ 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 ○ Meeting NL, Dänemark, Österreich: ▪ Zweiwöchiges Aussetzen der Impfung mit AstraZeneca in NL und Dänemark, um Fällen von Embolien nachzugehen ▪ In Österreich soweit ebenfalls Fälle bekannt, hier jedoch kein Aussetzen der Impfung ○ VOC B.1.1.7 in allen Ländern dominierend, zu 85 % in Dänemark ! **ZBS1** ○ 416 positive Proben (ca. 34,5 %); B.1.1.7 seit 01.03. auf 73 % bis 82 % – je nach Bezugsgröße – angestiegen	FG17 (Wolff) ZBS1 (Michel)
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	Abt. 1 (Mielke) FG 32 bzw. Abt. 3 (Hamouda)

	! 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: Herr Müller 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	
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 S. Kröger (FG36), S. Esquevin (INIG), A. Jansen (INIG)) ! Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG) ! 16.03.2021 Wartungsfenster ab 16.30, zu beachten bei Upload/Veröffentlichung	Alle Presse (Wenchel)
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Annette Mankertz
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Luisa Denkel
- FG 14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- FG 17
  - Ralf Dürrwald
- FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- FG 25
  - Christa Scheidt-Nave
- FG 32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- FG 33
- FG 34
  - Viviane Bremer
- FG 36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth

- IBBS
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- MF 4
  - Martina Fischer
- P 1
  - Ester-Maria Antão
- P 4
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

- Protokoll
  - Maren Imhoff, ZfKD/FG 38

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.594.764 (+13.435), davon 73.905 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 86/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 6.712.195 (8,2 %), mit 2 Impfungen 3.018.750 (3,6 %) ○ DIVI-Intensivregister: 2.851 Fälle in Behandlung (+18) ○ 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 ○ 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 ○ 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) ○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten (Folie 7) ▪ Anteil Verstorbener und Anteil Hospitalisierter rückläufig, allerdings für die letzten Wochen schwer zu beurteilen	FG32 (Diercke)

	▪ Untererfassung bei Hospitalisierungen ▪ Diskussion: Interpretation der grundsätzlich nach hinten abfallenden Kurven schwierig ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen (Folie 8) ▪ Trend: weiter rückläufig in der Altersgruppe 80+ ▪ mehr 60-79jährige als 80+jährige Fälle hospitalisiert ○ 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 *FG 32 bereitet Darstellung der Todesfälle nach Altersgruppen im zeitlichen Verlauf vor, Vorstellung im Krisenstab diesen Freitag*	Abt. 3 (Hamouda)
	○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW10: 1,25 Mio) ▪ Positivenanteil leicht gestiegen (KW10: 6,8 %) ○ Auslastung der Kapazitäten (Folie 2) ▪ weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden ○ Probenrückstau (Folie 3) ▪ kein sig. Probenrückstau ▪ Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI ○ 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 ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folie 5-6) ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 377.489 Testungen	FG 32 (Diercke) FG 37 (Eckmanns)

	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 ○ **Angaben zu Testanlässen und Testmethoden im Meldesystem** (Folien hier) ○ Fälle nach Referenzdefinition und MW ▪ knapp 100 % übermittelter Fälle erfüllt Referenzdefinition, Anteil gleichbleibend ○ 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 ○ 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 ○ Diskussion: 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 36 (Buda)
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) ○ 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 zunehmend, in dazwischenliegenden Altersgruppen konstant ▪ Positivenanteil bei Altersgruppe 80+ weiter rückläufig	FG 17 (Dürrwald)

	▪ Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 leicht zunehmend ○ 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 ○ Ausbrüche Altenheime: in vergangenen 3 Wochen ähnliches Niveau, Nachmeldungen zu erwarten (Folie 5) ○ Ausbrüche Krankenhäuser (Folie 6): Rückgang, vermutlich Effekt der Impfung, evtl. auch Hygiene ○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb (Folie 2) ▪ gesamt: ARE-Raten steigen ▪ Anstieg der ARE-Raten in der Altersgruppe 0-4 hat sich in KW10 nicht fortgesetzt ○ 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 ○ 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 %	MF 4 (Fischer)

- **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier)
  - Probeneingang und SARS-CoV2-Nachweise (Folie 1): in KW10 bisher höchster Probeneingang in 2021 (n=235); Anteil SARS-CoV2-positiver Proben leicht unter dem in ARS (5,5 %)
  - Viruszirkulation (Folie 2): Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, SARS-CoV2 weitgehend stabil, in KW10 erstmals Nachweis von RSV; saisonale Coronaviren: NL63 auf Vorjahresniveau
  - Probeneingang nach Altersgruppen (Folie 3): leichte Verschiebung zur Altersgruppe 0-4 (Zeitraum: KW8-10), dort in KW10 > 40 % Rhinoviren
  - saisonale Coronaviren, NL63 im Vergleich zu SARS-CoV2 (Folie 4): jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV2 eher höhere Altersgruppen
  - Anteil B.1.1.7 in Schmelzkurvenanalyse: 60 %

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)
  - 2.858 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 17.03.2021)
  - +126 ggü. Vorwoche
  - 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
  - Anteil COVID19-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
  - Anzahl ECMO-Pat. mit COVID19 zuletzt steigend
  - Verfügbarkeit High-Care bzw. ECMO: abnehmend
  - SPoCK: Prognosen für COVID19-ITS-Pat. zeigen einen möglichen Aufwärtstrend Richtung Stagnation an, Geschehen weiterhin dynamisch und regional
  - Diskussion: Wie hoch ist die Sterblichkeit von ECMO-Pat.? – Nachfrage im ECMO-Zentrum der Kliniken Köln, Prof.

	Karagiannidis: 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	
2	**Internationales (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Advertorial "Mehr testen für weniger Corona" auf den Weg gebracht, auch barrierefrei, wird veröffentlicht auf zusammengegencorona.de ○ Verlinkung in RKI-FAQs **Presse** ○ kein Beitrag **Wissenschaftskommunikation** ○ Arbeit an EpiBull-Artikel zum Thema Testen	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) P4 (Antão)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Testfrequenz in Einrichtungen: BL haben Reduktion der Testfrequenz in Einrichtungen angekündigt (Information zur Kenntnis) ○ 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 ○ Modellierungsstudie (mittwochs) Nicht besprochen	FG 38 (Rexroth), alle

	TODO: FG 36 diskutiert mögliche Anpassung der KP-Management-Empfehlungen, Besprechung in nächster Krisenstabssitzung **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ in Kürze erwartet: aktualisierte Nationale Teststrategie des BMG	Abt. 1 (Mielke)
8	**Update Impfen** ○ 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 (Eckmanns), Leitung (Schaade), Abt. 3 (Hamouda)
9	**Labordiagnostik** ○ FG 17: kein Beitrag ○ ZBS1: nicht anwesend	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Entlassungsmanagement ▪ B.1.1.7 vorherrschend – Sollte vor diesem Hintergrund von der Differenzierung zwischen Wildtyp/VOC in den Empfehlungen Abstand genommen werden (d. h. grundsätzlich verlängerte Isolierung)? ▪ <u>Diskussion</u>: 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*	Leitung (Schaade), alle

	Unterstützung bei Literaturrecherche an; weitere Unterstützung durch Bibliothek wird angefragt ○ klinisches Management: Diskussion zur (ECMO-)Sterblichkeit: siehe „Zahlen zum DIVI-Intensivregister“ (TOP 1)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ 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. ○ ~~im sozialen Umfeld wird mangelndes Bewusstsein für „Noch-ansteckend-Sein“ im Vergleich zu „Schon-ansteckend-Sein“ wahrgenommen~~ ○ BZgA nimmt Anregung für weitere Arbeit mit	FG 14 (Brunke)
12	**Surveillance** ○ keine spezifischen Themen	FG 38 (Rexroth)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG 38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG 38
15	**Wichtige Termine** ○ Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 19.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! AL2
  - Thomas Ziese
- ! AL3/Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
- ○ Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZGA
  - Martin Dietrich

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) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Veränderungen zur Vorwoche: starker Anstieg in Indien (47%), Frankreich insbesondere um Hauptstadt (21%), 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	ZIG1

	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 ○ RKI hofft, dass Virusvarianten nach Ostern nicht mehr ausgewiesen werden müssen ○ Hochinzidenzgebiete sinnvoll, Virusvariantengebiete nicht ○ BMG hält aktuell an Unterscheidung Virusvariantengebiete, Hochrisikogebiete und Risikogebiete fest ○ BMI möchte generell Virusvariantenausweisung beibehalten **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.629.750 (+17.482), davon 74.358 (2,8%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 96 Fälle/100.000 Einw. ○ 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 ○ In den Verstorbenenzahlen ist dies noch nicht reflektiert, hier gibt es aber oft einen Verzug ○ Fälle IST: 2.895 (+36), es sind aktuell regelmäßig kleinere Anstiege zu verzeichnen ○ 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 ○ 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 ○ Verstorbene nach Altersgruppen und MW ▪ Meiste Todesfälle in hohen Altersgruppen >70,	FG32

	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 ○ 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 ○ Leicht unter dem Durchschnitt der Vorjahre, ggf. durch ausbleiben der Influenzawelle, es ist keine Übersterblichkeit sichtbar ○ Möglicher Nachholeffekt der Sterbefallzahlen, schwache Influenzasaison ist gut nachvollziehbar, es sind aber weitere Argumentationsansätze notwendig um sprachfähig zu sein ○ 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 ○ Das Argument, dass ältere, gebrechlichere Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden ○ COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich(er) ○ 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, Heinz Ellerbrok 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 ○ Aussetzung AstraZeneca stieß auf viel Interesse ○ Cosmo Studie ist nicht schnell genug, um dies bereits auszuwerten ○ In Social Media ist bei Befragungen nur ein kleiner Dip in der Impfbereitschaft zu sehen ○ 79% der Befragten wollen sich impfen lassen ○ Social Media sind aber nicht repräsentativ für Deutschland ! Thema Umgang mit pos. Schnelltest-Ergebnissen ○ 85% der befragten würden sich sofort isolieren nach positiven Selbsttest ○ Großteil würde sich auch durch PCR-Test bestätigen lassen ○ 75% würden ihr Umfeld informieren ○ Einen 2. Schnelltest danach würden nur 50% durchführen ○ Generell ist dies ein Erfolg in der kurzen Zeit, in der Schnelltests verfügbar sind ○ Serielle Befragungen wäre sinnvoll, da Compliance nach mehreren falsch positiven Ergebnissen eventuell sinkt ! Diskussion ○ Werden diese Umfrageergebnisse durch BZgA verbreitet? Wäre sinnvoll, wenn diese Erfolge zur Verstärkung der Motivation genutzt würden, BZgA bespricht dies intern ○ 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? ○ BZgA plant Bevölkerungsbeteiligung an Informationsaktivitäten zu Impfstoffen: Erklärclips zu	BZgA

	Wirksamkeit mit Personen, die Statements abgeben nach ihrer Impfung, Format und Story stehen noch nicht fest, aber Bevölkerungsbeteiligung ist im Konzept beinhaltet ○ 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 Jung-Sendzik 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 ○ Jetzt 12 Fälle mit Sinusvenenthrombose: alle 12 Frauen	FG33

nach Impfung mit AstraZeneca, alle <55 Jahre, auffälliges Cluster
  - 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
  - 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
  - Generelle thromboembolische Beobachtung (Lungen- oder tiefe Beinvenenembolien) sind möglicherweise temporal 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: ○ 134 Proben: Rhinoviren 30%, SARS-CoV-2 6%, NL63 saisonales Coronavirus 69% ○ 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 ○ Entisolierung in verschiedenen GA verschieden gehandhabt ○ GA Reinickendorf: KP von B.1.1.7 werden länger in Quarantäne geschickt, hier am Ende der 10d keine Freitestung mehr ○ GA Tempelhof Schöneberg tut dies noch und hält Personen je nach Viruslast länger in Isolation ○ GA wünschen bei Entisolierung keine Differenzierung nach Virusvariante oder nicht, einfach 14d Grundsatz-Isolierung ○ Dies wird nächste Woche bei der Dokumentenüberarbeitung erneut intensiv angeschaut ! IBBS Bericht aus Klinikbereich: nun fast schon ausschließlich britische Variante	FG17 ZBS1
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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Judith Koch
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Oliver Ommen
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.667.225 (+7.709), davon 74.714 (+50) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 107/100.000 Einw. ▪ Fallzahlen steigen weiter ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.523.137 (9,0%), mit 2 Impfungen 3.345.235 (4,0%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.056 Fälle in Behandlung (+100), aus intensivmed. Behandlung entlassen: 49 ○ 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. ○ Vergleich 7-Tage-Inzidenz Bundesländer ▪ In Thüringen je nach LK sehr unterschiedlich ▪ Deutlicher Anstieg in Sachsen ▪ Rückgang in keinem der BL ○ 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 ○ 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. ○ Infektionsumfeld bei Ausbrüchen und Einzelfällen	FG32 (Diercke)

	▪ 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. ○ 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? ○ Mit neuen Varianten sind deutlich höhere Übertragungsraten innerhalb von Haushalten verbunden. ○ Allerdings erfolgen die Infektionen häufig sehr früh, deshalb wäre durch eine Isolierung außer Haus wenig zu gewinnen. ○ Wenn es die Möglichkeit einer Isolation in Hotelzimmern gäbe, würden das vermutlich viele in Anspruch nehmen. ○ Schwierig, wenn Kinder betroffen sind. ○ Eine Verpflichtung würde auf wenig Akzeptanz treffen, Fälle melden sich dann evtl. nicht. ○ Deshalb sollte eine Isolierung außer Haus kein Zwang sondern ein Angebot sein. ○ 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. ○ Warum jetzt? Neue Varianten sind ansteckender und gefährlicher. ○ Wird jetzt schon für Menschen in prekären Wohnsituationen empfohlen, jedoch von Gemeinden aus Kostengründen zumeist nicht umgesetzt. ○ Wurde den Ländern schon häufig nahegelegt. Angebote von Hotelvereinen, die Konzepte entwickelt haben, wurden weitergeleitet. ○ Auch für Personen in einem Haushalt mit vulnerablen Personen sinnvoll und als Angebot für alleinstehende Personen, um Versorgung sicherzustellen.	FG36 (Haas)

- 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.
- Sollen Kinder, bei Symptomatik von Familienangehörigen, noch in die Schule gehen?
- Kostenfrage, müssten die Kommunen und Gemeinden übernehmen.
- 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 W. Haas, wird nochmal zirkuliert.

! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)

- GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen
  - Anstieg bei 0-5 Jährigen bei ARE-Raten, auch Anstieg bei 6-10 Jährigen
- Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe
  - Bei Inzidenzen Anstieg in allen Altersgruppen
- Ausbrüche in Kindergärten/Horte
  - Skala wurde angepasst, deutlicher Anstieg in letzten Wochen bei Kitas.

ToDo: In Situationsbericht Hinweis aufnehmen, dass sich Skalierung geändert hat.

- Anteil betreuter Kinder (DJI)
  - Nutzung der Kitas ist in Woche 7-8 sprunghaft auf 75% angestiegen.
  - Neue Varianten haben mit höherer Attack-Rate Oberhand gewonnen, gleichzeitig viel höhere Dichte der Kinder in Kitas.
- 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. ○ Sollen Ausbrüche in Schulen schon mit in Situationsbericht aufgenommen oder noch abgewartet werden? Ja, da vermutlich Nachfragen hierzu kommen werden. ○ 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 ○ Landrätin sagt von 935 getesteten Kontaktpersonen wurden 306 positiv getestet. Dies möchte Hr. Wieler gerne verifiziert haben, wurden alle Tests mit PCR bestätigt? ○ Noch hat kein Gespräch mit dem GA vor Ort oder der Landrätin stattgefunden. ○ Greiz ist seit Wochen Hotspot. Die Landrätin ist scheinbar nicht von Infektionsschutzmaßnahmen überzeugt. ○ Es gibt die Bitte vom Seuchenreferent von Thüringen, dass RKI Gespräch mit Landrätin aufnehmen soll. ○ Sollte es zu einem Gespräch kommen würde, sollte Hr. Schaade und Hr. Hamouda dabei sein, noch hat sie einem Gespräch nicht zugestimmt. ○ 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. ○ Claudia Siffczyk ist mit Thüringen im Gespräch, dass fachliche Informationen vom GA benötigt werden. ○ Hr. Wieler wäre bereit am Telefonat teilzunehmen. ○ Wenn Landrätin keine Maßnahmen einleiten will, gibt es kaum Möglichkeiten von unserer Seite.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA (Ommen)

	! 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? ○ Schwierig zu sagen: 30-50%, Faktor 2 bis 3. ○ Es gibt einen Epid Bull Artikel dazu. Dunkelziffer ändert sich über die Zeit. ○ Bitte den Begriff Untererfassung statt Dunkelziffer verwenden. ○ Empfehlung Hanne Neuhauser zu kontaktieren. Ihre Gruppe hat die Aufgabe bekommen, nationale und internationale Daten fortlaufend zu screenen. ○ Warum wird angenommen, dass Untererfassung ansteigt und nicht dank Testoffensive kleiner wird? ○ Untererfassung ist je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich, bei Älteren geringere, bei Jüngeren größer. ○ 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. ○ Ansatz einer Schätzung über syndromische Surveillance ○ Bisherige Schätzung mit Faktor 3 sehr konservativ, Verstärkung der Testfrequenz, aber massive Entwicklung der neuen Varianten.	Presse (Degen) P1 (Jenny)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers ○ Hohe Attak-Rate auch unter Kontaktpersonen der Kategorie 2; Rückmeldung von BL, dass RKI Empfehlungen nicht	FG38 (Rexroth)/ Alle

	massiv genug sind. ○ Frage, was wird konkret an Verschärfung benötigt? Großzügige Benennung von KP 1, Verkürzung der Dauer der Aerosolexposition? ○ GA können veranlassen, dass Kontaktpersonen direkt nach Kontakt getestet werden, Kontaktpersonen sollen Kontakte selbstständig informieren. ○ Für eine Aufheben der Differenzierung zwischen KP 1 und 2 gibt es keine Evidenz. ○ 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. ○ Welche Veränderungen bei Public Health Maßnahmen sind möglich? In welche Richtung wollen wir etwas verstärken? Kontakte und Erkrankte in Hotels unterbringen? Umgang mit Kontaktpersonen? Wieviel Übertragung gibt es tatsächlich? ○ 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. ○ 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. ○ Sorge, dass bei Verschärfung von Maßnahmen die Akzeptanz in der Bevölkerung und die Compliance abnimmt. ○ 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. ○ Fr. Jenny möchte unterstützen und wird sich mit Hr. Haas in Verbindung setzen, um die Botschaften zu Ostern nochmal breiter zu fassen. ○ 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.	

	○ Wer berät BMG? BZgA ist in Gremien vertreten. ○ Ein Gesamtpaket des Verhaltens sollte nicht nur in sozialen Medien kommuniziert werden. ○ 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 ○ 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. ○ 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. ○ Ungern, da die Tagesordnung immer sehr voll ist, stattdessen über Verteiler zirkulieren.	FG14 (Brunke) Rexroth Schaade
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! ZBS1 ○ 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 ○ Ergebnisse Proben KW 11: 510 Proben: Rhinoviren 27%, SARS-CoV-2 5%, saisonales Coronavirus (vor allem NL63) 8% ○ 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.* ○ Pilotprojekt Perspektive Kultur: Praktikabilität einer ergänzenden Testung in Zusammenhang mit Kulturveranstaltungen. ○ Diagnostik intern: eine Ergänzung zum Epid Bull Beitrag wird erarbeitet.	ZBS1 (Michel) FG17 (Wolf) Mielke

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Start mit Beratungsnetzwerk in 2. Runde, Themen: Diagnostik, Therapie und intensivmedizinische Versorgung ○ Wird breit beworben ! Monoklonale Antikörper bei immunsupprimierten Patienten wird diskutiert, soll diese Woche abgeschlossen werden. ! Strategische Patientenverlegung wurde von Tschechien zurückgenommen.	IBBS (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Hr. Götsch/Frankfurt (Flughafen) hat internat. Kommunikation am Sa. berichtet, dass es in Frankfurt keine Kapazitäten gibt, pos. getestete Personen unterzubringen (Hotels etc.). ○ Warum? Vermutlich finanzielle Gründe. ○ Kommen mit Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr hinterher	Alle
12	**Surveillance** ! Modell mit Prognosen zur Impfung und zur Entwicklung der Varianten wurde von Hr. Wiechmann 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? ○ Abschließende Aussagen können noch nicht getroffen werden. Ein gewisses zusätzliches Risiko gibt es wohl, ursächliche Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. ○ Hr. Wichmann ist mit Gruppe in Greifswald in Kontakt. ○ STIKO beschäftigt sich in Untergruppe mit diesem Thema, steht am Donnerstag bei STIKO-Beratung wieder auf Agenda. ○ Hintergrundinzidenz aus den Niederlanden: Tritt am häufigsten bei Frauen zwischen 30-50 Jahre auf, Kofaktoren Pille, Schwangerschaft. ○ Für Deutschland wird Hintergrundinzidenz zurzeit berechnet. ○ Häufigkeit der Thrombosen ist im letzten Jahr eher zurückgegangen, da Thrombosen durch Infektionen getriggert werden. ○ Wie ist die Inzidenz bei COVID-Erkrankungen? *ToDo: Analyse der Thromboseinzidenz mit LEOSS Daten, FF U. Koppe* ○ Kein direkter Zugang zu LEOSS-Daten, zum Teil schwierig Auskunft zu bekommen.	FG33 Wieler
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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 27
  - Julika Loss
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - ?
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG 36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Agata Mikolajewska
  - Michaela Niebank
  - Bettina Rühe
- ! MF 4
  - Martina Fischer
- ! P 1
  - Ester-Maria Antão
  - Ines Lein
  - Mirjam Jenny
- ! P 4
  - Dirk Brockmann
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BMG
  - Christophe Bayer
- ! BZgA
  - Florentine Frentz

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.690.523 (+15.813), davon 75.212 (+248) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 108/100.000 EW, deutlicher Anstieg zur Vorwoche ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.937.540 (9,5%), mit 2 Impfungen 3.516.986 (4,2%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.171 Fälle in Behandlung (+26) ○ 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) ○ 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 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW ▪ Heatmap zeigt Anstieg in allen Altersgruppen, auch bei den Hochaltrigen ○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten ▪ Anteil der Verstorbenen und der Hospitalisierten sinkt weiter ▪ Im grauen Balken noch Nachmeldungen zu erwarten ○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen ▪ Trend: weiter rückläufig in vielen Altersgruppen (+80 Jahre, 60-79 Jahre, 35-59 Jahre), ansonsten gleichbleibend niedrig	FG32 (Diercke) Abt. 3 (Hamouda)

	○ 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%). ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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 %) ▪ Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden ○ Probenrückstau ▪ kein signifikanter Probenrückstau ▪ massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI ○ 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) ○ 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!)	FG 37 (Eckmanns)

	○ 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) ○ Insgesamt nimmt die Anzahl der Testungen pro Woche zu. ○ Der Positivenanteil nimmt in den BL leicht zu, auch in TH (dort bei einer relativ geringen Anzahl an Tests). ○ 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). ○ 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. ○ Die Anzahl der positiven Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW steigt in allen Altersgruppen mit Ausnahme der >80-Jährigen. ○ 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. ○ 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.	FG 36 (Buda)
	○ Ausbrüche in Altenheimen finden weiterhin statt, aber auf geringerem Niveau, Nachmeldungen spielen eine Rolle. ○ Ausbrüche in KH nehmen noch weiter ab. ○ 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.	FG 17 (Dürrwald)

	○ **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) ○ 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). ○ 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. ○ 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% ○ Diskussion: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger. ○ **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier) ○ Probeneingang und SARS-CoV2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar. ○ Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des	Martina Fischer / MF4

	Infektionsgeschehen zu sein, aber auch SARS-CoV2 Nachweise sind leicht angestiegen, in KW10 erstmals Nachweis von RSV, auch ein Anstieg von NL63 ist zu beobachten. ○ 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). ○ Saisonale Coronaviren, insb. NL63, verzeichnen starken Anstieg. Im Vergleich zu SARS-CoV2 sind jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV2 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. ○ UK Variante ist die stärkste Variante im Sentinel (>80%). ○ <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.	FG 27 (Loss)
	○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 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 ○ Anteil nicht-invasiv beatmeter Personen nimmt zu (jüngere Patientengruppe?). ○ Anteil der COVID-19 Patienten liegt in 6 BL über 15%, TH über 20%, nur HH hat sich verbessert (Rückgang) ○ 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. ○ ITS Verfügbarkeit und Belastung: Die Verfügbarkeit für High-Care und ECMO nimmt ab, es wird wieder vermehrt ein Personalmangel berichtet.	Brockmann

	○ 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. ○ Diskussion: 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 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. ! Diskussion: 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. 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 Michael Meyer-Hermann 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 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)** ○ Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (diese Woche mittwochs)** ○ Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien hier) ○ 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. ○ 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	Schmich

	vorgenommen hat. ○ Vorteile: ○ Arbeitserleichterung für GÄ ○ Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig) ○ Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April. ○ 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. ○ 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.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **Presse** ○ 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 anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen.	Pressestelle
6	**RKI-Strategie Fragen** a) **Allgemein** b) **RKI-intern** Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ 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. ○ 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** ○ Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik**	

	○ 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** ○ 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** ○ Nicht besprochen	
12	**Surveillance** ○ Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Lagebericht ○ 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. ○ 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. ○ 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. ○ Während der Osterfeiertage wird im Lagezentrum das WE-Dienstformat genutzt. Auch die Webmaster-Rufbereitschaft wird entsprechend angepasst. Gründonnerstag ist ein normaler Arbeitstag.	FG 34 / alle FG 38 / alle
15	**Wichtige Termine** ○ 26.03.2021 12:30: Prof. Nagel von der TU Berlin stellt Modell zur Dynamik der Virusausbreitung vor	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

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
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
  - Anette Siedler
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Lena Bös
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! INIG
  - Eugenia Romo Ventura
- ! ZIG4
  - Sangeeta Banerji (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 Christian Drosten) ! 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 o **Importierte Fälle:** Polen, Rumänien und Türkei, jedoch sehr geringer Anteil am Geschehen	Eugenia Romo Ventura Michaela Diercke

	○ **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 ○ Sterbefälle unter dem Durchschnitt der letzten Jahre ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) ○ 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**	BMG

	! Nicht berichtet	
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 Tim Eckmanns wird nächste Woche Mittwoch besprochen	Lena Bös und Walter Haas
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

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
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG21
  - Patrick Schmich
- FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
- FG 34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- FG37
  - Tim Eckmanns
- IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Christian Herzog
- Presse

- Ronja Wenchel

! P1

- Mirjam Jenny

! ZBS1

- Janine Michel

! ZIG/ INIG

- Luisa Denkel

! BZgA : Linda Seefeld

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	Michaela Diercke Walter Haas

	letzten KW. Auffällig LK Chemnitz mit 9 Kita-/Schulausbrüchen ! 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 Schmich: 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? Antwort: Nein, Fachinformationen werden eingebracht,	Schmich

	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 (Seefeld) 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 C. Herzog: 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 (Wolff): Gemäß Studien ist Impfschutz bei VOC gegeben. Antwort2 (Haas): In KPN-Papier Quarantäne trotz Impfung empfohlen, nicht wegen schweren Krankheitsverlauf, sondern wegen Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung trotz Impfung. Kommentar1 (Kröger): 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 (Mielke): 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 (Wolff) 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, diese Möglichkeit verlinken mit dem Zusatz: „Wie das BMG mitteilt…"	Alle

	Kommentar: Bitte alle BMG Verordnungen an einer Stelle verlinken zur besseren Übersichtlichkeit und Abgrenzung von fachlichen Stellungnahmen Antwort (Ronja Wenchel): 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, Herzog) des Papiers zur außerhäuslichen Quarantäne/ Isolierung bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1)	Alle

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - ?
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Lena Bös
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Agata Mikolajewska
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! P4
  - Susanne Gottwald
  - Frank Schlosser
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

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) ○ 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 ○ 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 ○ 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. **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)	ZIG (Denkel) FG32 (Diercke)

	○ 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 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 9.428.662 (11,3%), mit 2 Impfungen 4.059.489 (4,9%) ○ DIVI-Intensivregister: 3.595 Fälle in Behandlung (+22) ○ 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 ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 15 LK mit Inzidenz bis 50 ○ Zunehmender bzw. abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche ▪ In vielen LK ansteigender Trend ○ 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. ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen ▪ In den Wochen 9-11 Anstieg bei 35-59 Jährigen ▪ Leichter Rückgang bei 80+ Jährigen ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Rückgang hat sich etwas verlangsamt, Einpendeln auf hohem Niveau. ▪ Altersmedian der Verstorbenen weiterhin bei 82 Jahren ○ 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%.	FG36 (Buda)

	▪ Mit Antigentests kann der hohe Anstieg der Fallzahlen nicht begründet werden. ▪ Allerdings werden nicht in allen Ländern Antigentests zuverlässig übermittelt. ○ 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: M. Dierke 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*	FG17 (Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Von KW 11 auf 12 sind ARE-Raten etwas zurückgegangen. ▪ Dies gilt für alle Altersgruppen außer den 0-4 Jährigen. ○ 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 ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen zu verzeichnen. ▪ Fallzahlen bei 15-34 Jährigen sehr viel geringer als bei anderen Altersgruppen. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen: Anstieg	Abt.3 (Hamouda)

	bei 35-59 und 60-79 Jährigen. ▪ Bei allen Fällen (inkl. noch liegenden Patienten): Anstieg der Fallzahlen bei 60-79 Jährigen. ○ 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.	FG36 (Kröger) MF4 (Fischer)
	! **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) ○ Eingang von 277 Proben in KW 12 ○ Probenanstieg durch Aktivitäten um Sentinel zu erweitern und erhöhte ARE-Aktivität. ○ Lücken in regionaler Abdeckung ○ Starker Anstieg der Rhinoviren setzt sich fort. ○ Einige Parainfluenzaviren ○ Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 4%. ○ Keine Influenza Nachweise ○ Starker Anstieg von saisonalen Coronaviren ○ Höchstes Probenaufkommen aus pädiatrischen Praxen ○ Starke Zirkulation von Rhinoviren bei 0-4 Jährigen setzt sich in anderen Altersgruppen fort. ○ Höchste Nachweisrate von NL63 bei 5-15 Jährigen ○ Bei SARS-Cov-2 andere Altersverteilung, am stärksten betroffen sind 16-34 Jährige, bei Kindern eher geringe Nachweisraten, evtl. aufgrund von schwacher Symptomatik. ○ 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.	P4 (Schlosser)

	! **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ 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. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazität bleibt gleich. ○ Probenrückstau ▪ Nach wie vor gering ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW 12 Anteil von B.1.1.7 auf 78% gestiegen. ○ POCT in Einrichtungen ▪ 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** ○ Erhebung wurde aktualisiert, > 60.000 positive Nachweise, davon knapp 90% Variante B.1.1.7 ○ 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) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 3.677 Patienten auf Intensivstation, im Vergleich zur Vorwoche +424 (30% Anstieg), seit 13.März exponentielles Wachstum.	Gottwald

	▪ 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. ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ Personalmangel wird wieder zunehmend gemeldet. ▪ Wieder mehr Raummangel ▪ Verfügbarkeit High-Care und ECMO sinken. ○ 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. ○ Werden die Prognosen den Versorgungsclustern aktiv mitgeteilt? ▪ Bei allen BL, die Versorgungscluster mitgeteilt haben, werden die Prognosen an alle Akteure versendet. ○ 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)** ○ Mobilität im Tagesverlauf, 70 Mio. Bewegungen pro Tag ○ 7,4% aller Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 22 - 5 Uhr statt. ○ 12,3% der Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 20 – 5 Uhr statt. ○ Keine wesentlichen Unterschiede zwischen BL ○ Wie sieht die Mobilität in LK aus, in denen Ausgangsperren	

	gelten? Sinnhaftigkeit von Ausgangsperren? ▪ Wird zurzeit analysiert. Einschätzung: relativ geringer Effekt ○ Gibt es Veränderungen in der Mobilität seit die Vorgaben zur Umsetzung von Home Office gelten? ▪ Bisher wurde nur Mobilität in ersten 3 Märzwochen analysiert. ○ Sind Daten auch vom 1. Lockdown im März 2020 vorhanden? ▪ Daten wurden rückwirkend zur Verfügung gestellt und können analysiert werden. ○ Ist eine Veröffentlichung der Daten, z.B. in Form eines EpidBull-Artikels geplant? (wäre sinnvoll) ▪ im Moment noch nicht ○ Ab wann werden Bewegungen gezählt? ▪ Interne Methodik ist nicht ganz transparent. ▪ Alle Wege unter 2 km sind aufgrund von mobiler Infrastruktur schwer abzuschätzen.	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Finale Diskussion Text Risikobewertung (hier) ○ Änderungen: ○ Die COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen steigen seit Mitte März 2021 deutlich an. ○ Insgesamt ist die Variante B.1.1.7 inzwischen in Deutschland der vorherrschende COVID-19-Erreger. *ToDo: aktualisierte Version an Webmaster weitergeben*	FG38 (Maria an der Heiden) Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Nichts Neues zu berichten, Osterkommunikation wurde bereits vorgestellt.	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)

	! 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? ○ FAQs werden übergearbeitet. ○ Infoblatt für Kita-Beschäftigte wird erstellt. Hier wird ein Passus mitaufgenommen, der Vertrauen wiederherstellen soll. ○ 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 ○ 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 (Wenchel) FG32 (Diercke)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** ! Anpassung Empfehlungen nach Impfung (betrifft 3 Dokumente) ○ Veränderung liegt beim BMG ▪ Quarantäne soll für geimpfte KP1 aufgehoben werden.	FG37 (Eckmanns)

	▪ KH-Patienten und Bewohner von Altenheimen, die Kontakt mit sehr gefährdeten Personen haben, sind die einzigen Ausnahmen. Alle anderen können auf Quarantäne verzichten. ○ Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen (hier) ▪ Neu: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne. ○ 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. ▪ 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. ○ 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 ○ Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen (hier) ▪ Nur minimale Änderungen	Herzog FG36 (Haas, Bös)

	○ Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel ▪ Kein bevorzugtes Impfen, liegt im Moment im BMG wegen Überarbeitung. ○ 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.* ! Anpassung Dokument Kontaktpersonen-Nachverfolgung (hier) ○ In AGI vorgestellt und aus AGI und EpiLag verschiedene Fragen mitgenommen. ○ Ab wann gelten Empfehlungen? Für Länder wäre aus pragmatischen Gesichtspunkten eine Gültigkeit ab 6.4. sinnvoller um die Implementierung zu begleiten. ○ Wird für Personen, die sich schon in Absonderung befinden, die Quarantäne verlängert? Müssen Länder selbst entscheiden. ○ Fachliche Empfehlung werden nicht mit einem bestimmten Stichtag versehen. Und es gibt keinen fachlichen Grund für die Verschiebung der Geltung. ○ Dokument wurde schon mit den wesentlichen Änderungen angekündigt. ○ 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. ○ 2 Punkte sind noch offen bzgl. Quarantäne von Genesenen und Geimpften: ▪ 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. ○ Entscheidung: Regelung bleibt zunächst bei 3 Monaten: aufgrund unbekannter Virusausscheidung bei Reinfektion + unbekannter Rolle der neuen Varianten. ○ 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. ○ 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 ○ Infografik ist fertig, Begleittext ist fast fertig. *ToDo: Fertigstellung und Publikation heute*	IBBS (Herzog)

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 (Dürrwald)
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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG 12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
- ! FG 33
  - Thomas Harder
  -
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Lena Bös
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Angela Fehr
- ! ZBS 1
  - Janine Michel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ 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 ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 10.800.637 (13,0%), mit 2 Impfungen 4.633.859 (5,6%) ○ DIVI-Intensivregister: 4.355 Fälle in Behandlung (+211) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückgang in allen BL im Vergleich zur Vorwoche ▪ Nachmeldungen sind zu erwarten ○ 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 ○ 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) ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In den KW 7-9 etwa 1500 Sterbefälle/Woche, jetzt weiterhin leichter Rückgang ○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Von KW 12 zu KW 13 leichter Rückgang	FG32 (M. Diercke)

	▪ Anteile an allen übermittelten Fällen weiterhin bei 6% ▪ Die zunehmenden Antigennachweise wirken sich in den Meldedaten (bisher) nicht auf den Anstieg der Fallzahlen aus ○ Berichtete Fälle (Differenz Vortag) und Fälle nach Meldedatum (neu) ▪ Über Ostern keine Zunahme der zeitlichen Verschiebung zwischen Fällen nach Meldedatum und Fällen nach Berichtsdatum ○ 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) ▪ 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 ! **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl der Testungen in KW 13 erwartungsgemäß gesunken: 1,15 Mio (Vorwoche 1,4 Mio)	M. Diercke AL3 (Janna Seifried) FG 37 (Tim Eckmanns)

	▪ Positivenanteil deutlich gestiegen (11,1%) ▪ Weniger Labore haben übermittelt ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Auslastung deutlich gesunken im Vergleich zur Vorwoche ○ Probenrückstau ▪ Kein Rückstau, keine Lieferengpässe ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Durch Feiertage verzögerte Datenlieferung erst am 07.04 abends ○ 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	Alle
	○ **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 ▪ 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	FG36 (W.Haas)

	○ **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 ○ Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern ▪ Altenheime: insgesamt sehr niedrige Zahlen, geringer Anstieg ▪ Krankenhäuser: wesentliche Abnahme i. Vgl. zur Vorwoche ! **Diskussion** ○ Zahl der Testzentren nimmt rapide zu, sollten sie adressiert und Interesse an ihren Angaben signalisiert werden? ○ 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 ○ Spricht eine gleichmäßige Zunahme des Positivenanteils trotz geringerer Testzahlen eventuell für einen geringeren Anstieg der Infektionszahlen? ○ Durch die Impfung finden weniger Arztbesuche durch schwere Fälle statt, auch dies könnte beitragen ○ Nach welcher Zielgröße bzw. Maßzahl sollten sich Lockerungsempfehlungen richten? Soll eine bestimmte Positivenrate angestrebt werden? ○ 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 ○ Positivenanteil ist ein der Öffentlichkeit schwer zu vermittelnder Wert ○ 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 ○ Da viele Labore und Praxen diese Woche noch geschlossen sind, liegen wahrscheinlich erst übernächste Woche wirklich interpretierbare und belastbare Zahlen vor	FG 17 (R. Dürrwald)

	! **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien ??) ○ GrippeWeb ▪ Insgesamt liegt die ARE Inzidenz unter der der Vorjahre ▪ Kontaktbeschränkungsmaßnahmen werden eingehalten ▪ 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 ○ ARE-Konsultationen ▪ Abnahme durch Osterferien ○ 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 ○ 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) ○ 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)	FG 17, MF4 Presse (S. Glasmacher) FG 32

	▪ Insgesamt wenig Veränderung i. Vgl. zur Vorwoche ! **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) ○ Eingang von 123 Proben in KW 13 ○ Anzahl wegen der Feiertage halbiert ○ Rhinoviren auf dem Niveau wie vor dem Lockdown, nach den Lockerungen sofortiger Anstieg zunächst bei den Jüngsten, dann in den anderen AG ○ Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 5% (Vorwoche 3-4%) ○ Insgesamt Verschiebung der Probenanteile hin zu pädiatrischen Proben ○ Im Hintergrund wenig Nachweise von Parainfluenzaviren ○ Keine Influenza Nachweise ○ Günstige Bedingungen für saisonale Viren: Starker Anstieg von NL63 und Anstieg von OC43 ○ VOC Anteil bei SARS-CoV-2 positiven Proben: 100% ! **Diskussion** ○ Stationäre Fälle SARI mit COVID: Steiler Anstieg ist stärkeres Signal als Inzidenzen ○ Wie belastbar sind die Zahlen der syndromischen Surveillance? ○ Kleine aber seit Jahren konstante Stichprobe (i. Vgl. zu DIVI-Intensiv-Register), solide Datenbasis für Vergleiche, expansionsfähig, sollte expandieren, viele Zusatzinformationen (Altersmedian, Beatmungsdauer, Liegezeit) ○ Alleinstellungsmerkmal: Information sowohl zu Diagnosen liegender Patienten als auch Entlassdiagnosen ○ DIVI: sehr breite Abdeckung, ICOSARI tiefergehende Informationen ○ Hinweis: Anstieg bei Hospitalisierung bildet das Infektionsgeschehen von vor 2 Wochen ab ○ Obwohl im Steckbrief kürzere Fristen bis zu Symptomatik und stationärer Aufnahme angegeben sind, muss die Zeit bis	

	zur Übermittlung eingerechnet werden ○ Anregung DIVI- und ICOSARI-Daten abzugleichen, wird von M. Fischer und W. Haas 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* ○ **Disclaimer im Lagebericht** ○ 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. M. Diercke vorbereitet* ○ 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	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ! Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	

5	**Kommunikation** **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, Michaela Niebank	BZgA (H. Ebrahimzadeh-Wetter) P1 (I. Lein)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	○ 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. ○ Kurze Diskussion: Andere Bereiche, z.B. Lehrpersonal, auch nach FIT-Test und Einweisung, sind <u>nicht</u> ausgenommen ○ Definition „Vollständig geimpft": Ab dem 15. Tag nach der 2. Impfung ○ Definition „Genesen": Analog ab dem 15. Tag nach 1 Impfung *ToDo: geeigneten Link zu den Definitionen in den STIKO-Dokumenten auswählen* ○ Für Genesene wird die maximale Zeitspanne nach der Infektion, innerhalb derer auf eine Quarantäneverzichtet werden kann, auf 6 Monate erhöht – allgemeine Zustimmung ○ 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 ○ Anfragen zu dem Dokument ähneln sich, Textbausteine wurden dazu fertiggestellt und sollen an das LZ kommuniziert werden ○ Unklare Textstelle, hier den Nebensatz verdeutlichen: „ist - *aufgrund der aktuellen Datenlage zu Reinfektionen und Kontagiosität bei erneuter Infektion*- nur dann keine	FG36 (W. Haas, L. Bös) FG33 (T. Harder)

	Quarantäne erforderlich, wenn der Kontakt innerhalb von 6 Monaten nach dem Nachweis der vorherigen SARS-CoV-2-Infektion erfolgte“ ○ Gibt es Evidenzen zur zeitlichen Begrenzung des Kontakts auf 10 min? ○ Nein, rein pragmatische Entscheidung wegen höherer Kontagiosität, und nach Hinweisen von GÄ ○ 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)? ○ Es sollte auf die Gruppe der symptomatisch Erkrankten eingegrenzt werden ○ Hinweis: Sehr schwierig, dies genau zu definieren, wird möglicherweise in der Rechtsverordnung nicht differenziert werden ○ Hinweis: In der AGI wurde die zweimalige Testung während der Quarantäne kritisch gesehen ○ 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 ○ Die Testung wurden als Reaktion auf die häufigen Nachfragen der GÄ, zur Quarantänedauer (zu kurz, insbes. bei VOC), aufgenommen ○ 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.*	
	○ Dokument „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen“ wird angepasst ○ Begründung, warum keine Quarantäneausnahmen für Mitarbeiter und Bewohner gelten, werden aufgenommen ○ Hinweis, dass die Testhäufigkeit nach Impfaktion angepasst werden kann, wurde bereits aufgenommen. *ToDo: Koordination der Anpassungen mit Birgitta Schweickert (Altenheime) und Ronja Wenchel (Presse)*	FG36 (W. Haas, L. Bös)
	○ Dokument zu den Testkriterien und Flussschemata werden an die aktuellen Änderungen angepasst werden ○ Flussschema wird zu diesem Zweck vorübergehend von der Homepage genommen	T. Eckmanns

		W. Haas
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** ! Nicht besprochen ! **Impfung für RKI Mitarbeiter*innen** ○ Bisher nur AstraZeneca- Impfstoff angeboten, wird in der LK thematisiert, da Ministerium /Bundeswehr/ggf. Landesbehörden involviert sind	FG33 T. Eckmanns
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 ??) ○ Soll ausschließlich an die BL kommuniziert werden ○ Anregung, die Isolation bei Infektion außerhalb der Familie durchzuführen ○ Ethische und soziale Herausforderungen, insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die die Trennung von erkrankten Haushaltsmitgliedern als besondere Härte empfinden ○ Juristische Stellungnahme (J-M. Mehlitz) wird noch erwartet ○ Formulierung „sollte erwogen werden“ soll geändert werden zu „kann erwogen werden“, das entspricht der Formulierung im Dokument zur KoNa ○ 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? ○ Im Vordergrund sollte der Schutz der Familienmitglieder stehen, nicht die Überwachung ○ 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 (C. Herzog) Alle C. Herzog, 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	

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
  - Annette Mankertz
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Ziese
- Abt. 3 Leitung-Bereich
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Dschin-Je Oh
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 38
  - Ute Rexroth
- FG 33
  - Ole Wichmann
- FG36
  - Walter Haas
  - Lena Bös
- FG37
  - Tim Eckmanns
- IBBS
  - Christian Herzog
- Presse
  - Ronja Wenchel
- P1
  - Mirjam Jenny
- P4
  - Susi Gottwald
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZIG/ INIG
  - Angela Fehr
  - Eugenia Romo Ventura
- MF4
  - Martina Fischer
- BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- Abt.1
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)

!

! T	!	Beitrag/Thema	!	einge bracht von
! 1	!	**Aktuelle Lage**	!	
	!	International (nicht besprochen) ○ Fälle, Ausbreitung	!	Eugenia Romo Ventura
	!	National (Folien hier) ○ Fallzahlen: 110/100.000 EW (+25.000 Fälle und +300 Todesfälle seit Vortag) ○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle ○ 7d-Inzidenz der Bundesländer wird vermutlich wieder ansteigen: Top 3: Thüringen Sachsen, Sachsen-Anhalt, Anstieg in Bayern, Bremen und Saarland. ○ 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 ○ 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 ○ Todesfälle je 100.000 EW in den letzten 14d: ! - am stärksten betroffen: LK Thüringen ! -Deutschlandweit: n>2000 ○ 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.	!	Michaela Dierck e
	!	! DIVI-Intensivregister (Folien hier) ○ 4510 Fälle auf ITS	!	
	!	○ Exponentielle Anstieg der ITS Fälle bei erwachsenen COVID-19 Patienten und deutlicher Anstieg bei Kindern	!	
	!	○ 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	!	Martina Fischer
	!	○ Anteil der COVID-19 Fälle an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Anstieg vor allem in Bremen, Thüringen und Sachsen, Abfall in SH	!	
	!	○ 85% der ITS-COVID-19-Fälle benötigen Beatmung; überproportionaler Anstieg der ECMO-COVID-19-Fälle im Verhältnis zum Anstieg der gesamten ECMO		

	Fälle. ! ○ 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.* ! ○ Modellierung: nicht besprochen	
! **2**	! **Internationales (nur freitags)** ○ Vorbereitung Montenegro Mission läuft !	! ZIG
! **3**	! **Update Digitale Projekte (nur montags)**	! Schmich
! **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.	! ! ! FG32/38/FG34 Matthias ! an der Heiden ! ! ! ! ! ! ! !

	! ! *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 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 Herrn Herzog 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: Herr Eckmanns 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 Herrn Haas, 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 Frau Jenny 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 Herrn Eckmanns und Ermittlung, ob diese Punkte bereits kommuniziert werden und falls ja (was laut Herrn Haas der Fall ist), Behebung der Schwachpunkte in der Kommunikation, um diese Aspekte besser zu transportieren.*	! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! BzgA ! ! P1 ! ! ! Diskussion Alle

	! *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! ! ! 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 Frau Bremer (FG34) geleitet wird. Bitte in Rücksprache mit FG34 auf diese Studie verweisen. [ID 3315, erledigt]*	! Alle
! **8**	! Diskussionsbedarf zur Frage, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw. wie diese ! • 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.	! ! ! FG34 ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! Haas

	Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten und Definition "immungesund") 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	! ! ! !

	! ! ○ ! ! ! !	855 Proben 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.	! ! ! ! ! ! ! ! ! ZBS1
! **1**	! !	**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
! **1**	! !	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	! Alle
! **1**	! !	**Surveillance: nicht besprochen** Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	! FG32 FG36
! **1**	! ! !	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Geimpfte werden aus der Testverordnung herausgenommen**	! FG38
! **1**	! ! !	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** Osnabrück hat ein Amtshilfeersuchen gestellt und bittet um Unterstützung bei einem Ausbruch unter Geimpften.	! FG38
! **1**	! !	**Wichtige Termine** /	! Alle

!

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Justus Benzler
- ! FG 33
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG 34
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** ! International (nicht besprochen) ○ Fälle, Ausbreitung ! National (Folien hier) ○ Anstieg der Fallzahlen zum Vortag um ca. 13.000 ○ Knapp 16% mit 1. Impfung, 6% mit 2. Impfung ○ 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. ○ 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. ○ 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. ○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle (+53, insgesamt 4.585 Fälle), immer mehr Krankenhäuser melden eingeschränkte Betriebssituation (Personal- und Raummangel als führende Ursachen).	Michaela Diercke
	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.	Walter Haas
	Modellierung ! Zahl der Bewegungen am Osterwochenende lag auf Niveau zwischen 2019 und 2020 ! Niveau von Karfreitag, Ostersonntag und Ostermontag	Benjamin Maier / P4

	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.	Schmich
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. Fr. Jung-Sendzik 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 / Matthias an der Heiden /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. ! 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.	VPräs/alle

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	! 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 (Justus Benzler 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 (Wolff) 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. *ToDo:* FG14 soll BMAS ansprechen. (erledigt)	FG14
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	

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
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG 33
  -
- ! FG 36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maren Imhoff (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! unbekannt
  - +4915146****80

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** **(nur freitags)** **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.044.016 (+21.693), davon 79.088 (+342) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 153/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 14.058.329 (16,9 %), mit 2 Impfungen 5.186.135 (6,2 %) ▪ deutliche Zunahme ○ DIVI-Intensivregister: 4.688 Fälle in Behandlung (+26) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg in allen BL sichtbar, bes. ausgeprägt in BY, SN, TH ○ 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) ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Rückgang nur in Altersgruppen 0-9 ▪ Zunahme in Altersgruppen 10-79 ▪ am stärksten betroffen: Altersgruppen 15-49 ○ 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 ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppe ▪ Zahlen deutlich unter denen der 2. Welle ▪ Unsicherheit: Rückgang nach MW12 wahrscheinlich Artefakt, Nachübermittlungen zu erwarten	FG32 (M. Diercke)

	○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Plateau um 1.000 Sterbefälle wöchentlich seit Sterbewoche 10/11 ○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Anteil an allen übermittelten Fällen weiterhin gering, um 67 % ▪ Unsicherheit: Informationen wahrscheinlich nicht vollständig	Abt. 3 (Janna Seifried)
	-- 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; 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	FG 37 (Tim Eckmanns)
	! **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)	FG36 (Silke Buda)

	▪ 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	MF (Martina Fischer)
	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 014 durch „fehlenden" Ostermontag deutlich zurückgegangen, in übrigen Altersgruppen stabil ○ deutliche Zunahme des Positivenanteils in allen Altersgruppen, bes. ausgeprägt in Altersgruppe 514 ○ 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 17 (Ralf Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier)	

- GrippeWeb (Folie 2): ARE-Rate von KW13 zu KW14 insgesamt stabil, bei Kindern weiter rückläufig, in Altersgruppen 35+ geringfügig zunehmend
- Konsultationsinzidenz (Folie 3): bei Kindern rückläufig, insgesamt wenig verändert, Verschiebung der Altersverteilung
- 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: COVID19-Anteil an SARI-Fällen 60 %
  - COVID-SARI-ITS: Zunahme in Altersgruppen 35-59, 6079; entspricht Niveau der 2. Welle; medianes Alter stabil (68); COVID19-Anteil an SARI-ITS-Fällen 85 %

! **DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)** (Folien hier)

- starke Zunahme der COVID-ITS-Fälle in nahezu allen BL (+250 in letzter Woche), SH einziges BL mit Rückgang
- insgesamt leichte Abflachung im Anstiegsverhalten, noch nicht bewertbar
- Kinder in Intensivbehandlung: starke Zunahme (+27)
- Sterbefälle zunehmend
- in 8 BL > 20 % COVID19-Anteil an ITS-Betten; Zahl freier, betreibbarer Betten nimmt ab; 60 % der Intensivbereiche melden Einschränkungen im Betrieb
- freie ECMO-Kapazitäten abnehmend; 80 % der ECMO-Behandlungen entfallen auf COVID19-Patienten
- SPoCK-Prognosen nach Regionen: Anstieg der COVIDITS-Patientenzahlen prognostiziert für Ost, Süd, Süd-West, West; nur für Nord Abnahme prognostiziert

! **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier)

- Daten spiegeln bereits Berichtetes wider
- Einsendungen in den letzten zwei Wochen reduziert
- in KW14 139 Einsendungen, SARS-CoV2-Anteil 11,5 %
- Verschiebung bei den Einsendungen von jüngeren (04,

	515) zu älteren (35-60, 60+) Altersgruppen ○ Rhinoviren: insgesamt starker Rückgang, bei 60+ leichte Zunahme ○ humane Metapneumoviren: leichte Aktivität ○ Influenza: keine Nachweise ○ endemische Coronaviren: NL63 rückläufig, Knick durch Ostertage, leichte Aktivität bei 229E und OC43 ○ SARS-CoV2: starke Zunahme der Nachweise in Altersgruppen 35+, Kinder wenig auffällig ○ Doppelinfektion NL63/SARS-CoV2 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 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) *TODO: Daten in Sprechzettel aufnehmen (P1)*	BZgA (Heide Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Ronja Wenchel) P1 (Mirjam Jenny) Präs
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Hinweis auf Erlassbericht zu Genesenenzertifikat vom 13.04.21 (ID3336) **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	FG38 (Ute Rexroth)
7	**Dokumente** ! **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen** ○ AGI-Kritik an Empfehlung für frühere Fälle „die berufliche	FG38 (Ute Rexroth)

	Tätigkeit … mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall“ zu *„pausieren“* ○ kein Ansteckungsverdacht, damit keine Grundlage für Tätigkeitsverbot ○ 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** ○ 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)*	FG37 (Tim Eckmanns)
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Nicht besprochen	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Vorschlag für zwei Kernbotschaften (s. a. Kommunikation): ○ elektive Eingriffe aussetzen, Regelbetrieb einschränken, bestenfalls in allen (auch privaten) KH, um Kapazitäten zu erhalten ○ 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: DIVI-Daten liegen in hoher Auflösung (regionale bzw. Standortebene) vor, könnten genutzt werden	IBBS (Christian Herzog)
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	

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
- Tanja Jung-Sendzik

!

! Abteilung 1 Leitungsbereich
- Annette Mankertz

!

! Abt. 2 Leitung
- Thomas Ziese

! FG14
- Mardjan Arvand

! FG17
- Dschin-Je Oh

! FG 32
- Michaela Diercke

! FG33
- Ole Wichmann

! FG34
- Matthias an der Heiden
- Andreas Hicketier
- Viviane Bremer

! FG36
- Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger

! FG37
- Tim Eckmanns

! FG 38
- Inessa Markus
- Meike Schöll

! IBBS
- Christian Herzog

! P1
- Esther-Maria Antao

! P4
- Susanne Gottwald

! Presse
- Jamela Seedat

! ZIG1
- Johanna Hanefeld

! ZBS 1
- Janine Michel

! BZgA
- Martin Dietrich

! FG11
- Sangeeta Banerji (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*	Michaela Diercke
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	ZIG (Johanna Hanefeld)

	! 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*	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** !	Schmich
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 Frau Harendt 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	Martin Dietrich Presse P1
6	**Neues aus dem BMG** !	BMG
7	**Strategie Fragen** ! **Allgemein** ! Kommunikation der Abbildung mit Projektion der Fallzahlentwicklung im Lagebericht? (Folien hier)	Alle Math.a.d.Heiden

	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'.*	
	! **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? ! 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 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 (Frau Jenny): Kommunikation (langfristig) über*	Lothar Wieler

	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*	Walter Haas
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 (Ole Wichmann)
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 • 1012 Proben o 443 (44%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7	ZBS1 FG17
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 (Meike Schöll)
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! /	FG38
16	**Wichtige Termine** ! Nächste Sitzung: Montag, 19.04.2021, 13:00	Alle

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - Luisa Denkel
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG21
  - Patrick Schmich
- FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - .Judith Koch
- FG 34
  - Viviane Bremer
- FG35
  - Anna Rohde
- FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Muna Abu Sin
- FG38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- IBBS
  - Bettina Ruehe
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- BMG
  - Christophe Bayer
- P1
  - Mirjam Jenny
- P4
  - Susanne Gottwald
  - Dirk Brockmann
- ZBS1
  - Janine Michel
- BZgA
  - Oliver Ommen
- MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
-

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ Fälle, Ausbreitung ○ *Entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) ! Überblick Kennzahlen ○ SurvNet übermittelt: 3.153.699 Fälle insgesamt (+11.437), davon 80.006 (+92) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 165/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 16.428.425 (19,8 %), mit 2 Impfungen 5.517.282 (6,6 %) ○ DIVI-Intensivregister: 4.842 Fälle in Behandlung (+56) ! Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ○ Thüringen und Sachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt, Schleswig-Holstein einziges Bundesland weit unter dem Bundesdurchschnitt ○ 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 ○ Gleicht sich bundesweit insgesamt weiter an ○ LK-Anzahl mit 7TI > 100 weiter steigend ○ Lediglich noch 51 LK mit 7TI < 100 ○ 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) ○ Hotspots u.a. LKs Sonneberg, Greiz, Saale-Orla-Kreis ! COVID-19-Inzidenz nach Meldewoche und Altersgruppe ○ Datensatz zur Darstellung für KW 15 noch nicht vollständig ○ 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 ○ Anzahl der ITS-Fälle weiter steigend (derzeit 8.842) ! Diskussion: ○ Entwicklung der Fallzahlen: vorsichtige Äußerung anzuraten	ZIG1 FG32 (Diercke)

	○ 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*	FG36 (Buda)
	Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* (Folien hier) ! GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ○ Bei Kindern nach wie vor Einfluss Osterferien ersichtlich: Anstieg vor den Osterferien, nun Rücklauf zu verzeichnen ! COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ○ 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 ○ 135 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) ○ Nach Ostern im Median 3-4 Fälle pro Ausbruch, in den Wochen vor Ostern 5-6 ○ 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 % ○ Insgesamt 2.505 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (≥ 2 Fälle) übermittelt ○ 2.071 (8 3 %) Ausbrüche mit Kinderbeteiligung (<15J.), 44 % (6.694/15.112) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 434 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ! Ausbrüche in Schulen ○ 68 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) ○ Seit Ende Lockdown (KW 8) ist die Mehrheit der Ausbruchsfälle 6-10 Jahre alt (45 %), AG 11-14 (13 %), 15-20 (19 %), 21+ (23 %) ○ Während der 2. Welle hatte die AG der Kinder und Jugendlichen jeweils einen Anteil von ca. 24-26 % ○ Insgesamt wurden 1.953 Ausbrüche in Schulen übermittelt (≥ 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) ○ 1.817 (93 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 28 % (6-10J.), 22 % (11-14J.), 28 % (15-20J.), 22 % (21+) ○ 136 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter ! **Modellierungen** *(nur montags)* (Modellierung hier https://observablehq.com/d/0281827223f4b268) ○ Analyse zu privaten Mobilitätsanteilen (Fokus: Wochenende, hier jeweils Sonntage dargestellt)	P4 (Brockmann)

	○ Auflösung: Stunden-Fenster und nach Landkreisen bzw. hier dargestellt Hamburg und Berlin ○ Referenzzeiträume: 1. – 16. KW 2019 (schwarz) und 2020 (blau) zu 2021 (rot) ○ 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 ○ 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: ○ Bevölkerung scheint sich unabhängig der jeweilig aktuellen Empfehlungen eigenverantwortlich einzuschränken ○ Hier gesamte Mobilität dargestellt, nächtliche Ausgangssperre wirkt sich nur auf kleinen Anteil der Mobilität aus (auf ca. 1/10) ○ 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 ○ Bis Mittwoch weitere Datenanalyse auch hinsichtlich ländlicher Bereiche und Kleinstädten wie bspw. Tübingen (auch hier interessant, da kein Lockdown *per se*)	

	○ 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 ○ 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 Herr Schmich 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	FG21 (Schmich)

	! Gesundheitsämter: Anbindung hinsichtlich Funktionalität zu Testergebnissen derzeit in Diskussion 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 Herrn Mielke und Herrn Brockmann*	FG32 (Diercke)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Aktuelles Dokument hier *To Do1: Die im Ordner abgelegte Datei wird von Frau Rexroth an den Krisenstab zirkuliert* *To Do2: Besprechung hierzu ist für Mittwoch, den 21.04. geplant, dann im zweiwöchigen Turnus*	Alle
5	**Kommunikation** ! Kleine Anfrage der Grünen zur Kommunikationsstrategie der Bundesregierung: Frau Jenny hat Anfrage beantwortet, leitet ! Kommunikation von Schnelltesten: Hinweisliste und Erklärgrafik zu falschen Testergebnissen sowie zur Relevanz von regelmäßigem Testen in Vorbereitung durch P1 ! Positivenanteil (siehe letzte BPK): ○ Hat beim HZI Fragen aufgeworfen, wurde auch von ZDF heute aufgegriffen ○ 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 ○ Hinweis 1: bei der BPK keine grafische Darstellung möglich, diese sollte anderweitig eingebettet und prominent dargestellt werden (bspw. Lagebericht, Twitter) ○ Hinweis 2: Surveillance-Daten sollten berücksichtigt werden, da diese Altersgruppen-spezifisch aufgeschlüsselt sind (ältere AG höhere Positivenrate	BZgA (Ommen) Presse (Wenchel) P1 (Jenny)

	als Kinder) ○ Hinweis 3: ARS-Daten geben differenzierte Hinweise auf altersstratifizierte Anzahl an durchgeführten Testungen und~~eine Assoziation zwischen~~ Positivenanteil ○ ~~und~~ ITS Bettenbelegung, ~~auch~~ Inzidenz und Fallzahlen korrelieren ○ 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: ○ Muss erneut klargestellt werden, da aktuell geäußerte Bestrebungen, die Gesamtbevölkerung durchzutesten wenig sinnvoll erscheint ○ 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** a) **Allgemein** ! Nicht besprochen b) **RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
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 (Wolff) ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** ! 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 Komorbiditäten; keine generelle Therapieempfehlung für COVID-19 Antikoagulantien: ! Im ambulanten Setting schwerpunktmäßig bei Patienten mit Risikofaktoren empfohlen Nachtrag Frau Ruehe: ! 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. ~~**Klinisches Management/Entlassungsmanagement *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)***~~	IBBS (Rueühe)

	~~Inhalative Corticosteroide (Budesonid):~~ ! ~~Wurde in Öffentlichkeit als Gamechanger bezeichnet, die zwei zugrundeliegenden Studien (STOIC und PRINCIPLE) sind jedoch nicht ausreichend zur abschließenden Einschätzung (objektivierbare Endpunkte, Placebokontrollen, Kohorten nicht vorhanden oder ausreichend)~~ ! ~~Budesonid-Inhalation ist individuelle Therapieentscheidung und v.a. bei vorbestehender Lungenerkrankung relevant, keine generelle Therapieempfehlung~~ ! ~~STAKOB und COVRIIN finalisieren Stellungnahme, wird morgen online gestellt~~ ~~Antikoagulantien:~~ ! ~~In Routine/Ambulanz bislang nur bei (Hoch)Risikopatienten zu empfehlen, umfangreiche Empfehlungen bereits dazu auf Website vorhanden~~ ~~Nachtrag Frau Rühe:~~ ! ~~Therapieübersicht der FG COVRIIN, die auch die Antikoagulation im ambulanten Bereich mit abdeckt: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile~~ ! ~~Es folgt noch eine separate Stellungnahme 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 (Brunke)
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 ! Frau Diercke bereitet einen Vorschlag für Herrn Rottmann 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: ○ Ist bereits heute Vormittag erfolgt, wird ein weiteres Mal stattfinden (kein fortlaufendes JF)	FG32 (Diercke) FG36 (Kröger) ZIG1 (Denkel)

	○ Eine Klärung hinsichtlich eines möglichst minimalinvasiven Vorgehens ist wünschenswert ○ BMG-Bedarf hierbei: Übersicht, Sprachfähigkeit auch ggü. Medien, Vorschlag von Frau Kerber (Virologin) hierzu: umfassende Tabelle zu VOCs, die laufend ergänzt bzw. aktualisiert wird	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** ! 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 Frau Jenny zirkuliert	Alle
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.04.2021, 11:00	

Ende 14:25

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
  - Janna Seifried
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.188.192 (+24.884), davon 80.634 (+331) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 160/100.000 Einw. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ▪ Kein weiterer Anstieg, ähnlicher Trend in den meisten BL ○ 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 ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ In allen Altersgruppen Anstieg von KW 14 zu KW 15 ▪ deutlicher Anstieg bei 5-14 und 15-34 Jährigen ○ Hospitalisierte ▪ Von Woche 12 zu 13 kein weiterer Anstieg, kein Ostereffekt zu vermuten ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Kein weiterer Rückgang von Todesfällen, eher Plateau ○ 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) ○ 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	FG32 (Michaela Diercke) Abt.3 (Hamouda, Seifried)

	Positivenquote flacht ab. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert ○ 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 Mehrfachtestungen 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, denen ein Antigentest vorangeht? Nur diese 3 Linien sollen dargestellt werden. *ToDo: Überarbeitung der Grafik, FF Fr. Seifried, Fr. Jenny*	FG37 (Abu Sin)
	○ Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW15 Anteil der VOC über 90%, davon entfällt der mit Abstand größte Anteil auf B.1.1.7 (89,9%) ○ 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	FG36 (Buda)
	ARS-Daten (Folien hier) ○ 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. ○ 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. ○ Anzahl Testungen in verschiedenen Organisationseinheiten ▪ Effekt Osterzeit in Arztpraxen sichtbar, Testungen steigen wieder an. ▪ In KH keine sehr großen Veränderungen. ○ B.1.1.7 (Typisierungs-PCR) ▪ 17 Labore übermitteln Daten hierzu. ▪ Anteil B.1.1.7 von allen Proben, die typisiert wurden, über 90%. ○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Weiterhin werden pro Woche ca. 50 Ausbrüche aus Alten- und Pflegeheimen und ca. 100 nosokomiale Ausbrüche übermittelt.	FG17 (Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ 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. ○ ARE-Konsultationen ▪ Osterknick beendet, Zahl der Arztbesuche ist wieder angestiegen. ▪ In KW 15 ca. 557.000 Arztbesuche wegen akuter Atemwegserkrankungen. ○ 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. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle	MF4 (Fischer)

	▪ 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. ○ 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.	Mielke
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier)	Alle
	○ KW15: 137 Einsendungen; ca. 150 Einsendungen pro Woche in letzten 3 Wochen ○ SARS-CoV-2: 6,9%, B.1.1.7 seit 2 Wochen 100%. ○ Rhinovirusaktivität ist über Osterzeit stark eingebrochen. ○ Parainfluenzavirus: ca. 2% ○ SARS-CoV-2 ist zurückgegangen, endemische Coronaviren bei Kleinkindern nehmen zu. ○ Gestern 1. positiver Influenzavirusnachweis, wird noch sequenziert. ○ Altersverteilung bei Probeneingängen hat sich zugunsten der 0-4 Jährigen verschoben. Bei 35-60 Jährigen ging die Probenanzahl zurück.	Fischer
	○ Rhinovirusaktivität steigt in höheren Altersgruppen. ○ Endemische saisonale Coronaviren: nach wie vor starke Aktivität von NL63 und OC43.	Herzog
	○ Altersverteilung bei NL63: Nachweisrate am höchsten bei 0-4 und >60 Jährigen. ○ SARS-CoV-2: Nachweisrate bei Kindern im Sentinel nicht sehr hoch. Vermutlich wegen geringer Symptomatik, die keinen Arztbesuch erforderlich macht.	Buda
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) ○ 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.

- 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.
- Behandlungskapazitäten
  - Geschehen verteilt über ganz Deutschland.
  - In 9 BL Anteil von COVID-19-Patienten an ITS-Betten über 20%.
  - Freie Kapazitäten nehmen ab, 60% melden Einschränkungen im Betrieb.
- Beatmungskapazität
  - Über 85% der Behandelten benötigen eine Beatmung.
  - Schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen zu und freie ECMO Kapazitäten ab.
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
  - Prognose eines milden Anstiegs

! Wo bilden sich die in Zusammenhang mit Reisen durchgeführten Tests ab?

- 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.
- Fr. Seifried ist in Kontakt mit Firma, die Daten aus Testzentren ermitteln will.

	! Wird eine leichte Entspannung gesehen? ○ Testungen noch nicht wieder auf Niveau der Vorwochen, kann nächste Woche besser beurteilt werden. ○ Selbsttests gehen nicht in die Betrachtung mit ein, spiegelt sich in Meldezahlen nicht wieder. ○ 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. ○ Stagnation, noch keine Entspannung, aber auch kein weiterer Anstieg. Fallzunahme scheint sich abzuschwächen. ○ Es werden Anfragen zur Einschätzung der Lage kommen, RKI sollte sich zum aktuellen Geschehen äußern ohne Hypothesen zu den Gründen zu formulieren. ○ 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. ○ 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. ○ ICOSARI: Nicht mehr so viele stationäre Aufnahmen, aber Niveau nach wie vor unbefriedigend hoch.	
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) ○ Überarbeitungen der Punkte Allgemein, Ziel, Übertragbarkeit, Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems, Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie. ○ Unter anderem wird beim Ziel, der Schutz vor schweren Krankheitsverläufen nicht nur bei Risikogruppen ergänzt. ○ Die Beschleunigung des Anstiegs wird rausgenommen. ○ Es wird auf die Problematik der Übertragung durch Aerosole in schlecht belüfteten Räumen und das regelmäßige intensive Lüften hingewiesen. ○ Die Entwicklung antiviraler Medikamente wird bei Maßnahmen und Strategie rausgenommen. ○ 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? ○ Richtung Fachöffentlichkeit kommuniziert STAKOB. Es gibt hierzu ein Überblicksdokument mit Änderungshistorie auf der Webseite. ○ Aufbereitung für Laien durch RKI nicht sinnvoll. ○ Fragen zur Therapie gehören nicht zum Zuständigkeitsbereich des RKI, ist Aufgabe der Fachgesellschaften. ○ 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? ○ Datenlage ist noch nicht optimal. Was da ist, sollte	BZgA Presse P1 (Antao) Ebrahimzadeh-Wetter

	dargestellt werden. *ToDo: FAQ zu Spätfolgen, FF Fr. Jenny* ! 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 Gesundheitsversorgungssystem vorstellig werden. 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.*	
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.	FG38 (Rexroth) / Alle

	○ Innerhalb der Quarantäne negativ getestete Personen erhalten keine Freiheiten. 3. Verlängerung Isolation auf 21 Tage (mit Möglichkeit der Freitestung) ○ 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. ○ Empfehlung an sich ist konsistent, da in diesem Fall die Quarantäne verlängert werden würde. ○ 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**	
7	**Dokumente** ! Diskussion Eckpunktepapier ○ Nur kurze Vorstellung, da am Eckpunktepapier parallel zur Krisenstabsitzung gearbeitet wird (FF Hr. Mehlitz). ○ Inhalt: Bund kann Ausnahmen von verpflichteten Maßnahmen für Geimpfte, Genesene und Getestete definieren. ○ 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. ○ Der Nutzen ist nicht bewiesen, die Unbedenklichkeit nicht belegt. ○ Living Guard Masken und andere Produkte werden intensiv beworben. Mechanismus: Metallfäden/ Imprägnierung mit Bioziden/ photoaktive Substanzen ○ Fällt in Zuständigkeit des BfArM. *ToDo: FAQ wird auf unseren Seiten verlinkt Fr. Brunke macht Vorschlag ~~für FAQ~~und kontaktiert die Pressestelle.*	FG14 (Brunke)

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	

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - Anna Rohde
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Janine Michel
  - Michaela Niebank
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Franziska Badenschier (Protokoll)
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)*	ZIG1 (Denkel)
	Folien hier Weltweit: Datenstand 22.04.2021, WHO: 143.445.675 Fälle (+14,5% im Vgl. zur Vorwoche) 3.051.736 Todesfälle (2,1%) 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 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." Virusvarianten WHO Epidemiological Update 20.04.2021: 3 VOC, 6 VOI, 19 VUI, aber B.1.617 noch nicht erwähnt. Einschätzung: WHO hinkt hinterher. 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%) 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**)	FG32 (Diercke)
	National	
	Folien hier	
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend SurvNet übermittelt: 27.543 Fälle (+7500), 81.158 Todesfälle	

	(+265) 7-Tage-Inzidenz: weiterhin um 160/100.000 Einw. 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. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe Fälle: stabil 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)* (nicht berichtet) **ARS-Daten** (nicht berichtet) **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** (nur mittwochs) (nicht berichtet) **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (nicht berichtet)	
2	**Internationales** *(nur freitags)* **Montenegro-Mission** Zusammen mit Abt. 3 Team zT. zurück, z.T. auf Rückreise **Moldawien-Mission** Mission mit Schnell Einsetzbarer Expertengruppe Gesundheit (SEEG, GIZ) Evt. auch mit EMT	ZIG (Hanefeld)

	Politische Unklarheiten: Mission von Präsidentin angefragt, von Gesundheitsministerium aber nicht – wird geklärt. **Namibia-Mission** in Vorbereitung Fokus: Aufbau von Testkapazitäten **Austausch zu NPI und Kontaktnachverfolgung bei steigender Impfquote** Dank an Abt. 3 und Abt. 1 Gesprächsnotiz geht an nCoV-Lage und gibt es auf Anfrage **Austausch zu Auswirkungen der Pandemie und Pandemie-Maßnahmen auf Ungleichheiten** mit WHO Department Social Determinants of Health Dank an Abt. 2 **Einreisen und 3 Formen der Risikogebiete** DEU macht es schwieriger als viele europäische Nachbarn 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** Aktuell keine Diskussion bzw. Änderung nötig	Abt. 3 (Hamouda)
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten: Aktuell/ neu: „Bundesnotbremse“ – Änderung IfSchG: neuen gesetzlichen Regelungen gehen heute auf Website, evt. nächste Woche Twitter Weiterhin: Standardaufklärung AHA+L-Regeln, Impfen Gemeinsamer Steuerungskreis noch mehr Testimonials, z.B. Günther Jauch neben Plakaten in Stadt sollen auch Anzeigen in Medien geschaltet werden Neue Broschüren sollen in Apotheken ausgelegt werden, gemeinsam erstellt von BZgA und BMG, in Zusammenarbeit mit Eckart von Hirschhausen Frage Hamouda: Kampagne von Schauspielern (Anm.: #allesdichtmachen) – Gibt es Überlegungen, ob man was dagegensetzen will? BZgA: unklar RKI: Steuerungskreis tauscht sich 3x/Woche, wird für heute	BZgA (Ommen) FG33 (Wichmann)

	Nachmittag besprochen **Presse** Landkreise-Liste wird nun auch am Wochenende aktualisiert, nicht mehr nur werktäglich 3 Publikation im EpidBull demnächst: DIM Impfquoten-Monitoring Priorisierung von zu Impfenden in Ambulanzen Ansteckungsfähigkeit nach Impfungen **P1** (nicht berichtet)	Presse (Seedat) P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** **Strategiepapier zu Öffnungen für BMG** Kein Neuaufschlag nötig, insb. da im ControlCOVID-Strategiepapier versch. Indikatoren und Grenzwerte vorgeschlagen 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. 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 Anfrage an FG33 läuft Ausführlichere Diskussion heute Nachmittag Diskussion: ControlCOVID-Papier: „Das ¿ bergeordnete 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 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	Schaade / FG36 (Buda) / Alle

	anschauen, ob Aspekte für DEU relevant sind 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** Folien hier Zweck: Definitionen für Amtsgebrauch, als Legaldefinition Hinweis vorab: Diese Definitionen sind zu unterscheiden von Definitionen fürs Kontaktpersonen-Management. Detaillierte Diskussion zu Definitionen im Wortlaut, Implikationen einzelner Wörter Ergebnis siehe Folien 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 Wichmann: elektronischer Impfnachweis (s.u.) 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. 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. Bitte Wieler: Tabelle, wenn möglich. Bitte Schaade: Wording möglichst an bereits genutzten Formulierungen orientieren, z.B. aus EpidBull. 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; Pro RKI-Webpage: Änderungen der Definition können vom RKI beeinflusst werden. Entscheidung: Auf RKI-Seite, mit Disclaimer, ggf. als Tabelle. *To Do: Presse schlägt geeignete Seite auf RKI-Webpage vor.* **RKI-intern** (nicht berichtet)	Abt. 3 (Hamouda, Rexroth)
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* **Elektronischer Impfnachweis** Diskussionen auf EU-Ebene; RKI nicht federführend, aber beratend Prüfzertifikat für Impfungen bzw. Immunschutz nötig Referenz-App wird gerade erstellt, soll open source werden, soll zum 15.05. fertig werden, aber IBM unterschätzt Komplexität Restaurants, Flughafen etc. brauchen Lesegerät **COVIMO-Studie: Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland** 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):** Auslieferung ca. 300.000 Dosen übers Wochenende, insg. ca. 10 Mio. Dosen bis Ende Q2/2021 in USA 6 Fälle von Hirnthrombosen, 3 davon mit Thrombozytopenie 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** war Thema bei AGI; geht insb. um Dauer der Isolierung Wenn Virus nachweisbar, dann als Fall zählen und behandeln, auch weil unklar, wie lange Shedding Wird am Dienstag in Abt 1 AG Diagnostik und in anderen Runden diskutiert	FG33 (Wichmann) Rexroth, Wichmann, Abu Sin, Oh
9	**Labordiagnostik** **FG17** 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**	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)

	In KW 16 bisher 763 Proben, davon 313 positiv auf SARS-CoV-2, 41,02% Großteil davon B.1.1.7 Besonderheiten bei Sequenzen entdeckt: Wildtyp, aber mit N501Y Mutation; B.1.1.7 ohne Deletion 69/70 1 Reinfektion bestätigt: bei Erstinfektion 11/2020 WT, jetzt 04/2021 B.1.1.7 mit zusätzlicher Mutation K417N	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Budenosid** 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) Pressekonferenz der DGP für nächste Woche geplant BfArM hat Surveillance eingerichtet: hat sehr schnelle Steigerung im Verbrauch festgestellt **Impfung von stationären Patienten** 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 (Niebank)
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; fragen, ob z.B. Kurzstreckenflüge weniger prioritär behandelt werden können, weil da Masken gar nicht abgenommen werden Personalie: Peter Tinnemann wird neuer Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main (Nachfolger von René Gottschalk) und damit auch zuständig für den Flughafen Frankfurt (FRA) ~~neue Leitung für LK Dahme-Spreewald, damit auch zuständig für Flughafen Berlin-Brandenburg~~	FG38 (Maria an der Heiden)
14	Hohe Belastung; weit entfernt von Deeskalation, insb. wegen weiterhin vielen Erlassen mit kurzen Fristen sowie zunehmenden Reisen Rufdienst durch Taskforce Ausbruchsgeschehen zunehmend	FG38 (Rexroth)

	belastet	
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mo., 26.04.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

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
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! P4 Leitung
  - Dirk Brockmann
  - Susanne Gottwald
- ! P1 Leitung
  - Mirjam Jenny
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG36
  - Udo Buchholz
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZGA : Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** ! National (Folien hier) ○ **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. ○ **Modellierungen** ! Kai Nagel hat durch agentenbasierte Simulation an synthetischer Population einen Beitrag von betrieblichen Kontakten zum R-Wert von ca. 0,4 modelliert. Dieses Ergebnis wird durch Herrn Brockmann 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 (S. Vygen-Bonnet, FG33). Anmerkung: Verlässliche Zahlen wahrscheinlich nur für Zeitraum bis Ende März 2021 verfügbar.*	Michaela Diercke Dirk Brockmann
2	**Internationales (nur freitags)** !	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** ! CWA ○ Eventregistrierung angelaufen und positive Berichterstattung ○ Kritik von Apple und Google hinsichtlich Datenschutzaspekte: Zustimmung der Datensammlung durch Nutzer eingebaut	Schmich

	○ Ereignisbezogene Befragung (EDUS): 20.000 haben teilgenommen ○ Weiternutzung der Schnittstelle zwischen CWA und EDUS wird durch BMG morgen entschieden ○ CWA und Anbindung zu DEMIS für Testzentren in Arbeit ○ DEA: Unstimmigkeit zwischen Bundesdruckerei und RKI wegen Datenschutzgrundverordnung. ○ Impfnachweis: App wird wahrscheinlich durch IBM entwickelt und RKI wird wahrscheinlich Datenhalter werden. Interne Zuständigkeit für diese Daten müssen noch geklärt werden. ○ Datenspende: Datenschutzhürde muss überwunden werden. Wissenschaftliche Kooperation mit Scripps USA	Dirk Brockmann
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 (Ronja Wenchel) P1 (Mirjam Jenny)
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? ○ In Abteilung 2 (Frau Scheid-Nave) finden bereits Aktivitäten (Fragebögen) und Gespräche mit IBBS und Abt. 3 statt. Erweiterung der Runde um P1 (Mirjam Jenny). ***To Do:*** *Long-COVID:* *Abt2, Federführung Frau Scheid-Nave 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 Frau Siffczyk.* 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 Thorsten Wolff*	
8	**Dokumente** ! BMG hat Papier zur Definition von Genesenen/Geimpften kommentiert zurückgeschickt (Dokument hier) **To Do (Ute Rexroth):** *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 B1.620: Weltweit 82 Sequenzen. Fälle in Zentralafrika, Littauen und	FG17

	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 (Buchholz) 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 (S. Haller), eventuell Daten aus Osnabrück Studie zu Altenheim Ausbrüchen unter geimpften (Michel)* ! 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	Bucholz 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	• Auch bei Schulausbrüchen sind Kinder stärker involviert als früher 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*	Silke Buda

	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 (Semmler, Kröger, Denkel, Wolff) ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.04.2021, 11:00	Alle

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
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Eugenia Romo Ventura
- ZIG2
  - Thurid Bahr
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Thomas Harder
- FG 34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG38
  - Maria an der Heiden
- IBBS
  - Christian Herzog
- Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- P1
  - Ines Lein
- P4
  - Susanne Gottwald
- BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
- MF4
  - Martina Fischer
-

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ Fälle, Ausbreitung **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) ! Überblick Kennzahlen ○ 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 ○ Impfmonitoring: Daten werden derzeit noch aktualisiert ○ DIVI-Intensivregister: 5.063 Fälle in Behandlung (-59) ! Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ○ 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 ○ Im bundesweiten Trend vorerst keine eindeutig rückläufige Entwicklung, jedoch kein Anstieg zu verzeichnen ○ 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 ○ 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) ○ Niveau etwa ähnlich zur Vorwoche, v.a. in den mittelalten Altersgruppen (AG) ○ In der AG 15-19 Anstieg im Vgl. zur Vorwoche ○ Heatmap gestern im Lagebericht veröffentlicht ! Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach AG (Stand 21.04.2021) ○ 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) ○ Tendenz im Vergleich zur Vorwoche eher steigend ! Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne	ZIG1 FG32 (Diercke)

	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 (Fischer)

	! DIVI-Intensivregister ○ Derzeit 5.045 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt ○ Intensivstationen füllen sich in einigen Bundesländern weiter, manche Länder zeigen erstes Plateau in COVID-ITS-Belegung ○ Hohe Dynamik an Zu- (rot) und Abgängen/Verlegungen (grün) ○ Differenz (türkis) zeigt langsam Stabilisierung, derzeit geringfügig im negativen Bereich ○ 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: ○ Über 85% der COVID-19 ITS Behandelten benötigen eine Beatmung ○ Die Belegungszahlen in der Beatmungsbehandlung haben die Auslastung der 2. Welle überschritten ○ Besonders schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen besorgniserregend zu (hier teils 4-fache Belegung im Vergleich zum September 2020) ! Einschätzung der Versorgungs-Verfügbarkeit: ○ Pandemie Höchstwerte: Zwischen 60-70 % der Intensivbereiche melden begrenzte Verfügbarkeit oder Auslastung in den Bereichen Low-High-Care und ECMO ○ 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: ○ 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. ○ In KW 16 ist ARE-Rate bei Kindern gestiegen und in den anderen AG gesunken ! ARE-Konsultationen bis zur 16. KW 2021: ○ Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken im Vergleich zur Vorwoche, starker Anstieg bei AG 0-4 ○ 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 (Buda)

	○ SARI-Fallzahlen insgesamt leicht gesunken ○ Rückgang in den AG 35-59 und 80+ ○ Alle anderen AG: weitestgehend stabil ○ AG 35 -59: weiterhin sehr hohes Niveau, wie in Grippewelle bzw. wie in 2. Welle ○ AG 15-34 und 60-79: weiterhin erhöhtes Niveau, gerade noch „jahreszeitlich üblich“, AG 80+ weniger ○ 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 ○ 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 ○ 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	FG17 (Dürrwald)
	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	AL3 (Hamouda)

	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* **Testzahlerfassung** (Folien hier) ! 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) ! 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	FG37 (Eckmanns)

	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.*	FG33 (Harder)
	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	Alle
	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), Frau Buda 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 Frau Buda und Herrn Eckmanns*	FG36 (Kröger)
	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 ! 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 Herr Eckmanns und Herr Kröger*	
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 (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel) P1 (Lein)
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 ! Frau Lein 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)* ! Nicht besprochen	FG33
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 (Herzog)
11	○ 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 ○ 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 ○ UK: Testrate (orange) sehr hoch (cave: noch höher, Skalierung primärer y-Achse angepasst) und Inzidenz abnehmend, Erfolg der Impfung ○ Indien: niedrigste Testrate, niedrige Impfrate ! Länder mit höherer Impfrate: Impfangebot für alle, auch jüngere AG; Länder mit niedriger Impfrate: eingeschränktes Impfangebot ! 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	ZIG (Bahr)

	Impfangebote sofern möglich ! Diskussion: ○ 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 ○ Cave beim Ländervergleich der Testraten: in Frankreich, Indien, UK sind sowohl AG- als auch PCR-Tests enthalten, bei Deutschland nur PCR-Tests ○ 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 ○ 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

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
  - Bettina Hanke
- Abt. 3
  - Janna Seifried
- FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Dschin-Je Oh
- FG 32/38
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
- FG36
  - Silke Buda
- P1
  - Ines Lein
- Presse
  - Ronja Wenchel
- IBBS
  - Michaela Niebank

TOP	Beitrag/Thema **<u>Sondersitzung zur Abstimmung von Aufträgen des BMG/Verfassungsgerichts</u>**	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)** !	Schmich
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** ! **<u>Ausnahmeverordnung</u>** (Dokument hier) Abstimmung der Begriffe ‚asymptomatische Person', ‚geimpfte Person', ‚Impfnachweis', ‚genesene Person', ‚Genesenennachweis', ‚Getestete Person', ‚Testnachweis' **ToDo (Ole Wichmann)**: *Anpassung der STIKO Empfehlung:* 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*	Ute Rexroth

	Hinweis, dass Impfung auch vor Ablauf der 6 Monate erfolgen kann, z.B. nach 4-6 Monaten	
	! **<u>Email von Frau Wessel</u>** (BMG) zur gebündelten Darstellung der zugelassenen Impfstoffe und den Impfschemata auf RKI Seite zwecks Verweises in Verordnungen **ToDo:** a) *(Ute Rexroth)* *Rückmeldung an Frau Wessel, 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) *(Ronja Wenchel) Existierende FAQ Seite zum Impfschema mit betreffender Seite direkt verlinken: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Impfschema.html* c) *Ole Wichmann* *Frist zur Entwicklung der ImpfApp von Mitte auf Ende Mai schieben lassen, da Verordnung erst da in Kraft tritt*	Ute Rexroth
	! **<u>Einreiseverordnung</u>** **ToDo (Frau Hanefeld, Frau an der Heiden, Frau Rexroth):** a) *Da teilweise gleiche Begriffsdefinitionen wie bei der Ausnahmeverordnung vorkommen, zunächst in Rücksprache mit Herrn Sangs (BMG) eine Einigung zu diesen Begriffen erzielen, bevor weitere Begriffe der Einreiseverordnung abgestimmt werden.* b) *telefonische Abklärung mit Herrn Sangs, welche Zuarbeit genau gewünscht wird.*	Ute Rexroth
	! **<u>Erlass von Frau Reitberger</u>** (BMG) zur Beantwortung bis heute, 16 Uhr: Warum hat Deutschland kein „Coronavirus Infection Survey“ wie das Vereinigte Königreich? Silke Buda hat bereits die Rückmeldung an Frau Reitberger gegeben, dass das RKI Daten aus verschiedenen Surveillance Programmen veröffentlicht (z.B. ARS), denen die gewünschten Informationen zu entnehmen sind. Diese Information war nicht ausreichend, es wird eine ausgearbeitete Redevorlage (mit Bulletpoints) gewünscht.	Silke Buda

	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 Herrn Buchholz oder Frau Schilling mit Zuarbeit von Herrn an der Heiden, 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 (M. Diercke??)*	
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

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.05.2021, 13-15:30 Uhr*
Sitzungsort:	Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Tanja Jung-Sendzik
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- Leitungsstab L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
  - Bettina Hanke
- P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- P4
  - Dirk Brockmann
  - Benjamin Maier
  - Susanne Gottwald
- FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- FG13
  - Jennifer Bender
- FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG 32/38/PAE
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
  - Claudia Siffczyk
  - Emily Meyer
  - Mirco Sandfort
- FG 33
  - Wiebke Hellenbrand
- FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Udo Buchholz
- FG37
  - Tim Eckmanns
- IBBS
  - Bettina Ruehe
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZIG/ INIG
  - Anna Rohde
  - Regina Singer
- BZGA

- Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** ! International ○ Fälle, Ausbreitung ! National (Folien hier) ○ Fallzahlen/Todesfälle 7d-Inzidenz bei 147.000/100.000EW 28% geimpft, 8% zweifach Verlauf: Rückgang in allen BL, Saarland noch auf Plateau, möglichweise aufgrund technischer Probleme Geografische Verteilung: nur 13 LK<50, 100 LK<100 Altersgruppen: in allen Altersgruppen ist ein Rückgang der Inzidenz zu beobachten ○ Modellierungen *(nur montags)* 1. Berechnung des Einflusses der Notbremse auf die Mobilität (hier) Fazit: Kein ausgeprägter Effekt, Verschiebung der Mobilität zu 1h vor Ausgangssperre. 2. Zeitliche und geographische Visualisierung der Virusvarianten. Datengrundlage sind RKI interne Daten (https://observablehq.com/d/2e0851352785 7aa2) ***ToDo:*** *IMS-Gruppe (Kröger) soll sich die Visualisierungsdaten anschauen, ob sie verwendet werden sollen im Lagebericht oder in anderen Berichten*	Michaela Diercke Benjamin Maier Dirk Brockmann
2	**Internationales (nur freitags)** !	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** ! Verschoben auf Mittwoch	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! ***ToDo (Ute Rexroth):*** *Für Mittwoch, den 05.05.21 zur Sitzung vorbereiten, d.h. Anpassung an aktuelle epidemiologische Situation*	Alle
5	**Kommunikation** ! Dokumente in der Vorbereitung:	Oliver

	1.FAQ Long COVID 2. Bewegtbilddarstellung: Übertragungsrisiko in Innen- und Außenräumen 3. Infobroschüre „Zusammen sind wir stark“ für Familien 4. Kontakttagebuch 5. Bodenaufkleber für Kitas und Schulen 6. Impfen: „Wer darf wann was?“ Frage BzGA: Wie soll der Anstieg der Inzidenzen bei ü80 kommuniziert werden? Antwort: Anstieg ist leicht und transient und beruht wahrscheinlich auf Impflücken und Ausbrüchen **ToDo (Oliver Ommen):** *Bitte existierendes Papier zur Impfeffektivität bei Hochbetagten für das Dokument zu Impfprivilegien berücksichtigen* (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile)	Ommen
	! Kurzlink zur Inzidenz führt aktuell sowohl auf die eingefrorenen Werte als auch zu den korrigierten Werten. So belassen? **ToDo (Diercke/Wenchel):** *Da Link in der Gesetzgebung angegeben, soll dieser nur zu eingefrorenen Werten führen. Extra Link für korrigierte Inzidenzen*	Ronja Wenchel
	! FAQ zu Long COVID (Dokument hier) ! Federführung Abt.2 mit P1, Abstimmung mit BzgA mit deren FAQ zum gleichen Thema Behandelte Fragestellungen: Definition, Symptomatik, Dauer, Häufigkeit, Vorbeugung, betroffene Altersgruppen ***ToDO (P1)**: Einbeziehung von PIMS abklären, einheitliche Begrifflichkeiten bzw. Unterscheidung von Long COVID (ab 12. Woche) und Post-COVID (ab 4. Woche bis 12. Woche) berücksichtigen (gemäß NICE Guidlines)*	Mirjam Jenny
	! Kommunikation des Abwärtstrends der Inzidenzen im Lagebericht Diskussion der möglichen Ursachen: 1. Zunahme der Kontakte geringer als erwartet (ca. 5% nach Modellierung Wichmann) 2. Saisonale Effekte 3. Impfung **ToDO (Diercke):** *Abwärtstrend im Lagebericht nur beschreiben, aber nicht auf mögliche Ursachen eingehen. Ursachen nur bei Nachfrage benennen, da nicht genau bekannt.*	Michaela Diercke
6	**Neues aus dem BMG** !	BMG
7	**Strategie Fragen**	

	a) **Allgemein** ! Diskussion: SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties, Lancet, 2021-04-28 (hier) Meinungsbild des Krisenstabs dazu? Ist Eradikation sinnvoll und realistisch? Diskussion zeigt, dass dem RKI die Datengrundlage fehlt, um eine evidenzbasierte Meinung zu diesem Thema zu vertreten. Die Mehrheit spricht sich dafür aus, diese Diskussion mit zu gestalten, aber nicht als Meinungsführer zu fungieren. Angedacht ist eine Konferenz im Rahmen von IANPHI (Europe) mit RKI als Organisator. ! b) **RKI-intern**	Lars Schaade
8	! VOC Bericht (hier) Bisher wurde der VOC Anteil im Bezug zu allen Meldefällen berechnet. Da nicht alle Meldefälle auf Varianten überprüft werden und somit VOC Anteil unterschätzt wird, soll zukünftig VOC Anteil nur in Bezug zu Meldefällen mit VOC Info gesetzt werden. **ToDo (Kröger)**: *Lagebericht soll zukünftig VOC Anteil mit neuem Nenner enthalten, ggf. neben Anteil auch Anzahl der VOC mit aufführen* ! Anlassbezogene Sequenzierung in der CorSurV (hier) Bisher nur labordiagnostischer Anlass, Neu: Epidemiologischer Anlass (Veranlassung durch GA) Dokument wurde in der IMS Gruppe zirkuliert. Krisenstab gibt o.k. **ToDO (Kröger):** *Nomenklatur (z.B. MOC) mit internationaler Nomenklatur abgleichen* ! Anfrage Kanzlerin Ist Inzidenz von Bedeutung bei Infektiosität von Geimpften? **ToDO (FG33, P1, Herr an der Heiden und Herr Maier):** *Qualitative und quantitative Beantwortung unter Berücksichtigung von Modellierungen: Individuelles Transmissionsrisiko eines Geimpften + Expositionsrisiko* **Deadline: 4.5.21, 12 Uhr**	Bettina Hanke Stefan Kröger Stefan Kröger Lars

		Schaade
9	**Update Impfen (nur freitags)** !	FG33
10	**Labordiagnostik** ! **AGI Sentinel:** Kein Update ! **Vorschlag für ein Prozedere zur Benennung einer SARS-CoV-2 Variant of Concern (VOC) in Deutschland (Dokument hier)** **ToDo (Wolff)** 1- *Virusvariantengebiete berücksichtigen* 2- *Experte aus dem Ausland (z.B. Allerberger) in den externen VOC Beirat einberufen* 3- *finales Dokument vor dem Umsetzten im Krisenstab vorstellen* ! **1281 Proben, davon 455 (35%) positiv, 90% B1.1.7, 5 Sequenzen der indischen Variante**	Thorsten Wolff Bettina Ruehe
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Anpassungsbedarf der aktuellen Entlasskriterien: Ist ein Abschlusstest bei ambulanten Patienten nach Ablauf der 14 d Isolierung weiterhin erforderlich? Aktuelles Papier zu Entlass Kriterien aus der Isolierung soll im Hinblick auf VOC so beibehalten werden, da keine Veränderung beim Schwellenwert oder Anzuchtverhalten. Verlängerte Ausscheidung wurde bereits durch Verlängerung der Isolierung auf 14d und abschließende Testung berücksichtigt. Krisenstab stimmt Beibehaltung des Dokuments zu, auch Abschlusstest beibehalten	IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Vorstellung Konzeptpapier zum Ausbruchsmanagement: Vertagt! **ToDo (Siffczyk):** *Vorstellung des Papiers (hier) am Freitag!* ! Berichts Ausbruchsteam Osnabrück (hier) Fazit aus Abschlussfolie: o Hohe Impfeffektivität bezüglich -Symptomatik (68% Schutz) -Hospitalisierung und Tod (88% Schutz) o Hinweise, dass Impfung Infektiosität beeinflusst -Abfallende Viruslast bei Erstdiagnose bei Geimpften mit steigendem Abstand zur zweiten Impfdosis o Impfung reduziert Transmission um 66% -Transmission durch Geimpfte kann nicht ausgeschlossen werden! o Niedrige Sensitivität von Antigentesten in der präsymptomatischen Phase Hinweis vom Krisenstab: Daten lassen o.g. Aussage zur Viruslast im Hinblick zum Impfabstand nur eingeschränkt zu.	Claudia Siffczyk Emily Meyer
13	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** Anstieg akute respiratorische Symptome bei 0-5 und 6-10 J Meldezahlen sind in allen Altersgruppen rückläufig Kitaausbrüche: 140/ Woche, Anteil 0-5 J bei 46% Schulausbrüche: 110/ Woche, Anteil 6-10 J bei 44% Auffällige Häufung im LK Bauzen Info: in Hamburg ist 2/3 Kitapersonal geimpft Frage: Woher die sehr hohe Inzidenz bei Schulkindern? Liegt es an den eingeführten Schnelltests? Antwort: Anteil an Selbsttests bei den Meldedaten bei Kindern sehr gering, kann aber auch sein, das GA solche Tests nicht zählt. Positivrate bei ARE häufiger als bei Symptomlosen, korreliert also eher mit Anstieg an ARE	Walter Haas
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** !	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** !	FG38
16	**Wichtige Termine** • **Nächste Sitzung: Wochentag, 05.05.2021, 11:00**	Alle

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - ??
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Regina Singer
  - Anna Rohde
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.451.550 (+18.034), davon 83.876 (+285) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 133/100.000 Einw. ▪ Die Inzidenz bei 80+ Jährigen beträgt nur noch 52. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 23.852.426 (28,7%), mit 2 Impfungen 6.771.476 (8,1%) ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anzahl aktiver Fälle geht zurück, Gesamtinzidenz sinkt stetig. ▪ Ähnlicher Trend in allen BL. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Weiterhin einige LK mit sehr hohen Inzidenzen. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Geringste Inzidenz (<50) bei 80-84 Jährigen ▪ Höchste Inzidenz (217) weiterhin bei 15-19 Jährigen ▪ Bei 5-14 und 15-34 Jährigen deutlicher Rückgang der Inzidenz ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen ▪ 11. bis 15. Woche leichter Anstieg bei 35-39 und 60-79 Jährigen. ▪ Bei >80 jährigen geht die Zahl der hospitalisierten Fälle zurück. ▪ Daten müssen weiter beobachtet werden, da keine Aussagen über die letzten 2 Wochen gemacht werden können. ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Seit ca. 1 Monat ca. 1.000 Todesfälle pro Woche. ▪ Alter (Median und Mittelwert) der Verstorbenen weiterhin bei ca. 80 Jahren.	FG32 (Michaela Diercke)

	▪ Ein Promille der Bevölkerung zwischenzeitlich verstorben. ○ Anteil laborbestätigter Fälle mit und ohne Antigennachweis ▪ Anteil Fälle mit Antigennachweis weiterhin bei 7-8%. ▪ Bisher kein Effekt der steigenden Anzahl durchgeführter Antigentests in Meldezahlen zu sehen. ▪ Sind Altersangaben zu Fällen mit Antigennachweis verfügbar? ! Eher in höheren AG, bei Kindern ist der Anteil eher noch geringer. ! Positive Tests in Schulen in Meldedaten bisher nicht zu sehen. ▪ Gibt es Erfahrungsberichte aus den GA, ob pos. Antigentests aus Schulen erfasst werden? ! Rechtlich besteht Meldepflicht, auch wenn die Schüler die Tests selbst durchführen. Kinder werden von der Schule freigestellt und dem GA gemeldet. ! Information aus EpiLag vor ca. 1 Monat: wird nicht einheitlich gehandhabt; pos. Antigentests werden nicht immer miteingegeben. Bei Ressourcenengpässen ist das heute vermutlich nicht anders. ! Erschwert die Interpretation der Testzahlen.	Abt.3 (i.V. Rexroth) FG37 (Abu Sin)
	! Sollte analysiert werden, was auf der positiven Seite erreicht wurde, verglichen zu den Prognosen aus den anfänglichen Modellen? ○ Wäre ein interessanter Aspekt. ! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Testzahlen sind leicht zurückgegangen, Positivenanteil leicht gesunken. ○ Auslastung der Kapazitäten	

	▪ Kapazitäten nach wie vor vorhanden. ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Weiterhin sehr hoher Anteil von B.1.1.7 (92%) ▪ Tests auf VOC bei 52% aller übermittelten positiven PCR-Testungen ○ POCT in Einrichtungen ▪ Aus 358 Einrichtungen 728.197 POCT erfasst ▪ davon 0,16% positiv, ▪ davon 84,7% in PCR gegangen ▪ davon 55,1% als positiv bestätigt übermittelt. **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Leichter Rückgang der positiven Anteile, in KW 17 knapp über 10%. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Keine großen Änderungen ▪ Höchste Anzahl Tests bei >80 Jährigen, Positivenanteile gehen in dieser Altersgruppe wieder zurück. ○ Positivenanteil nach Altersgruppe in Bundesländern ▪ In BL mit guter Abdeckung (unterschiedliche Repräsentativität der BL in ARS) ▪ Anteil positiver Testungen ist bei 5-14 Jährigen am höchsten, außer in Berlin, was an der geringen Abdeckung im ambulanten Bereich in Berlin liegt. ○ Altersstratifizierte Auswertungen im stationären Bereich ▪ Auf Normalstation: In KW 9 kreuzt der Positivenanteil der >80 Jährigen die anderen Altersgruppen. ▪ Auf ITS kreuzt der Positivenanteil der >80 Jährigen etwas früher, in KW 7 die Positivenanteile der AG 35-59 und 60-79. ▪ Bei den 5-14 Jährigen ist ein Peak zu beobachten, man muss dabei das sehr kleine N beachten.	MF4 (Fischer)

	○ B.1.1.7 (Typisierungs-PCR) ▪ Keine große Veränderung, Anteil deutlich > 95% ▪ Dunkle Balken bezeichnen Testungen, bei denen keine weitere Typisierung stattgefunden hat. ▪ Aufgesplittet nach Arztpraxen, KH und Anderen: in den jeweiligen Bereichen wird ein Teil nicht typisiert. ▪ Vereinzelt auch Nachweise sonstiger VoC. ○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Relativ konstantes Bild in den letzten Wochen ▪ Pro Woche ca. 50 Ausbrüche bei Alten- und Pflegeheimen, im nosokomialen Setting knapp unter 100 Ausbrüchen.	FG36 (Tolksdorf)
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 4.850 Patienten, erster Rückgang bzw. Plateau ▪ Ca. 200 Pateinten weniger als letzte Woche ▪ Weiterhin hohe Dynamik an Zu-/Abgängen und Verlegungen ▪ Schweregrad: bei ca. 85% invasive Beatmung notwendig ▪ Rückgang betrifft im Moment eher die leichten Fälle. ○ Anteil der COVID-19 Patienten an der Zahl betreibbarer ITS-Betten nach Region ▪ Nord-West: eher Plateau ▪ Nord-Ost: leichte Reduktion des Anteils ▪ Mitte: großer Rückgang in Thüringen, in den anderen BL Plateau oder leichter Anstieg ▪ Süd: in BW weiterhin Anstieg, in Bayern Plateau ▪ Heterogenes Bild: leichter Rückgang, Plateau oder noch Anstieg ○ Aktuelle Altersverteilung auf ITS ▪ Daten erst seit letztem Donnerstag verfügbar.	FG17 (Dürrwald)

- Anteil der Intensivbereiche mit Altersangabe: 54%
- Von 77% der COVID-19 Patienten wurden Altersangaben übermittelt.
- Ca. 30% gehören zur Altersgruppe der 60-69 Jährigen, ein Drittel ist < 60 Jahre, der Rest >70 Jahre (hauptsächlich zwischen 70-79 Jahre).
- Unterschied zwischen Versorgungsgrad: In der Regel/Grundversorgung werden eher ältere AG behandelt.
- In den Unikliniken findet eine Verschiebung zu jüngeren AG statt.
- Noch ist keine Analyse einer zeitlichen Entwicklung möglich.

- COVID-19 Belegung und Belastung
  - Weiter Zunahme bei der ECMO Behandlungen, zwischenzeitlich mehr ECMO-Patienten als bei 2. Welle.
  - Freie ECMO Kapazitäten sinken.
  - Höchstwerte bei Nicht-Verfügbarkeit von High Care.
  - Sind Rückschlüsse auf Schwere möglich? Es werden vermehrt jüngere Pat behandelt, die eher eine ECMO Behandlung erhalten.
  - Sollte dieser Punkt in den Lagebericht? Das mediane Alter wäre sinnvoll. Altersangaben werden nur in Gruppen erfasst, kein genaues Alter verfügbar.
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten
  - Für Gesamtdeutschland wird ein Rückgang prognostiziert.
  - Nur für West und Süd-West wird noch ein leichter Anstieg prognostiziert.

! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- GrippeWeb
  - Rate akuter Atemwegserkrankungen auf niedrigem, stabilem Niveau.
  - ARE-Rate vor allem bei Kindern zurückgegangen, in

AG >35 leicht angestiegen auf sehr niedrigem Niveau.

- ARE-Konsultationen
  - Leicht zurückgegangen in allen Altersgruppen.
  - Unterschiedlich je nach BL: in BW in allen AG zurückgegangen, in Sachsen bei Kindern < 5 Jahre stark angestiegen.
- ICOSARI-KH-Surveillance
  - Leichter Anstieg der SARI-Fälle in KW 16:
    - ! Deutliche Anstiege in mittleren AG, vor allem bei 35-59 und 15-34 Jährigen.
    - ! Auch bei 60-79 Jährigen steigt die Rate leicht.
    - ! Bei 80 Jährigen liegt sie wieder auf Niveau der Vorjahre.
  - SARI-Fälle mit COVID-Diagnose:
    - ! Schwerpunkt bei 35-59 und 60-79 Jährigen.
    - ! Bei 35-59 Jährige auf höherem Niveau als in 2.Welle.
    - ! Kontinuierlicher leichter Anstieg bei 15-34 Jährigen.
  - COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung
    - ! Median seit KW 11 deutlich unter 70 Jahre.
    - ! Bei 35-59 Jährigen auf hohem Niveau und leichter Anstieg.
  - Anteil COVID an SARI-Fällen in letzten Wochen wieder angestiegen auf 71%.
  - Anteil COVID an SARI-Fällen in Intensivbehandlung seit einigen Wochen bei ca. 85%.

! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- KW 17: 139 Einsendungen
- In den letzten Wochen immer ca. 150 Proben pro Woche, aufgrund von Nacheinsendungen auch in KW 17 zu erwarten.

	○ SARS-CoV-2: leichter Anstieg ○ Rückgang der Rhinovirusnachweise, da sich das Altersverhältnis bei den Einsendungen zugunsten der älteren AG verschoben hat. ○ In 1 Probe konnte H1N1v identifiziert werden, Kontaktaufnahme mit GA erfolgte. Beide Influenzanachweise in dieser Saison waren Schweineinfluenzaviren. ○ Rückgang der Probeneinsendungen bei 0-4 Jährigen und Zunahmen bei 35-60 Jährigen. ○ SARS-CoV-2: kaum Nachweise bei Kindern ○ Bei saisonalen Coronaviren haben Kinder den größten Anteil. ○ NL63 Viren auf hohem Niveau, aber leichter Rückgang bei allen saisonalen Coronaviren. Ob es sich hier um die Wirkung der Schutzmaßnahmen oder um einen saisonal bedingten Abfall handelt, ist noch unklar. ! Werden alle Patienten auf ITS auf COVID getestet? ○ Nur Momentaufnahme, ob sie regelmäßig getestet werden, ist nicht bekannt. Testverhalten in Einrichtungen ist nicht bekannt. ! Gibt es auch andere pos. Patienten auf ITS, die keine Pneumonie haben? ○ ARS ist laborbasierte Surveillance ohne weitere klinische Angaben. Es gibt eine Zuordnung, wo der Test entnommen wurde, welches Alter, jedoch keine weiteren klinischen Angaben.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* ! Nicht besprochen	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! An die aktuelle epidemiologische Situation angepasste Risikobewertung wird im Nachgang an die Sitzung zirkuliert und schriftlich abgestimmt.	Alle

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Nichts Neues zu berichten **Presse** ! Themen für Bundespressekonferenz wurden identifiziert. ○ Hr. Schaade hat einen Sprechzettel erstellt, warum trotz steigender Impfquote weitere Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen, ausgehend vom R-Wert. Die Tatsache, dass der Anstieg gestoppt ist, soll nicht missverstanden werden. ○ Hr. Wieler wird an der BPK teilnehmen. ○ Wird auch mitberücksichtigt, dass die ITS-Belastung zurzeit auf Höchstwerten ist? *ToDo: Fr. Fischer schickt einen Satz hierzu an die Pressestelle.* ! Veröffentlichung Indikatorbericht: ○ Wunsch der Leitung nach Veröffentlichung ○ Wird mit den BL geteilt. BL waren hinsichtlich einiger Indikatoren sensibel. ○ Wäre als Wochenbericht passender, da es sonst aufgrund von unterschiedlichen Berichtstagen zu widersprüchlichen Angaben im Vergleich zum Lagebericht kommen würde. ○ Frage, in welchem Umfang und Format der Bericht veröffentlicht werden soll. *ToDo: Punkt wird am Freitag nochmal aufgenommen.* **Wissenschaftskommunikation** ! 2 FAQ sind fast finalisiert: zu Long Covid und zu Schnelltests und Meldedaten. ! Ein Epid.Bull. Artikel zur Kommunikation von Schnelltests wird mit Hr. Nitsche abgestimmt.	BZgA Presse (Degen) P1 (??)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Es gibt Detailabstimmungsprobleme bei Ausnahmen für	Alle

	Geimpfte und Genesene. Die Ausnahmen sollen möglichst schon ab Anfang nächster Woche gelten. ! Bei der Frage, wann eine Impfung vollständig ist, wird auf die Seite vom PEI verwiesen. ! Außerdem Aufgaben zur Öffnungsstrategie ! FG36 soll sich zu einem Konzept zur Krankenhausbelastung äußern (Anfrage von Hr. Rottmann). Suche nach anderem Indikator, außer 7-Tage Inzidenz, z.B. allgemeine Krankenhausbelegung. Was für Zahlen gibt es im Moment? ○ Grundsätzliche Missverständnisse dahingehend, welche Zahlen verfügbar sind. ○ Im Moment relativ schneller Durchlauf von Normalstation zu ITS, Normalstationen scheinbar weniger belastet als ITS. Nimmt Fr. Tolksdorf in Diskussion auf, Abstimmung mit Fr. Diercke. ○ Im COSIK-Projekt, einem Subsample aus dem Hygienebereich werden Kenngrößen dazu erfasst. **b) RKI-intern**	Abu Sin
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	FG37
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, 07.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:10 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 07.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Ute Rexroth
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG15
  - Sindy Böttcher
  - Sabine Diedrich
- ! FG17
  - Barbara Biere
  - Djin-Ye Oh
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Claudia Siffczyk
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 06.05.2021 Fälle: 154.815.600 (nur 0,95% Anstieg seit letzter Woche) Todesfälle: 3.236.104 (2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen Länder unverändert zur letzten Woche, in der Reihenfolge haben nur Argentinien und Frankreich den Platz getauscht Oben Indien gefolgt von Brasilien, beide mit steigendem Trend Abnehmender Fallzahlen-Trend bei den restlichen Ländern, dennoch zahlreiche mit hohen 7-T-I Karte mit 7-Tage-Inzidenz/100.000 weltweit Im Vergleich zur Vorwoche etwas heller Noch stets hohe Inzidenzen mit steigendem Trend z.B. in Süd- und Zentralamerika Europa: besonders nordische Länder wie Schweden, baltische Staaten und auch NL mit hohen Inzidenzen Asien: Indien, Türkei, Bahrain und Mongolei, in Nepal relativ geringe Inzidenz aber stark steigender Trend (100% im Vergleich zur Vorwoche) Afrika und Ozeanien geringere Fallzahlen und Inzidenzen Epikurve WHO Sitrep 5,7 Mio. neue Fälle letzte Woche, Todesfallzahlen 7. Woche in Folge ansteigend In Südostasien (SEARO) deutlicher anstiegt von Fall- und Todesfallzahlen, Indien verantwortlich für 90% der Fälle und Todesfälle in der Region, 25% der globalen Todesfälle Fall- und Todesfallzahlen in Europa rückgängig In WPRO kaum Veränderungen in Fallzahlen Indien Insgesamt >21 Mio. Fälle, >230,000 Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 196/100,000, R-Wert 1,11, 2,7 Mio. Fälle in letzten 7 Tagen (+10,4%, stärkster prozentualer Anstieg im Vergleich zur Vorwoche), 9,4% 1. Impfdosis, 2,2% der Bevölkerung vollständig geimpft Aktuell Lage besonders kritisch im Westen: Maharashtra, Karnataka, Kerala, Goa, langsame Ausweitung gen Osten Testkapazität eher eingeschränkt, Positivrate von 21,5%, hohe Dunkelziffer vermutet, auch Todesfallzahlen werden ca. 3-mal höher eingeschätzt Kein nationaler Lockdown, 10/28 Staaten haben Lockdown oder Ausgangssperren eingeführt, Medizin- und Pflegestudierende wurden freigestellt um zu helfen Virusvariante B.1.617 scheint in zeitlicher Darstellung einen Beitrag zur aktuellen Situation geleistet zu haben Nur wenige Sequenzdaten verfügbar und Repräsentativität	ZIG1

	unklar Vorläufige Ergebnisse zeigen geringe Verringerung der Neutralisierung durch geimpfte oder rekonvaleszente Seren ECDC Update anhand auch von GISAID Daten nach KW: B.1.1.7 wird möglicherweise verdrängt Weitere Treiber der Neuinfektionen in Indien: Nicht-einhaltung von Maßnahmen, falsches Sicherheitsgefühl Massenbewegungen von Stadt auf Land Seit 26.04. ist Indien als Virusvariantengebiet ausgewiesen PHE Update zur Variante aus Indien und neues Risk Assessment wird heute erwartet, bereits Spekulationen im Guardian (hier), dass B.1.617 Variante als VOC eingestuft wird ZIG Austausch mit Institut für Virologie in Pune, Maharashtra (Anfrage über deutsche Botschaft) Meeting heute auch mit Stefan Fuchs (MF1) und Max von Kleist (P5), Thema u.a. genomische Sequenzierung da diese dort aufgestockt werden soll Indische Kollegin berichtete eindrucksvolle und auch besorgniserregende Ergebnisse über Impfdurchbrüche bei Geimpften durch B.1.617 (60% der Proben in Maharashtra), auch Untersuchung von Impfdurchbrüchen und rekonvaleszenten Seren Epidemiologische Daten, z.B. ehemals positive, die erneut positiv sind (%), klinischer Schweregrad bei den Durchbruchserkrankungen sind unbekannt, folgen ggf. von PHE Protokoll des Treffens und Folien der indischen Kollegin werden von ZIG an Krisenstab weitergeleitet Impfstoff-Gleichwertigkeit Ist Neutralisierung gegenüber Covaxin identisch mit hier bei uns genutzten Impfstoffen? Bei der chinesischen Vakzine gab es z.B. viele Durchbrüche, liegt es eher an Impfstoff oder an Variante? Details nicht bekannt, bzgl. Immunogenität/ neutralisierender Antikörperdaten, entspricht indischer Impfstoff Astra Zeneca (AZ) und ist vergleichbar Ggf. gibt es Unterschiede bei Produktion, aber eher generelles Problem mit Impfstoff und nicht mit der Produktion in Indien Wichtig zu sehen, wie klinische Outcomes sind **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.491.988 (+18.485), davon 84.410 (+284) Todesfälle, Fallzahlen noch hoch aber geringer als vorher, insgesamt gute Entwicklung 7-Tage-Inzidenz: 126/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 26.205.337 (31,5%), mit vollständiger Impfung 7.360.108 (8,8%) Indikatorbericht (Folie 3) immer donnerstags, Plateau sichtbar, seit Ende April abfallende Tendenz, Änderung zur	FG32

	Vorwoche auch als Indikator erfasst, R-Wert ebenso sinkend 7-Tage-Inzidenz Verlauf: bundesweit und in den meisten BL abnehmend, in manchen stärker als in anderen, deutlicher Trend sichtbar Schleswig-Holstein Inzidenz über letzte Monate erstaunlich stabil und niedrig geblieben 7-Tage-Inzidenz Karte: 145 Kreise mit Inzidenz <100, auch im Süden Besserung sichtbar, höchste Inzidenzen im Saale-Orla-Kreis Mortalitätssurveillance Destatis Daten bis KW16, Berichterstattung liegt etwas zurück Schätzung der Übersterblichkeit weist Differenzen zu Meldedaten vor, sie basiert auf Gesamtmortalität, Details noch nicht klar Sichtbarer Anstieg mit 3. Welle, abzuwarten, ob sich eine Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt, Todesfälle können noch Wochen später erscheinen 2020/21 Kurve überquert in ca. KW14 die der vergangenen Jahre Untererfassung der gemeldeten Fälle ist wahrscheinlich, Exzess Mortalität ist sinnvolle Ergänzung, da auch die, die IST und KKH nicht erreichen oder mit untypischem Bild versterben erfasst werden und dies ein wichtiger Parameter ist, um gemeldete Daten zu korrigieren Die Gerichtsmedizin HH hat nachträglich viele Verstorbene untersucht und nicht zu viele zusätzliche Fälle gefunden	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Weitere Unterstützung in Montenegro: längerfristige Unterstützung des regulären Krisenbetriebs ist in Vorbereitung Corona Global Projekte wurden letzte Woche en gros mit einer Ausnahme vom BMG befürwortet, werden nun vorbereitet Indien: zwei Anfragen über AA einmal zu genomischer Surveillance large scale data flow Analyse 2. Anfrage zu Schnelltestungen, wie können schnell große Mengen getestet werden, ZBS1 hat Bereitschaft gemeldet, aktuell wird Rückmeldung aus Indien erwartet	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** (nicht besprochen)	Abt. 3
5	**Kommunikation**	

	BZgA Steigerung Aktivitäten bzgl. Impfung aufgrund der Verfügbarkeit Informationsmaterialien für schwächere soziale Hintergründe (z.B. Köln Chorweiler mit Inzidenzen >500) Vorbereitung und zeitnahe Publikation geplant, inklusive Material in leichter Sprache, zusammen gegen Corona best practice Beispiele sowie Multplikatoreninitiative (z.B. Streetworker), alles soll downloadbar sein Hierzu gibt es noch Austausch mit RKI Bundesebene soll Kommunikationshilfen bereitstellen an denen sich lokale Initiativen bedienen können Starke Heterogenität der Akzeptanz in Kreisen Impfen und Testen in Greiz sehr akzeptabel im Saale-Orla-Kreis nicht, hier Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, Bewohnende wegen Verweigerung nur zu 50% geimpft, überraschende Gegenwehr aus Bevölkerung Nicht-pharmazeutische Maßnahmen werden in beiden nicht geachtet In Pforzheim wurden innerhalb kurzer Zeit 700 AZ-Dosen auf einem Parkplatz verimpft BZgA Informationsmaterial, auch für den Bereich impfen, wird generell in 19 unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung gestellt, es kann ausgewertet werden, was am meisten abgerufen wird, z.B. Englisch, Türkisch, Russisch, Farsi Impfen Impfbereitschaft bezogen auf sozioökonomischen Satus (SÖS) ist in laufenden Erhebungen inkl. COSMO nicht sichtbar BZgA bereitet eine Begleitstudie zu Impfkommunikation vor, 3-4 Messzeitpunkte bis auf Regionalebene herunterbrechbar und sichtbar, um zu sehen, welche Sprachen gepuscht werden müssen Social Media BZgA ist auf Instagram schwer zu finden, viel mögliche Reichweite wird verspielt und es wäre gut, auch plakatfremde Gruppen (oder jüngere im home office/schooling) zu erreichen, BMG hat starken social Media Kanal BZgA Instagram und Facebook Kanal sind aktuell im Aufbau, es braucht noch etwas Zeit, bis diese gut bespielt werden	BZgA
	Presse Daten auf RKI-Seite haben zu Verwirrung geführt Tabelle mit eingefrorenen 7-Tage-Inzidenzen wurde nun prominent platziert Tabelle mit (inhaltlich richtigeren) Daten ist unter Downloads Zahlreiche IFG Anfragen dazu, wie gut die Impfung vor Infektion und Transmission schützt, ein EpiBull Artikel hier wurde gestern vorab online publiziert Samstag wieder Townhall Meeting	Presse
	P1 Pandemieplan Bundesverband der freien Berufe, Vorabinfo	

	KBV (Hr Gassen), Finanzberatungen, usw. haben sich zusammengetan um ein administratives/strategisches Präventionskonzept genannt Masterplan inklusive Überbrückungshilfen für kommende Pandemien zu entwerfen Anfrage ob RKI mitwirkt, Leitung ist einverstanden, dass RKI Entwurf kommentiert Skepsis bzgl. dieser privilegierten Gruppe, die keine Einschränkungen hatte und nun ein Konzept für deutsche Gesellschaft schreiben möchte - RKI sollte vorsichtig sein und sich als Public Health Institut hier nicht engagieren Impfkommunikation BVG Enger Austausch mit BVG-Leitung und Marketingabteilung, Idee im Sommer, wenn Impfmüdigkeit erscheint, eine Kampagne zu initiieren um Leute an Wichtigkeit zur Impfung zu erinnern BVG ist konzentriert auf Berlin, aber deren Kampagnen gehen über soziale Medien nach ganz Deutschland, aufgrund der perfekten Grundlage und Stil und Kenntnis BVG erreicht die Leute und steht RKI positiv gegenüber, mit BVG kann viel erreicht werden, diese Art der Kommunikation ist überfällig P1 berichtet, wenn es Neuigkeiten zu beiden Dingen gibt	P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	 Alle Abt. 3
7	**Dokumente** **Steckbrief** 32. Version aktuell in Arbeit, herzlichen Dank an alle für die bisher große Unterstützung Gleichzeitig Refresher Aufruf, es zeigt sich eine gewisse Müdigkeit in den letzten Wochen bezüglich der Inhalte in verschiedenen Bereichen, die aus dem gesamten Institut kommen Bitte: Steckbrief weitertragen in alle Bereiche, die gerne noch mitarbeiten möchten, bis 20. Mai gerne Anregungen, Straffungen, Aktualisierungen, zusätzliche Punkte, usw. schicken - frischer Wind und neuer Schwung sind herzlich willkommen	 FG36
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Folien nicht im Ordner abgelegt Impfungen Schreiten mit großen Schritten voran FG33 erhält DIM-Daten über Impfzentren, jetzt zusätzlich von	 FG33

	Niedergelassenen, aber ohne Altersstraten (nur > oder < 60 J.) Impfakzeptanz hoch (rot >90%), nur 10% unentschlossen STIKO Empfehlung ist, Priorisierung zunächst fortzuführen Nächste Woche größerer Survey geplant um zu gucken wie die Altersverteilung ist Telefonsurveys zusätzlich zu Daten der Niedergelassenen Wird auch Migrationshintergrund und SÖS beinhalten, Fragebogen wurde mit BZgA abgestimmt ~4000 Teilnehmende, Daten voraussichtlich nicht auf Kreis- aber auf BL-Ebene auswertbar Auch Befragung KKH-Personal nach Impfstatus, Convenience Sample aber dennoch guter Anhaltspunkt Personal mit Risikokontakten (Palliativpatienten usw.) sind zu 90% mit 1. und 70% mit 2. Dosis geimpft Anderes Personal folgt Insgesamt erfreuliche Situation Impact von steigenden Impfquoten: Inzidenzrückgang ist sichtbar (Grafiken auch im EpiBull Artikel), soll demnächst veröffentlicht werden Ausnahme-VO Soll zeitnah in Kraft treten Unwahrscheinlich, dass das PEI eine starke Rolle übernimmt, Zulassung alleine ist nicht ausschlaggebend, Vollzugsfragen sind zu erwarten Nebenwirkungsmeldungen PEI hatte 45.000 in den letzten Wochen Dies kann mit an der schieren Masse von jetzt >1 Mio. Impfdosen/Tag liegen Bruchteil der Geimpften hat Impfreaktionen, diese sind meist unbedenklich werden aber dennoch gemeldet, auch aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit Herausforderung für PEI ist relevante Dinge herauspicken, z.B. Myokarditis bei jungen Männern, Sinusvenenthrombosen, usw. Impfpass/Zertifikat/Immunitätszertifikat Auf internationaler Ebene viel Diskussion (HSC) hierüber Auf europäischer Ebene ist diese in Arbeit Aufwändige Abstimmung, es geht nicht um Evidenz in Bezug auf Schutz vor Transmission, sondern um Ermöglichen von Urlaubsreisen, Länder erkennen Dinge verschieden an (Ungarn z.B. impft mit chinesischem Impfstoff – Anerkennung?) Wenn Kinderimpfungen nicht in Aussicht sind, können diese nicht international reisen, da Reisen an Impfzertifikate geknüpft sind RKI Abt. 2 (CWA) ist auch bzgl. Impfnachweis involviert IBM wurde beauftragt, fachlich will PEI sich nicht einmischen, soll es aber hosten, viel Abstimmungsbedarf Mit Detailfragen wird auf RKI-Seite verlinkt, PEI beabsichtigt nicht, die Kommunikation hierzu zu übernehmen, wollen viele Fachfragen zurück an RKI leiten Einmalige Impfung bei Genesenen nach 6 Monaten Evidenz zur Wirksamkeit dieser Kombination?	

Weniger bekannt über Impfeffekt, eher bestimmt durch Verfügbarkeit, deswegen zunächst eine Impfung
Wenig Daten, die einen Unterschied in Bezug auf Wirksamkeit (nach 4, 6, 8 Monaten) der Impfung zeigen, 2. Impfung bei Genesenen eher wenig Nutzen
Heterologes Impfschema nach AZ (Wechsel zu mRNA-Impfstoff)
Kam von STIKO (nicht PEI)
Klinische Wirksamkeit, Intervall unbekannt
Studie aus GB mit heterologem Impfschemata, gibt es Ergebnisse?
Noch nicht öffentlich, Principal Investigators in Oxford haben Daten zur Reaktogenität publiziert (nächste Woche im Lancet)
Erhöhte Reaktogenität bei heterologem Impfschema, heißt nicht, dass es mehr schwere Nebenwirkungen gibt, aber fiebrige Nebenwirkungen usw. sind signifikant erhöht
Studie über 4 Arme mit Impfintervall von 4 Wochen, fraglich, ob dies bei 12 Wochen Intervall anders ist
Abwägung in Deutschland ging in Richtung weniger Sinusvenenthrombosen, STIKO will zunächst so weiter machen
Vielleicht bedeutet erhöhte Reaktogenität erhöhter Immmunschutz, dies ist aber evtl. optimistisch gedacht
Immunogenitätsdaten zu heterologem Impfschema sollen im Mai folgen

Impfstoffe

AZ Impfintervall 1. und 2. Dosis
12 Wochen Intervall – sind es Labor- oder epidemiologische Studien, die bessere Immunresponse belegen? Kommt aus RCT von AZ, bei <6 Wochen 50%, bei Intervall von 12 Wochen 80% Wirksamkeit in der Zulassungsstudie
Intervalle waren grob überlappend in mittlerem Zeitraum, jedoch deutlicher Trend
Es ist auch immunologisch plausibel, dass dies ein Vorteil ist
Ist 2. AZ-Impfung genauso belastet mit Sinusvenenthrombose?
Pathomechanismus dahinter ist noch stets unbekannt, wenn Ak vorhanden sind, möglicherweise noch mehr Trigger
In England ist dies jedoch nicht durch mehr Signale sichtbar, eher weniger Signale
Myokarditis bei mRNA-Impfstoffen
Es gibt auch ohne Impfung viele Fälle, Hintergrundinzidenz ist relativ hoch
Geclusterte Fälle bei Männern unter 30 stellen aktuell ein Signal dar
Ob es als Sicherheitshinweis aufgenommen wird, weiß man noch nicht, keine Kausalität etabliert
Soll beobachtet werden, aber wie bemerkt man dies? Leistungsabfall?

STIKO

	Montag ins Stellungnahmeverfahren Jansen Impfstoff ab 60 empfohlen, darunter möglich Mit Modellierung wurde gezeigt, dass es keinen Verzug in Bezug auf Impfaktivität und Kampagne geben wird Priorisierung soll weiterhin durchgeführt werden, noch wurden nicht alle >70 erreicht Problem, dass Politik zunehmend von Evidenz und STIKO Empfehlungen abweicht, Beispiel AZ Impfintervall, Wirksamkeit durch 2. Dosis nach 12 Wochen deutlich gesteigert, jetzt Zustimmung zu Impfung nach 4 Wochen für schnellere Freiheiten, aus STIKO Sicht ist dies ein Problem bei nichthinreichender Evidenz Schwangere und Jugendliche STIKO hat sich nicht noch nicht damit beschäftigt Evidenz wird aufarbeitet Es ist nicht ausgeschlossen, dass STIKO empfiehlt, nur Jugendliche mit Grunderkrankung zu impfen, dies wird kommunikativ schwierig, doch lieber Vorsicht aufgrund mangelnder Daten STIKO-Empfehlung der Altersbegrenzung von AZ Deutlicher Abstieg des Anteils der mit AZ Geimpften danach sichtbar Daten von PEI zeigen zeitgleich deutliche Abnahme von Sinusvenenthrombosen, nur noch 5 seit der Empfehlung, bis auf 1 alle über 60	
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 530 Proben, davon: 37 SARS-CoV-2 101 Rhinoviren 15 Parainfluenzavirus 126 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 1 zoonotisches Influenzavirus, Exposition Praktikum auf Schweineschlachthof, niemand wurde angesteckt, 3 d krank **ZBS1** In laufender KW bisher 863 Proben, davon 277 positiv auf SARS-CoV-2 32,10%), sinkende Tendenz Viele Proben eindeutig B117, manche B1617.2 (indische Variante) Dies wird durch den Befund an die GA gemeldet, ÖGD-Landesstellen wünschen weiter informiert zu werden (auch Danksagung hierfür in EpiLag) Wenn über DEMIS gemeldet wird, erhalten Landesstellen die Info systematisch durch die Informationsaufbereitung Sind BL-bezogene Ausweisung von VOC verfügbar? Ja, ist verfügbar, eigentlich auch in Meldedaten, und bis vorletzte Woche im Lagebericht, gerne melden bei Stefan Kröger	FG17 ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Fachgruppe COVRIN STAKOB bereiten Info zu Anwendung monoklonaler Antikörper vor, gebündeltere Darstellung zur Info niedergelassener und KKH-Ärzte, sollte Montag online gehen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Deeskalation Empfehlungen** BGB Berufsgenossenschaft hat Empfehlung deeskaliert, in Einrichtungen für Altenpflege, Menschen mit Behinderung usw. können Geimpfte nun auch MNS tragen, dies ist positiv und nähert sich der Empfehlung der BAUA an Generell sind Empfehlungen oft nicht kohärent, auch für Flughäfen, Beerdigungen, private Feiern bzw. kirchliche Events…	FG14
	Konzeptpapier zum Ausbruchsmanagement Dokument hier Ziel: Verbesserung der Effektivität von Ausbruchsuntersuchungen, Unterstützung von BL bei Generierung von Ressourcen Vorstellung des Dokumentes und seiner Struktur Hintergrund (VOCs, Amtshilfeersuchen), was ist zu tun, wie läuft es, Verbesserungsbedarf, Rapid Response Teams (Beispiel BY LGL Taskforce) Empfohlener WHO-Schlüssel für Aufstellung bzgl. Ausbruchsuntersuchungen Dokument = Bestandsaufnahme, wie soll jetzt vorgegangen und kommuniziert werden? Ziel ist auch Empowerment der BL und GA, es soll etwas Nützliches mit Konsequenzen entstehen Auf fachlicher Ebene ist Zuspruch zu erwarten, aber wie kann es sinnvoll eingespeist werden, um Ressourcen zu generieren? Wurde bayrische LGL Taskforce bereits vorgestellt z.B. bei AGI? ÖGD-Kurs stellt wesentliche Rolle in Ressourcenbildung dar, viele hieran beteiligte MA mit langjähriger Erfahrung in Abt. 3 sollten noch Input geben können Es gibt Bestrebungen, dass Universitäten eine aktivere Rolle übernehmen, wird als potentiell problematisch angesehen, da dies vom ÖGD kommen sollte VOC wurden eher als Anlass gesehen, Dokument fokussiert darauf, welche Strukturen notwendig sind Fazit/next steps Zunächst größeres Zirkulieren in Abt. 3 Anschließend Weiterleitung und Besprechung mit BL, AGI Wenn es BL vorliegt, ggf. auf nächste AOLG um Einspielung weiter oben durch BMG zu ermöglichen	FG38

12	**Surveillance** **Abwassersurveillance** Positive Aspekte Abwassertestung: Polio, Enteroviren, Influenzaviren, Drogen, Antibiotikaresistenzen, Mikroplastik, usw. SARS-CoV-2 RNA ist im Abwasser gut nachweisbar (40ml und einfache Methoden genügen, infektiöse Viren nicht enthalten), es gibt verschiedene Aufarbeitungs- und Sequenzierungsmethoden Deutschland ist in Sachen Abwasser nicht so gut aufgebaut (Größe, föderales System, Bevölkerung), wenig Aktivitäten Z.B. in NL mehr, kleines Land, andere Klärwerkestruktur (4 große Betreiber, in Deutschland >9000 Klärwerke durch verschiedene Entitäten organisiert) Interesse hieran besonders am Anfang der Pandemie, erste Publikation hat dies als Frühwarnsystem propagiert, wird noch stets als pandemiebegleitendes Instrument angesehen, da Trends im Abwasser gut erkennbar sind, deckt sich auch mit Meldedaten, bis zu 10d vor Fallanstieg in Meldedaten Anstieg im Abwasser sichtbar, Meldeverzug bleibt zu beachten, viele Faktoren spielen eine Rolle und es ist technisch noch nicht ausgereift, Cutoff ist individuell zu entscheiden In Deutschland ist unklar, welche Maßnahmen sich daraus ergeben können/sollen (ÖGD) Europäische Kommission, wünscht dass alle Mitgliedsstaaten bis Oktober ein flächendeckendes repräsentatives System gestalten, Gespräche mit Umwelt Bundesamt, Ministerium für Umwelt, usw. Erscheint für noCOVID sinnvoll(er), ansonsten begrenzt, könnte die molekulare Surveillance ergänzen, wenn der Selektionsdruck auf SARS-CoV-2 steigt Abwassersurveillance in manch anderen Ländern viel weiter, im Bereich AMR gibt es viele, teilweise auch sinnhafte Aktivitäten dazu SARS-CoV-2-Fokus oder Gesamtbetrachtung inklusive anderer Erreger? Anstehender Projektantrag FF Bundesumweltministerium, BMG ist auf Unterabteilungsebene involviert, 2-3 seitiger Projektantrag, vieles (inkl. Ziele, Vorgehen, Strukturen) unklar bzw. aktuell nicht gegeben, Projekt-Steuerungsstab soll durch das RKI beraten werden Offene Fragen: Was macht man mit den Ergebnissen? Wer soll informiert werden? Sollen GA über Abwasserproben informiert werden um zu handeln? Welche wären die Konsequenzen/Maßnahmen? Könnte punktuell auf Kreisebene funktionieren oder als Studie sinnvoll sein Nicht noch mehr Informationen und Handlungsdruck für GA	FG15/alle

	kreieren Etabliertes System begrenzt sinnvoll, da großer Mehraufwand der durch Nutzen gerechtfertigt sein sollte Fazit Montag Sitzung mit BMG hierzu, getriggert durch EU Empfehlung Zunächst Teilnahme, abwarten, zu entscheiden, was abgeleitet wird an Maßnahmen Sollte zuerst an UBA verwiesen werden Kommentare zum Projektantrag wurden bis Montag gefordert, werden durch LZ zurückgegeben	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** (nicht berichtet)	Alle
16	**Andere Themen** Impfungen RKI-MA RKI erhält 1200 Biontech Impfdosen um MA zu impfen, dies soll nächste Woche losgehen Organisation durch ZV6 und Arbeitssicherheit, Betriebsarzt kann dies nicht umsetzen, ärztliche MA sind um Unterstützung gebeten Fr Engelbert wird Impfen Haftpflicht noch klären Nächste Sitzung: Montag, 10.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex	VPräs

Ende: 13:16

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Montag, 10.05.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! P4
  - Dirk Brockmann
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.527.251 (+6.922), davon 84.829 (+54) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 119/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 27.266.358 (32,8%), mit 2 Impfungen 7.813.381 (9,4%) ○ DIVI-Intensivregister: 4.669 Fälle in Behandlung (-99) ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Sinkt weiterhin in fast allen BL. ▪ Inzidenz in Schleswig-Holstein bei 50,8. ▪ Saarland, Bremen: Rückgang nicht ganz so gut zu sehen, jedoch BL mit geringen Bevölkerungszahlen. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Mehr als 160 LK mit Inzidenz < 100. ▪ Bei der Mehrzahl der LK liegt die Inzidenz jedoch noch über 100. ○ Verlauf 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Rückgang gleichmäßig in allen Altersgruppen zu sehen. ▪ Höchste Inzidenzen nach wie vor bei 15-34 Jährigen. ! Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien hier) ○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Verlauf setzt sich fort, Niveau bei 0-5 Jährigen auf ca. der Hälfte der Vorjahre. ▪ Auch bei anderen AG wirken Maßnahmen noch sehr gut. Könnte in Zukunft zu Rebound-Effekten kommen. ○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe	FG32 (Diercke) FG36 (Haas)

	▪ Deutlicher Rückgang in allen AG ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ 147 neue Ausbrüche inkl. Nachmeldungen ▪ Anstieg nach Ostern ▪ Seit Ostern Median mit 3-4 Fälle pro Ausbruch etwas höher als in 2. Welle. Tendenz, dass Ausbrüche etwas größer sind und der Anteil der Kinder an Ausbrüchen höher ist. ○ Ausbrüche in Schulen ▪ 108 neue Ausbrüche mit Nachmeldungen ▪ Steiler Anstieg nach Ostern auf 115 Ausbrüche pro Woche. Die letzten 2-3 Wochen sind mit Vorsicht zu interpretieren, kommt weiter zu Ausbruchsgeschehen.	P4 (Brockmann)
	○ Krankheitsschwere ▪ Anteil hospitalisierter Fälle in 2. und 3. Welle eher vergleichbar. ▪ Bei 0-5 Jährigen geringerer Anteil hospitalisiert als in 2. Welle. ▪ ITS: bei 11-14 und 15-20 Jährigen gegenläufige Entwicklung, Anteil auf ITS höher als in 2.Welle. Zahlen sind jedoch aufgrund der geringen Anzahl mit großer Vorsicht zu betrachten.	Haas
	○ Modellierungen ▪ Berechnen mit P1 zusammen, was Geimpfte zum R-Wert beitragen, um herauszufinden, welchen Einfluss eine Lockerung der Maßnahmen hat. ▪ Welche Dynamik entsteht durch die Gruppe der < 18 Jährigen und der <12 Jährigen, unter der Annahme, dass die anderen AG weitgehend geimpft sind. (FF B. Maier) -> sollte mit FG33 abgeglichen werden ▪ Digitales: Datenspende geht in die nächste Phase (aktuell Datenschutz), in der direkt mit Spendern kommuniziert werden kann. ! Sollte Datenspende 3.0 genehmigt werden, könnte überlegt werden, welche Fragen gestellt werden könnten. Es handelt sich zwar nicht um eine repräsentative Gruppe, jedoch um eine, die	

	sehr bereitwillig Auskunft gibt. ! Ist eine Änderung der Teststrategie für den aktuellen Rückgang der Fallzahlen verantwortlich? ○ Gehen die Zahlen aufgrund eines anderen Verhaltens in der Bevölkerung so rasch zurück? ○ Ist die Abbildung der Erkrankungsfälle im Meldesystem korrekt oder ein Artefakt, da häufig Antigentests ohne PCR-Bestätigung stattfinden? ○ Ein Korrekturfaktor könnte die Regelung zu Genesenen sein, da ein PCR-Test nötig ist, um den Status als Genesener zu erhalten. *ToDo: Hr. Brockmann setzt sich zwecks Modellierung mit Hr. Haas in Verbindung.* ○ Könnte diese Fragestellung mit in die COSMO-Studie eingebracht werden? *ToDo: Wird von Fr. Leuker dem Team von P1 vorgeschlagen.* ○ Gibt es Verschiebungen in ARS, bei der Testzahlerfassung? ○ Wie viele pos. Antigentests bestätigen sich? Diese Daten gibt es auch aus der POCT-Abfrage, dazu erscheint nächste Woche ein Epid. Bull. Artikel. ○ Letzte Woche war eine Grafik in Twitter (in FAQ verlinkt), bei wie vielen Fällen einer pos. PCR ein pos. Antigentest vorausgeht.	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Eine FAQ zu Long COVID ist sowohl beim RKI als auch bei der BZgA in Arbeit. Vor Veröffentlichung ist eine Abstimmung erwünscht. Fand bereits ein Austausch statt? *ToDo: Erfragen des Stands der Abstimmung. Der abgestimmte Vorschlag soll vor Veröffentlichung im Krisenstab zirkuliert werden, FF Fr. Leuker (P1) [ID 3440]* **Presse** ! BPK findet am Mittwoch statt. ! In einer Agenturmeldung stand, dass Personen bis 6 Monate nach einem pos. PCR-Test als genesen gelten. Eine Impfung ist erst 6 Monaten nach dem Test möglich (STIKO Empfehlung). Bisher gab es hierzu noch keine Nachfragen von Journalisten, die Pressestelle rechnet jedoch damit. ○ Das Problem sind die unterschiedlichen Definitionen für unterschiedliche Kontexte. ○ Personen gelten nur 6 Monate als Genesene. Genesene im Sinne der Verordnung benötigen nur 1 Impfung. Die STIKO-Empfehlung ist nicht immunologisch begründet, sondern dient dem Einsparen von Impfstoff. Eine Impfung vor Ende der 6 Monate ist möglich. ○ Eine FAQ an geeigneter Stelle wäre sinnvoll. ○ Es sollten keine FAQ für Fragen erstellt werden, die nicht häufig gestellt werden. Es ist immer noch möglich sich zu äußern, wenn Fragen auftauchen. Dies sollte möglichst erst stattfinden, wenn sich die STIKO dazu geäußert hat. ○ Für eine FAQ spricht, dass verschiedenen Definitionen zu Genesenen/Geimpften verstärkt Thema werden, je mehr Erleichterungen damit verbunden sind. ○ Wann ist der richtige ZP für eine Impfung? Laut STIKO nach 6 Monaten, Privilegien für Genesenen gelten nur 6 Monate. Wann sollte die Impfung stattfinden, kurz davor, genau nach 6 Monaten? Für die Zeit nach 6 Monaten bis zur Impfung, gehören die Personen weder zu den Genesenen noch zu den	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel) Eckmanns Mielke Bremer

	Geimpften. ○ Hat STIKO den Zeitpunkt der Impfung nicht bereits auf 4-6 Monate verändert? *ToDo über Lagezentrum: kurze FAQ zum Thema entwickeln, FF FG33 [ID 3594]* ! Es ist vorgesehen Donnerstag und Freitag nur eine Wochenendversion des Lageberichts zu veröffentlichen. ○ Kann am Freitag trotzdem ein Update der Impfquoten berichtet werden? ▪ Ein Update der Impfquoten wird publiziert. ○ Soll das dem BMG mitgeteilt werden? ▪ Mitteilung ist sinnvoll, jedoch nicht als Frage formuliert. ▪ Die Zahlen werden nach dem Feiertag nicht sehr aussagekräftig sein, vermutlich deutlicher Rückgang. Wochenendversion ist fachlich gerechtfertigt. ! BMG wird ab 17.05. den 7-Tage-Inzidenzbericht von sich aus einstellen. **P1** ! Nichts Neues zu berichten	P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** ! Quarantäne "besorgniserregende" Variante B 1.1.7 (Text hier) ○ Vorschlag den Text auf der VOC-Seite zu aktualisieren mit Bezug auf die Verordnung §10 Abs. 2 Nr. 1. Die Variante B.1.1.7 gilt nicht als Virusvariante im Sinne der Verordnung. ○ Es stehen 2 Vorschläge zur Auswahl, einer mit und einer ohne Begründung. ○ FG36 favorisiert die 2. Version ohne Erläuterung. Es sollte inhaltlich nicht darauf eingegangen werden, da sich die Regelung fachlich nicht gut begründen lässt. Eine große Verbreitung macht eine Variante nicht weniger gefährlich.	Alle / Rexroth / Kröger

	○ Eine fachliche Begründung wäre, dass anhand der bisherigen Daten davon auszugehen ist, dass die Impfwirkung nicht vermindert ist. ○ Fachliche Definitionen sind nicht immer mit rechtlichen Regelungen in Übereinstimmungen zu bringen. Der Kontext ist rechtlich dargestellt, besser keine fachliche Begründung. *ToDo: Textvorschlag ohne Begründung wird ans BMG geschickt mit dem Hinweis, dass der Text heute Abend auf die Webseite kommt.*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** ! Virologisches Sentinel: ○ Leicht abnehmender Trend bei SARS-CoV-2: 6% Positivenrate ○ 19% Rhinoviren ○ 4% Parainfluenzaviren ○ 19% saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) ○ keine Influenzaviren ○ Erkältungssaison ist noch nicht ganz vorbei. **ZBS1** ! In KW 18 waren 32,3% aller Proben positiv auf SARS-CoV-2, leichte Tendenz nach unten. ! Viele Proben vom Ende der Isolation.	FG17 (Wolf) ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Nicht besprochen	FG14
12	**Surveillance** ! Nicht besprochen	FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ! Im Moment große Schwierigkeiten die Schichten zu besetzen, viele Anfragen aus politischem Raum mit sehr kurzen Fristen.	FG38

	○ Das BMG leitet zurzeit sehr viel von BMG weiter. Erlasse werden immer politischer mit sehr kurzen Deadlines. ○ Längerfristig muss Deeskalationsstrategie überlegt werden. ○ Gründe: allgemeine Erschöpfung, Verpflichtungen im Rahmen von sonstigen Projekten. Im Unterschied zum letzten Jahr sind andere Aktivitäten nicht mehr komplett heruntergefahren, die Projekte laufen weiter. ○ Wichtig wäre dem BMG zu signalisieren, dass ein minimaler Vorlauf von 3 Tagen erforderlich ist. Zeitlicher Puffer ist nötig, um sinnvoll zu priorisieren. ○ Ausnahmen bei den Fristen sollten Ausnahmen bleiben. ○ Fehlt Unterstützung der anderen Abteilungen? ▪ Auch die MA in Abt. 2 sind am Limit. ▪ Gute Unterstützung aus anderen Abteilungen, Arbeit hat sich potenziert. ○ Möglichst pragmatisches Vorgehen sinnvoll in Form von kurzen Begründungen bei Anfragen. ○ Es sollte Zeit für die Klärung der fachlich relevanten Probleme reserviert werden. Skizzieren der zum gegenwärtigen ZP drängenden fachlichen Aufgaben. ○ Wird in Abteilungsleiterrunde heute Abend aufgenommen. ○ BMG soll gebeten werden, Jour fixe wieder einzuführen um Möglichkeit für Feedback zu schaffen.	Scheidt-Nave
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Impfungen RKI-MA ○ Sollen die Impfungen wirklich vom RKI selbst ausgeführt werden? ○ Die Alternativen Betriebsarzt und Bundeswehr sind nicht möglich. ○ Andere Dienstleister sind in der gleichen Situation. Wenn die Impfungen nicht selbst durchgeführt werden, kommt es vermutlich zu zeitlichen Verzögerungen. ○ Geplant sind im Moment: 2 Tage pro Woche in 2 Schichten, beginnend in 2 Wochen. ○ Durch die Einbeziehung der Hausärzte in die Impfungen, stehen wohl in manchen Berliner Impfzentren Impfstraßen leer. In Impfzentren ist die gesamte Logistik schon etabliert. ○ Wäre es möglich einen Antrag auf Amtshilfe des Landes fürs RKI zu stellen? ○ Wurde noch nicht geprüft. Hr. Wieler fragt bei Hr. Broemme, dem Leiter der Berliner Impfzentren, nach. ! Info: Am Freitag ist ein sehr kurzer Krisenstabtermin geplant. ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	Bremer

Ende: 14:16

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 12.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andreas Hicketier
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Nadine Zeitlmann
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! ZIG2
  - Thurid Bahr
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International (Folien hier) *(nur freitags)* Datenstand WHO, 10.05.2021: 157.973.438 Fälle (+1,5% im Vergleich zu Vorwoche); 3.288.455 Todesfälle (2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: in fast allen Ländern abnehmender Trend außer in Indien und Brasilien, aber auch hier Anstieg geringer als in Vorwochen (Indien derzeit 9,8 %, Brasilien 5,1 %) ! insgesamt setzt sich der starke Anstieg derzeit nicht fort, Plateau scheint erreicht 7-Tage-Inzidenzen weltweit: 93 Länder mit > 50, 19 Länder mit > 200 Neuinfektionen / 100.000 Einw. Nachbarländer von Indien: in vergangenen Tagen sehr starker Anstieg in Nepal mit ca. 60 % und in Sri Lanka mit ca. 36 % im Vgl. zu Vorwoche zu beobachten, in Nepal zudem Nachweis von B.1.1.7 und B.1.617 (einschließlich B.1.617.2), auch in Sri Lanka Nachweis von B.1.617 bei Reiserückkehrern (Quarantänehotel in Colombo) VOC: Linie B.1.617: Virusvarianten-Risikogebiete: Indien; unter Beobachtung: UK, Bangladesch, Sri Lanka, Nepal	ZIG1 (Denkel)
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) SurvNet übermittelt: 3.548.285 (+14.909), davon 85.380 (+268) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 108/100.000 Einw., deutlich gesunken Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 27.686.865 (33,3 %), mit vollständiger Impfung 8.022.890 (9,6 %) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Abnehmender Trend in allen BuLä, außer Saarland (aufgrund seiner Größe ist die Inzidenz anfällig für kleine Ausbruchsgeschehen), SH einziges Bundesland mit Inzidenz < 50 2. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis: 190 LK < 100, nur noch 219 LK >100 und hier mehrheitlich rückläufig Demographische Auswertung - Heatmap: Rückgang der Inzidenz in allen AG, in AG 75-84 stärkster Rückgang; höchste 7TI AG 15-19 Hospitalisierte Fälle nach Meldedatum: AG 35-59 höchste Hospitalisierungsraten Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche: weiterhin hohes Niveau mit ca. 1.000 Todesfällen pro Woche	FG32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen (Folien hier) *(nur mittwochs)* Knapp 1.2 Mio Tests in letzter Woche, davon ca. 127.000 positiv: Positivenanteil erneut leicht gesunken (10,31 %), Anzahl der Testungen ebenfalls erneut leicht gesunken Nach wie vor ca. doppelt so hohe Kapazitäten wie	Abt.3 (Seifried)

		durchgeführte Testungen, Kapazitäten weiterhin vorhanden, Probenrückstau und Lieferengpasse unproblematisch Aufgrund des Feier- u Brückentages prospektiv erneut weniger Testungen (zu berücksichtigen bei PCR-Tests kein „Nachholeffekt“ nach den Feiertagen) Anteil VOC B.1.1.7 weiterhin stabil bei ca. 91,4 %, stabil ebenfalls für B.1.351 mit derzeit ca. 0,6 % und P.1 mit 0,2 % AG-POCT-Test: Insgesamt aus 361 Einrichtungen 766. 541 POCT erfasst, 1221 positiv (0,16 %), davon 1038 (85,0 %) in PCR gegangen, davon 568 (54,72 %) als positiv bestätigt übermittelt. 3363 POCT (0,4 %) waren nicht auswertbar/unklares Ergebnis. Stationäre Pflege übermittelt weniger Tests oder testet weniger (eventuell aufgrund der Impfung) ARS-Daten (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** Positivenanteil sinkt auf unter 10 %, Gesamttestzahl geht ebenfalls zurück Grafik: Punkte = prozentuale Anteile, Säule = absolute Anzahl Testungen: Bayern und NRW höchste Testzahlen sowie „unbekannt“ (= nicht zuzuordnen aufgrund mangelnder Probenbeschriftung o.ä.), Positivenanteil in allen BuLä rückläufig Anzahl der Testungen pro 100.000 Ew. nach AG und KW: Anzahl Testungen in allen AG gleichmäßig rückläufig, v.a. bei AG 0-4 Positivenanteil nach AG und KW: in allen AG rückläufig außer in AG 0-4 und in AG 5-14 immer noch mit 16 % sehr hoch; Anzahl positive Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG deutlich rückläufig Positivenrate nach Geschlecht, AG und KW: in AG 5-14 ähnliche Verteilung bei männlichen und weiblichen Personen, in AG 15-59 Positivenanteil bei männlichen Personen höher, bei Kindern in etwa ähnlich außer aktuell: Anstieg bei weiblichen 0-4-Järhigen zu beobachten Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen Organisationseinheiten: in Arztpraxen weniger getestet (Niveau in etwa mit dem der Zeit vor Ostern vergleichbar), Ursache unklar, vermutlich weniger Infekte vorhanden, aber auch in Krankenhäusern Rückgang zu verzeichnen Laborbasierte Surveillance von SARS-CoV-2: Monatsbericht vom 11.05.2021: für AG 15-59 Anzahl positiv getesteter Personen pro 100.000 Einw. in 3. Welle vergleichbar hoch wie in 2. Welle, für Kinder in 3. Welle wesentlich höher als in 2. Welle; für ältere AG (v.a. 80+) kein Anstieg in 3. Welle erkennbar ! sehr eindrückliche Visualisierung des Impferfolges Ausbrüche Altenheime: Anzahl bleibt aktuell recht niedrig, trotz der 3. Welle, ebenso in Krankenhäusern	FG37 (Eckmanns)
		Syndromische Surveillance (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** Grippeweb: seit mehreren Wochen relativ stabile ARE-Raten, niedriges Niveau wie in Vorsaison (aber seit 36. KW so niedrig wie noch nie in diesem Zeitraum); Rückgang in allen AG bis	FG36 (Tolksdorf)

	auf leichten Anstieg in AG 15-34 AG Influenza: Anzahl der Konsultationen in allen AG rückläufig, nur Berlin/BB und NRW Anstieg bei AG 5-14 ICOSARI: COVID-SARI-Fälle allgemein und mit ITS-Behandlung: leichter Rückgang in allen AG, aber auch hier die AG 15-59 noch immer verhältnismäßig hoch; AG 15-34 und 35-59 noch über Niveau 2. Welle; Intensivpatienten: AG 60-79: weiterhin kein Rückgang zu erkennen (Stabilisierung), Niveau liegt aber unter 2. Welle; AG 80+: seit einigen Wochen stabil; AG 35-59: Rückgang der Intensivfälle, aber relativ hohes Niveau bleibt ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID an SARI-Fällen 63 % in KW17 Gegenüberstellung ARS-Positivenanteile zu ICOSARI: Anzahl COVID-SARI: im Verlauf ähnlicher zu Positivenanteil von ARS aber hier 3. Welle etwas ausgeprägter; Anteil COVID-SARI: kaum Schwankungen zwischen 2. und 3. Welle, da hier Wahrscheinlichkeit von COVID bei SARI recht hoch	
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** 123 Einsendungen; niedrigster Probeneingang seit Beginn des Jahres 4,5 % SARS-Cov-2-positiv im Sentinel, deutlicher Rückgang vermutlich bedingt durch Probenanteil der Kinder aber auch insgesamt Verteilung: v.a. Rhinoviren, leichter Anstieg zur Vorwoche, ebenso bei saisonalen Coronaviren leichte Anstiege (hier v.a. OC43 und NL63), Parainfluenza: derzeit unbedeutend, drastische Abnahme von SARS-CoV-2, keine weiteren Viren nachgewiesen, Peak H1N1v („Schweineinfluenza“): Einzelfall Probenanteil in KW18 bei AG 0-4 zugenommen (vermutlich Rhinoviren-bedingt) Ungewöhnlich hoch: saisonale Coronaviren OC43 und NL63; AG 5-15 am stärksten betroffen, AG 0-4 stärker von Rhinoviren betroffen; SARS-CoV-2: leichter Anstieg in AG 5-15, keine NW in AG 0-4, insgesamt deutlicher Rückgang	FG17 (Dürrwald)
	Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** Stand 12.05.2021: 4.377 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt. In fast allen BuLä Rückgang der COVID-ITS-Belegung zu sehen, Rückgang auch in allen Behandlungsschwere-grupppen (Invasiv und ECMO aber v.a. in leichten Fällen/high-flow) Noch hohe Dynamik an Zu-Abgängen / Verlegungen und noch kein Rückgang in Todeszahlen pro Tag Anteil Covid-Patient*innen an Gesamtzahl ITS-Betten: Nord-Westen: Plateau, stärkster Rückgang in HH; Nordosten: ...in BB; Mitte: ... in Thüringen; Süd: hier BaWü als Ausnahme leichter Anstieg; ansonsten moderate Rückgänge Altersverteilung ITS: seit 10 Tagen erfasst, Hauptgruppe ITS AG 60-69 sowie nachfolgend AG 40-49 und 80+ jeweils	MF4 (Fischer)

	gleichteilig Zeitreihen letzter 7 Tage: in fast allen AG leichter Rückgang außer 80+ (vermutlich aufgrund des Alters und der Liegedauer) sowie bei AG 18-29 Covid-19-Belegung und Belastung: 3. 85% der täglichen COVID-19 ITS Behandelten benötigen Beatmung 4. Erster Rückgang in der ECMO Behandlung 5. Noch ca. 60 % der Intensivbereiche melden Begrenzung/Auslastung (v.a. Personal, Raum) in den Bereichen Low-, High-Care und ECMO (weiterhin vierfache Auslastung im Vergleich zu normalen Zeiten) Lage verschlechtert sich nicht aber noch keine Entspannung SPoCK: prognostisch stärkerer Rückgang als in Vorwoche zu erwarten Diskussion: Insgesamt scheint es sich angesichts der weiterstgehend kongruenten Datenlage um tatsächliche Rückgänge zu handeln Allerdings erscheinen Testungen als volatiler und durch Teststrategien beeinflusster Parameter, eine Öffnungsdiskussion erscheint somit noch verfrüht Die nicht grundsätzlich erfassbaren AG-Tests bleiben weiterhin ein Kritikpunkt, allerdings ist anzumerken, dass der AG-Nachweis im Meldesystem zu erfassen ist, hierzu müsste somit eine gegenläufige Entwicklung zur den per PCR erhobenen Daten sichtbar sein *ToDo: Bitte an Frau Diercke, hierzu bzw. zu gemeldeten vs. übermittelten AG-Nachweisen Nachforschungen anzustellen und dazu in kommender Woche zu berichten* Bei Schulkindern ist eine relevante Anzahl an Ausbrüchen ersichtlich; das Screening soll zwar Fallausbreitung verhindern, deren Effektivität erscheint *in praxi* derzeit jedoch unklar (siehe dazu TOP16) Anmerkung: es existieren bereits Bestrebungen, die TestVO in der Form anzupassen, als dass bundesweit eine PCR-Pooltestung für nicht impfbare Kinder ermöglicht werden soll Aus dem Kölner Modellprojekt gibt es Hinweise, nach der infizierte Kinder oftmals bereits isoliert werden können, bevor eine Übertragung stattfindet Die Lockerungsmaßnahmen sind grundsätzlich als verfrüht zu erachten, da eine gewissen Dunkelziffer berücksichtigt werden muss und ein erneuter Anstieg der Fallzahlen durchaus denkbar erscheint. Dies soll entsprechend so berücksichtigt, kommuniziert und weiter beobachtet werden.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* **Einstufung B.1.617 als VOC/VOI** (Folien hier) ECDC (11.05.21): "At this time, ECDC maintains its assessment of B.1.617.1, B.1.617.2 and B.1.617.3 as variants of interest and will continue to actively monitor the situation.“	FG36 (Kröger)

! Threat Assessment zeitgleich veröffentlicht

WHO (11.05.21, SITREP): B.1.617 sublineages appear to have higher rates of transmission, including observed rapid increases in prevalence in multiple countries (moderate evidence available for B.1.617.1 and B.1.617.2), and preliminary evidence suggests potential reduced effectiveness of Bamlanivimab, a monoclonal antibody used for COVID-19 treatment, and potentially slightly reduced susceptibility to neutralisation antibodies (limited evidence available for B.1.617.1).

! als VOC hochgestuft, PHE bereits letzten Freitag aber nur eine Subvariante, da ein nicht unrelevanter Anteil an Community Transmission und Transmissibilität vergleichbar zu B.1.1.7. vorliegt

PHE (07.05.21, tech. Brief.): "VUI-21APR-02 (B.1.617.2) was escalated to a variant of concern on 6 May 2021 (VOC-21APR-02). It is assessed as having at least equivalent transmissibility to B.1.1.7 based on available data (moderate confidence). There are insufficient data currently to assess the potential for immune escape."

EpiCurve: ab KW14: Anzahl der Sequenzen (Stichproben, gezielt und ungezielt) für B.1.617.1 und .2 stark angestiegen, Daten für KW17 und 18 noch unvollständig ! vermutlich auch für KW17 und 18 mind. Niveau von KW 14 und 15

Anteil von B.1.617.x unter VOC/VOI ohne B.1.1.7: Anstieg v.a. bei gelb bis braun angefärbten Subvarianten

Geografische Verbreitung: primärdiagnostische Labore abgebildet, keine spezielle Konzentration, Großteil keine Angabe des BuLa und ebenfalls i.d.R. keine Reisehistorie

Hier noch keine Todesfälle aufgrund dieser Variante bislang berichtet, Hospitalisierungsrate scheint gering, Datengrundlage reicht jedoch nicht zur abschließenden Beurteilung aus

Zusammenfassung:

Stark steigende Fallzahlen seit KW15 bei sinkender Inzidenz (gesamt)

Es wird eine erhöhte Übertragbarkeit/Fitness vergleichbar mit B.1.1.7 vermutet (UK, WHO, KL)

Siehe hierzu WHO-Working-Definition VOC:

1. A VOI (...) is a variant of concern (VOC) if, through a comparative assessment, it has been demonstrated to be associated with
2. Increase in transmissibility or detrimental change in COVID-19 epidemiology;
3. Increase in virulence or change in clinical disease presentation; or

	4. Decrease in effectiveness of public health and social measures or available diagnostics, vaccines, therapeutics. ! Kriterien für VOC somit erfüllt. Nur für wenige Fälle liegen Information zur Exposition im Ausland vor ! Geschehen in D unklar Starker Anstieg der Fallzahlen von B.1.617.2 in UK, suspected community transmission in einigen Region Einstufung als VOC möglich **5.** Gezieltes Testen (target PCR) mit Kostenerstattung im Rahmen der VO **6.** Gezielte Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen (auch ohne Reiseanamnese o.ä.) Keine Unterscheidung von B.1.617.1 und B.1.617.2 da Differenzierung nur per NGS praktikabel Diskussion: ○ Dem Vorschlag, dass sich das RKI der WHO-Definition und -Empfehlung anschließt, wird zugestimmt ○ Das ECDC sollte auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden ○ Grundlage des abweichenden ECDC-Entscheids mutmaßlich derzeit sehr dynamische Datenlage und internes Threat Assessment ○ Bei nächster AGI sollten Nachforschungs- und Eindämmungsmaßnahmen bei Auftreten dieser VOC diskutiert und in die Länder getragen werden ○ Weitere Begründungen des Anschlusses an die Empfehlung der WHO: unterschiedliche Virusgebietsklassifizierungen erforderlich ○ Herr Drosten wurde hierzu bereits eingebunden, abschließende Einschätzung seinerseits steht noch aus ○ Dynamik, Fitness und v.a. auch Schutzeffektivität der Impfung derzeit unklar; Folge der VOC-Definierung: geimpfte Personen wären zu quarantänisieren, Impfdurchbrüche könnten sensitiver erfasst werden, Surveillance-Intensivierung möglich ! Vorteil ○ Abschließend: RKI schließt sich WHO-Definition als VOC an, zumal Zunahme in letzten Wochen in D stärker als andere non-B.1.1.7-Varianten *ToDo1: Umgehende Mitteilung an das BMG sowie nachfolgend auch an die Länder mit Vorschlag das Containment hier besonderer Bedeutung zuzumessen (Mitteilung an das Lagezentrum um 13:30 durch Herrn Kröger bereits umfassend erfolgt)*	ZIG2 (Bahr)

ToDo2: Als TOP für kommende AGI-Sitzung zu formulieren (auch zur Diskussion von Nachforschungs- und Eindämmungsmaßnahmen)

ToDo3: Aufnahme in nächsten Varianten- und, wenn möglich, in den heutigen Lagebericht

Für weitere VOI/VOCs ist zu bedenken:

- RKI sollte jeweils eigenständige Bewertung vornehmen, der WHO-Einstufung kann sich angeschlossen werden, sofern keine Gründe entgegensprechen, eine explizite Ausweisung im Sinne der Übernahme dieser Bewertungstätigkeit sollte jedoch nicht erfolgen
- Anmerkung: die bislang entdeckten Varianten wurden auch im Rahmen der Surveillance identifiziert

Measures analysis: "Exemptions from COVID-19 Containment Measures for Vaccinated and Recently Recovered Individuals - Bahrain, Chile, France, Germany, Israel, United Kingdom, United States" (Folien hier)

- Analyse der Lockerungsmaßnahmen für vollständig geimpfte, genesene oder negativ getestete Personen
- Untersuchte Länder: D, Frankreich, UK, Bahrain, USA, Chile, Israel
- Inzidenz nimmt in allen Ländern außer Bahrain ab
- Impfakzeptanz niedrig in Israel, Frankreich und USA
- Heatmap: allgemeine Coronamaßnahmen: hier ist noch nicht die Ausnahme von Maßnahmen verzeichnet, sondern ein allgemeiner Überblick: links: 3 Länder (USA; Israel, Bahrain) mit, rechts 3 Länder (UK, Frankreich, Chile) ohne spezielle Lockerungen für diese Gruppen (aber ggf. im Gespräch)
- In Israel, USA und UK setzen sich Lockerungsbestrebungen fort
- In Chile sind die Maßnahmen als unverändert dargestellt, hierbei ist zu bedenken, dass temporäre subnationale Lockerungen, wie im März durchgeführt, nicht abgebildet werden können
- Ausnahmeregelungen für Geimpfte und Genesene: Chile, Frankreich und UK sehen zunächst keine vor (Ausnahmeregelungen in Frankreich und UK jedoch diskutiert), in Deutschland, Bahrain, USA und Israel vorhanden
- Hier sind für Geimpfte und Genesene größtenteils vergleichbare Lockerungen im Freizeitbereich und bei Reisen

	vorgesehen ○ Niedrige Impfakzeptanz in USA, Israel und Frankreich, höhere in Deutschland, UK und Chile ○ Risiken: Viruszirkulation, geringe Impfabdeckung (<40 % in 6 der 7 Länder), hohe Inzidenz in zwei Ländern mit geplanten oder bereits implementierten Ausnahmeregelungen (Frankreich und Bahrain) ○ Empfehlung: sofern Lockerungsbestrebungen bei niedriger Impfabdeckung und keinem universellen Impfangebot bestehen, sind AHA plus L-Regeln weiterhin zu unterstreichen (wie in EpidBull-Artikel genannt), nichtgeimpften Gruppen ist möglichst eine konkrete Impfperspektive zu bieten Diskussion: ○ Compliance in UK ist grundsätzlich anders einzuschätzen, da dort bereits seit langer Zeit ein konkreter Stufenplan mit schrittweisen Lockerungen klar kommuniziert wurde, wenngleich er keine Lockerungen für bestimmte Personengruppen vorsieht ○ Frau Bahr bittet um Einschätzung hinsichtlich der Compliance in Ländern, die keine grundsätzliche Öffnung aber einzelne Lockerungen für Geimpfte in Aussicht stellen, wenn zeitgleich nicht alle Personen bereits eine Impfperspektive erhalten haben. *To Do: Bitte an Frau Lein, die Informationen aus der Cosmo-Studie an Frau Bahr weiterzuleiten, wenngleich diese Studie nicht ganz deckungsgleich zu der Fragestellung ist.*	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* Von Montag auf heute verschoben, muss erneut verschoben werden	FG21 (Schmich)
4	**Aktuelle Risikobewertung** Vertagt	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Maßnahmentipps wurden veröffentlicht unter https://www.infektionsschutz.de/ (RKI- und BZgA-Label) **Presse** Lagebericht Englisch erscheint donnerstags, diese Woche wird er jedoch aufgrund des Feiertags nicht erscheinen, ein Vermerk wird auf die website gestellt **P1**	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel)

	Nichts berichtet	P1 (Lein)
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Schnittstellte Kommunikation/Strategie: Kommunikation der Lockerungen für Geimpfte bei Zusammenkünften Bislang wird die Einschränkungslockerung zu pauschal kommuniziert Es sollte ferner klar differenziert werden zwischen Gruppen ausschließlich geimpfter *versus* Gruppen geimpfter und bislang ungeimpfter Personen – hier ist zudem zu berücksichtigen die unterschiedliche Impfeffektivität, der unterschiedliche Impfschutz nach erster bzw. zweiter Impfung, sowie die mögliche Übertragung von Escapevariaten Ein Bsp. wie CDC das diese Thematik kommuniziert https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/pdfs/choosingSaferActivities.pdf Laut § 4 Ausnahmen von der Beschränkung privater Zusammenkünfte nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des IfSG gelten geimpfte Personen und genesene Personen nicht als weitere Person Die Anregung einer Erstellung einer Übersicht wann welche Hygienemaßnahmen erforderlich sind (siehe auch anschauliche Grafik des CDC) wurde bereits an P1 herangetragen, nun mit der Bitte um eine konservative Darstellung unter Berücksichtigung der VO, P1 arbeitet bereits am layout *To Do: Bitte an P1, die erstellte Grafik mit FG34 und FG36 abzustimmen und zur anschließenden Besprechung in der Krisenstabssitzung zu geben* Anfrage des BMG, ob und wie lange vollständig geimpfte, aber dennoch infizierte Personen isoliert werden sollen aufgrund der Hinweise auf kürzere und geringere Virusausscheidung bzw. einer Transmissionsreduktion Der genannte Sachverhalt begründet keinesfalls eine Isolierung nicht zu empfehlen Die Infektion ist als Fall zu definieren und weiterhin als solcher zu behandeln, eine Isolation ist somit erforderlich KP werden quarantänisiert wenngleich diese Personen mit mutmaßlich weitaus geringerer Wahrscheinlichkeit eine weitere Person infizieren könnten als ein nachgewiesener Infektionsfall bei einer geimpften Person Zustimmung zur Empfehlung, infizierte Personen trotz vorhandener Impfung zu isolieren **RKI-intern** Nicht berichtet	FG36 (Haas) VPräs

7	**Dokumente** Immunitätsnachweise für von Personen, die trotz erfüllter klinisch-epidemiologischer Kriterien entgegen der RKI-Empfehlung nicht labordiagnostiziert wurden (TelKo EPILAG und AGI): Diese sehen sich nun benachteiligt Wenn gegen bestehende Empfehlung verstoßen wurde, sind daraus resultierende, neuerliche und vor allem unsichere Empfehlungen abzulehnen Argumente RKI-seits wurden geliefert Ggf. auch als incentive für den PCR-Nachweis zu nutzen Bei Vergleichen mit Masern sei darauf hinzuweisen, dass hier bereits ca. 40 Jahre wissenschaftlicher Erfahrung bestehen und der entsprechend benötigte Titer genau bekannt ist. Sofern hier nicht genau bekannt ist, welcher Titer ausreichend schützt, sind keine weiteren Empfehlungen in dieser Richtung möglich. Zudem wäre hier aktuell unnötiger aber erheblicher Diagnostikaufwand bei zeitgleich anderswo benötigter Kapazität zu diskutieren KP-Nachverfolgungspapier: Hinweis zur Diskussion um Berechnung der Tage ab Kontakt hinsichtlich Quarantäne: nach wie vor beginnt die Zählung an dem Tag, der auf das Bekanntwerden folgt (14 Tage somit gesichert einzuhalten).	Alle (Rexroth) FG37 (Eckmanns) FG36 (Haas)
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Nicht berichtet	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Zu virologischer Surveillance siehe oben **ZBS1** Nicht berichtet	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Einbindung des RKI in Long-COVID-Forschung (Einbindung in Long-COVID-Plattform von NAPKON/NUM oder Aufbau RKI eigener Plattform?) Long-COVID in Abt. 2 angesiedelt in Zusammenarbeit mit anderen OEs Kontakt Long-COVID-Ambulanz war an Abt. 2 vermittelt worden, nun stellt sich hier die Frage, welche Rolle das RKI (auch organisatorischer Natur) übernimmt Clara Lehmann möchte Versorgungsaspekt der Patienten klar voranbringen, hat im NAPKON eine Untergruppe dazu etabliert und wünscht das RKI an Bord Diese Anfrage wird zwar begrüßt aber es fehlen Ressourcen	FG36 (Haas) FG25 (Scheidt-Nave)

	-welche Aktivitäten sollen am RKI erfolgen, was kann oder sollte outgesourced werden Aktueller Vorschlag Abt. 2 dem BMG ggü.: Übernahme einer Grundkoordinationsfunktion, auch um auskunftsfähig zu bleiben angesichts der derzeit vermehrten Anfragen an Abt. 2 Welche anderen Rollen übernommen werden können, bleibt zu diskutieren Zu beachten hierbei auch: Kapazitätsbeanspruchung, nationale und internationale Netzwerke Anm. zu Netzwerk Universitätsmedizin: mögliche Synergien schaffbar überdortige Bestrebungen zur Zusammenführung von Evidenz *To Do: Aspekt sollte erneut als gesonderter TOP diskutiert werden* Beitrag zu Entlasskriterien (Frau Ruehe, zunächst vertagt auf Freitag)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Nichts berichtet	FG14
12	**Surveillance** Erfassung indischer Variante soll zeitnah möglich sein	FG32 (Diercke)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** Kommenden Freitag ist die Krisenstabssitzung ohne vorgegebenen TOP-Plan als kurzer Abstimmungstermin einzuplanen	Alle
16	Schulöffnung mit Testpflicht kann helfen symptomlose Infektionen aufzudecken, Infektionsketten zu unterbrechen und so einen Beitrag zur Pandemiebewältigung leisten Hier wäre eine Evaluation in den kommenden Wochen interessant Abwägung mit zusätzlichen Ansteckungen: Test müssen mehr aufdecken, als zusätzliche Infektionen durch Schulöffnungen entstehen Diskussion: Kontrollgruppe in geschlossenen Schulen wurde nicht vergleichbar viel getestet Testzeitpunkt erste Woche nach den Ferien: in zweiter Woche nach den Ferien hätte Ansteckung in Schule erfolgen können Es ist mit Vorsicht zu kommunizieren, dass mit AG-Tests die	FG34 (Hicketier)

	Inzidenz in Schulen niedrig gehalten werden könne Ob eine Symptomatik zum Testzeitpunkt vorlag, wurde nicht erhoben, es bestand jedoch die Annahme, dass ein symptomatisches Kind noch zur Schule geschickt würde Nächste Sitzung: Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:12 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - ./.
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG11
  - ./.
- ! FG12
  - ./.
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - N.N.
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - ./.
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! MF3
  - ./.
- ! MF4
  - ./.
- ! P1
  - Esther-Maria Antão
- ! P4
  - ./.
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Franziska Badenschier (Protokoll)
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

Vorbemerkung: Verkürzter Krisenstab und entsprechendes Protokoll wegen Brückentag.

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** Folien hier Fallzahlen, Todesfälle, Trend SurvNet übermittelt: 3.577.040 (+11.336), davon 85.848 (+190) Todesfälle Weiter sinkende Zahl neuer Fälle; heute deutlich weniger als sonst freitags, z.T. Feiertagseffekt von gestern 7-Tage-Inzidenz: 97/100.000 Ew. Gesamtbevölkerung; 37/100.000 Ew 80+ Jahre. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 28.516.504 (34,4%), mit vollständiger Impfung 8.320.680 (10,0%) Intensivregister: Zahlen leicht zurückgehend DEMIS: Meldungen pro Tag über DEMIS und Anzahl COVID-19-Fälle nach Meldedatum Blau: Meldungen über DEMIS Orange: COVID-19-Fälle Wenn normale und variantenspezifische PCR für 1 Person = doppelt oder gar dreifach gemeldet Wochenend-Effekt deutlich: Labore melden weniger Spitzen dienstags und donnerstags Feiertag-Effekt deutlich: an Ostern 4 Tage lang weniger Meldungen, Himmelfahrt gestern auch weniger Meldungen (25 Kreise haben gar nicht gemeldet); Effekt wird nicht ausgeglichen, d.h. keine zusätzlichen Testungen nach Feiertagen, somit nicht nachgemeldet Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: SL schert etwas aus SH weiterhin einziges BL mit 7TI unter 50/100.000 Ew. >50% der Kreise mit 7TI <100/100.000 Ew. Deutschlandkarte hellt sich auf Anmerkungen: BW, TH, Teile von HE noch relativ dunkel – Querdenken-Hochburgen: Korrelation weiterhin gegeben L. Wieler: Verweis auf Analyse von BZgA zu Assoziation von Ablehnung von Maßnahmen und Fällen; Karte sieht ähnlich aus; Screenshot an nCoV-Lage gemailt Dietrich: BZgA verwendet geobasierte Kommunikation, d.h. beauftragte Agenturen spielen unterschiedlichen Content aus *TO DO: Im Lagebericht heute Disclaimer zu Feiertag einbauen und bis Anfang kommender Woche beibehalten; Woche darauf wegen Pfingstmontag erneut verwenden.* *TODO: BZgA, Herr Dietrich, ist gebeten, demnächst Analyse und entsprechend weiteres Vorgehen der BZgA im Krisenstab vorzustellen.*	FG32 (Diercke)
2	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)*	FG38 (Maria

	Neue Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) Gestern (13.05.2021) in Kraft getreten (Anm.: siehe BMG hier) RKI außer bei Begriffsdefinition nicht involviert Neu: bisherige Einreise-VO mit Schutz-VO und Musterquarantäne-VO zusammengeführt §4 Absonderungspflicht nun auf Bundesebene, gilt bis 30.06.2021 – alle anderen bestehen so lange, bis Bundestag Epidemiologische Lage aufhebt Beförderungsverbot integriert: Wenn auf Luftweg aus Virusvarianten-Risikogebiet in DEU einreisend, weiterhin Beschränkung von Beförderung bei Einreise Testnachweise Wenn aus „normalem“ Risikogebiet einreisend: anmelden in DEA aber wenn Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis oder neg. PCR: keine Quarantäne nötig Wenn aus Hochinzidenz-Risikogebiet einreisend: Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis befreit sofort von Quarantäne Ansonsten PCR-Test frühestens ab Tag 5 nach Einreise Wenn aus Virusvarianten-Risikogebiet einreisend: Weiterhin 14 Tage Quarantäne für alle Anmerkung Hanefeld: bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass 3 Risikogebiete-Kategorien komplex sind Kommentierung zu neuer Einreise-VO vor etwa 10d, als ursprüngliches Dokument; Vorschlag für max. Zweischritt nicht aufgenommen *TO DO: Hanefeld schickt Mailverlauf an M. an der Heiden.*	an der Heiden)
3	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Ausbruch ~~Saarbrücken~~ Osnabrück 2** Besonderheit: 45 Personen in Pflegeheim betreut; 19 davon pos. getestet; davon 18 vollständig geimpft; davon wiederum 7 verstorben Alle hatten mehrere Vorerkrankungen waren älter als 82 Jahre Mail an nCoV-Lage 14.05.2021, 11:11 Uhr Einschätzung: bemerkenswerter Ausbruch Diskussion, Fragen und Antworten bzw. offene Fragen: Abstand nach Impfungen? Virusvariante? B.1.1.7 ohne Auffälligkeiten Impfstoff? BioNTech/Pfizer Welche Batches für Erst- und Zweitimpfung? Selbst wenn Probleme nur mit 1 Batch, sind Zahlen hoch. Korrekt gekühlt? – Laut Bericht: Keine Probleme mit Kühlkette oder Erschütterungen Fälle unter Belegschaft? 7 von 55 Mitarbeiter:innen; nicht gesamtes Personal geimpft	FG8 (Maria an der Heiden)

	PEI hat bereits angefragt Ähnliche Ausbrüche in Pflegeheimen mit Geimpften bereits bekannt? Ja, aber nur leicht symptomatisch Serologische Untersuchungen? Bislang nicht; Schwierigkeiten, an Seren zu kommen. *TODO: Informationen/ Bericht mit Leitung und Bremer abstimmen, dann an BMG weitergeben.* *TODO: Ausbruch genauer untersuchen.* *TODO: Austausch mit PEI.*	
	Entisolierungskriterien für geimpfte Positive	
	Grundsatzfrage von BMG, einzelnen GÄ, Konsiliarlabor und anderen Laboren: Wie umgehen mit Geimpften, die einen positiven SARS-CoV-2-Nachweis erhalten? Wie Ungeimpfte behandeln? Datengrundlage jüngst im EpidBull Ähnliche Schlussfolgerung wie CDC und ECDC: Geimpfte spielen keine wesentliche Rolle, können aber potenziell Virus weitertragen Corman und Drosten haben angekündigt, dass häufiger schwach positive Fälle auftreten werden Vorschlag Konsiliarlabor: angepasstes Vorgehen für verkürzte Isolierungsdauer: 2 Tage + anschließende PCR-Verlaufsuntersuchung nach z.B. 72h; je nach Ergebnis Entisolierung oder erneute Beurteilung Fragen: Anfangs Schwellenwert definieren für Verlaufsuntersuchung? Antwort: aufgrund 1 Untersuchung unklar, ob Person am Anfang oder Ende des infektiösen Zeitraums; deswegen sollen alle mind. 1 Verlaufsuntersuchung bekommen. Schwellenwert für Verlaufsuntersuchung, Entisolierung: neg oder weniger als 10^6 Viruslast oder CT30+ o.a.? Antwort: KL möchte voraussichtlich negatives Ergebnis fordern, Entscheidung nach Gespräch mit AGE Diskussion: Wenn Person, die vollständig geimpft ist, zum gegenwärtigen Zeitpunkt als neu infizierte Person entdeckt wird, dann ist das besonders wichtiger Fall; deswegen Interesse an Einzelfall-Analyse Kinetik: für relevante Kinetik ist 2. Untersuchung wichtig Wenn Viruslast ansteigt: vollständig isolieren wie bei Neuinfektion, weil primäres Impfversagen zugrunde liegen kann Wenn Viruslast absinkt und Person symptomlos: verkürze Isolierung möglich. Schwellenwert bei Symptomlosen sollte weiter gültig sein. Großes Interesse an Antwort haben Kliniken: Personal durchgeimpft und weiter exponiert, sodass es positive Befunde geben kann und große Ausfälle befürchtet werden. Falsch-positive PCR	IBBS (B. Ruehe)

	Einerseits: relativ häufig Andererseits: Bei positivem Schnelltest wird 1 anschließender PCR verlangt, nicht 2 PCR; System vertrauen Vergleich Entlassmanagement für medizinisches Personal: weiterhin 2 unabhängige PCR nötig, aber Rückmeldung, dass schwer umzusetzen, z.B. in Pflegeeinrichtungen wegen ungeklärter Kostenübernahme Im Zweifel Einzelfallentscheidung der Klinik – Dilemma: Möglichst viel Sicherheit bieten, aber Praxis nicht außen vor lassen Pro-Argumente, d.h. für (mind.) 5 Tage (insb. Mielke, Oh, Kröger) 72h ist hinreichend langer Zeitraum für Großteil der Betroffenen, um Symptome zu entwickeln oder Virusausscheidung zu verändern Berücksichtigt Zeit zwischen Abstrich, Ergebnis und Kommunikation des Ergebnisses Infektionsprävention höher gewichten als mögl. Personalausfall Skizziert Rahmenbedingungen; Einzelfallentscheidung möglich Falls falsch-positive PCR, dann 14 Tage Isolation auf 5 Tage verkürzt = zu vertreten; aber nicht auf 3 Tage L. Schaade: Es gibt bereits 14, 10 und 5 Tage für Testen/ Entlassungen – nicht noch 3 Tage einführen – sonst Eindruck der Beliebigkeit erwecken Contra-Argumente, d.h. gegen (mind) 5 Tage – für weniger als 5 Tage (insb. Herzog) Keine Evidenz für 5 Tage Entscheidung: 5 Tage Und zum Entlassungstag soll PCR-Test vorliegen, der nicht älter als 72h ist und dessen Ergebnis negativ ist oder unter 10^6 oder CT über 30 *TODO: Rühe möge bitte Textvorschlag erstellen.*	
4	**RKI-Strategie Fragen** **RKI-intern** CDC, USA: Zweifach Geimpfte können auf Maskentragen u.a. verzichten. Diskussion wird auch bei uns aufkommen. Bereits Gespräche im Haus? L. Schaade: nicht darüber diskutieren, solange noch keine 60% geimpft Impfquote in USA viel höher Anmerkungen Bevölkerung wird Mühe haben, bis zum Erreichen einer angemessenen Impfquote Masken zu tragen; nicht möglich, sich von jedem Impfausweis zeigen zu lassen; insofern plausibel, Maskentragen an Impfquote festzumachen. Die meisten Studien zu Impfstoff-Effektivität wurden durchgeführt, als alle Menschen Masken getragen haben.	Presse (Wenchel)

5	**Internationales** **UK wird wieder normales Risikogebiet** UK wird von DEU wieder als „normales“ Risikogebiet eingestuft wegen Virusvariante B.1.617, aber nicht als Virusvarianten-Risikogebiet; ähnliche Situation wie Indien vor drei Wochen Hinweis insb. an Presse Presse: Übers Wochenende wie gehabt erreichbar, wird Lagezentrum vorwarnen Frage L. Wieler: Gibt es bereits passende PCR, um schneller zu sein als mit Sequenzanalyse? Entwicklungen bei Gesundheitsämtern? Antwort Kröger: Einer der Beweggründe für VOC-Ernennung: Mittel für PCR können an GÄ gehen, um besseres Bild zu bekommen; Im neuen SurvNet-Update Möglichkeit geschaffen, Virusvariante einzugeben ad hoc-Erhebung wie bei B.1.1.7 wäre möglich, aber Genomsequenzierungen geben sehr gutes Bild, nur leicht verzögert; nächste Woche zu klären, wenn neue Zahlen aus Genomsequenzierung vorliegen (für KW18+19); zuletzt in ca. 1,5% der Sequenzen die beiden Subvarianten (B.1.617.1 und B.1.617.2) detektiert, v.a. Fälle mit Reiseanamnese Diskussion: variantenspezifische Maßnahmen Noch keine Hinweise, dass Variante schlimmer als B.1.1.7 Jeder Fall muss isoliert werden GÄ gehen unsicher mit Laborergebnissen um, reagieren mitunter erst, wenn Variante bekannt ist; dabei sollten Maßnahmen sich nicht unterscheiden. UK führt spezielle Maßnahmen in Hotspots durch; DEU hat (noch) keine solchen Hotspot; ad hoc-Erhebung würde auch nicht helfen, diese zu finden. *TODO: In EpiLag und AGE (erneut) informieren.* *TODO: Risikogebiete-Seite online aktualisieren.*	ZIG1 (Hanefeld)
6	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mo., 17.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:11 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Montag, 17.05.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Judith Koch
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Anne-Laure Caille-Brillet

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.598.846 (+5.412), davon 86.160 (+64) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 83/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 30.743.232 (37,0 %), mit vollständiger Impfung 9.332.160 (11,2 %) Gemeldete SARS-CoV-2-Nachweise und berichtete COVID-19-Fälle: 1.COVID-19-Fälle (orange) ausgewiesen nach Meldedatum, DEMIS-Meldungen (blau), hierzu zu beachten: teils können pro Fall mehrere Meldungen im System vorhanden sein 2.Am Donnerstag deutlich weniger Meldungen als an sonstigen Donnerstagen, ähnlich für Freitag, am Wochenende Niveau ebenfalls unter dem der Vorwochenenden, deutlich weniger Fälle übermittelt Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Seit Ende April Rückgang der 7TI zu verzeichnen, zunächst graduell bis ca. 12. Mai, dann eine beschleunigte Abnahme, derzeit wieder Abflachung der Abnahme zu verzeichnen, mutmaßlich resultierend aus weniger Tests bzw. Meldungen aufgrund der Feiertage, weitere Beobachtung erfolgt 2. Die Möglichkeit von Nachmeldungen ist weiterhin zu berücksichtigen, somit effektive Inzidenz vermutlich geringfügig unter 100 und vermutlich eher ein Plateau vorhanden als eine Abnahme 3.Trends in BuLä insgesamt ähnlich, Mecklenburg-Vorpomm., Berlin, Saarland u.a. verzeichnen in letzten Tagen weniger Rückgang als vielmehr einen leichten Anstieg Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK: 1. Anzahl der LK mit einer 7TI < 100 weiterhin zunehmend, derzeit nur noch 127 LK mit einer 7TI > 100, v.a. in Thüringen, Sachsen, BaWü, NRW, Teilen Bayerns ○ 7-Tage-Inzdenz nach Altersgruppe (AG): 4.7TI flacht in allen AG ab 5.Höchste 7TI in AG 5-14 und 15-34 Diskussion: 6. Während Feiertagen grundsätzlich weniger Testungen, kein „Nachhol-Effekt“ 7. Herr Wieler weist in BPK kommenden Freitag auf diese Abweichungen erneut hin, wird zu vorsichtiger Interpretation der Zahlen raten	ZIG1 FG32 (Diercke)

	8. Pfingsten: in einigen BuLä Feiertagswoche (derzeitige oder nächste Woche) 9. Disclaimer: 1. Soll heute bestehen bleiben, morgen entfernt werden. 2. Die aktuellen Zahlen und – daraus folgend – der Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Disclaimers (derzeit vermutlich Samstag) sollen in der Krisenstabssitzung am Mittwoch erneut besprochen werden *To Do: Der Disclaimer zu Testzahlen bei Feiertagen soll morgen entfernt und dessen Wiederaufnahme in der Krisenstabssitzung am Mittwoch zusammen mit den aktuellen Zahlen erneut besprochen werden.*	
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ***(nur montags)*** Insgesamt derzeit keine großen Veränderungen zu verzeichnen Grippeweb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen derzeit auf niedrigem Stand, bei der AG 11-14 (orange, derzeit bei 0) wird derzeit geklärt, ob hier ein technisches Problem vorliegt, dass keine Fälle verzeichnet wurden COVID-19: Inzidenz und Anteil nach AG: Anteile in allen AG jeweils über dem Bevölkerungsanteil, bei jungen Erwachsenen vermutlich Artefakt, dass nicht alle Fälle als Meldungen ankommen (relative Anstiege) Ausbrüche in Kindergärten/Horten: Rückgang der Fallzahlen; 92 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen); seit Ostern im Median 3-4 Fälle pro Ausbruch; Anteil der Erwachsenen rückläufig (ggf. aufgrund der Impfung dieser Personen) Ausbrüche in Schulen: nach Ostern sehr starker Anstieg; aktuell 64 neue Ausbrüche; seit März größtenteils in kleinerer Größenordnung mit ca. 2-3 Fällen im Median; momentan deutlicher Rückgang zu verzeichnen; viele Effekte beteiligt Derzeit insgesamt positive Entwicklung ohne akuten Nachsteuerungsbedarf, weitere Beobachtung, v.a. wenn vollständigere Daten vorliegen	FG36 (Haas)
	Modellierung Vorstellung der Ergebnisse zur Modellierung zu möglichen Effekten auf den R-Wert – wenn Kinder bestimmter Altersgruppen geimpft würden – soll binnen der kommenden zwei Wochen in der Krisenstabssitzung vorgestellt werden	P4 (Gottwald) P1 (Jenny)
	Tweet der Grafik zu Herdenimmunität (R-Wert auf Grundlage Geimpfter vs. Ungeimpfter): von P1 finalisiert, wird an Herrn Schaade geschickt zur finalen Abstimmung und kann dann getweetet werden Ggf. empfiehlt sich das wiederholte Tweeten dieser Grafik nach bestimmter Zeit ○ Hintergrund der Grafik/des Tweets: Anfrage des Kanzleramts vor zwei Wochen zu Inzidenz und Durchimpfung, Berechnung von Herrn Mayer erfolgt, Grafik wurde durch das BMG an das Kanzleramt weitergeleitet	Präs

	○ Grafik zeigt, dass der R-Wert Geimpfter so gering ist, dass dieser Personenkreis nicht weiter zur Epidemiologie beitrüge, dass jedoch der Anteil Ungeimpfter weiterhin ausreiche, um die Epidemiologie weiter anzutreiben ! ca. 80 % Durchimpfung zwecks ausreichender Grundimmunität für das Erreichen eines R-Wertes unter 1 erforderlich ○ In Grafik oder Modellierung nicht erfasste Zusammenhänge: Impfquote, Inzidenz – derzeit nicht enthaltener Parameter – und Infektion Geimpfter *To Do1: FG33 bittet um erneute Zirkulation der Grafik durch Frau Jenny, auch im Hinblick noch nicht erfasste Zusammenhänge* *To Do2: Frau Caille-Brillet (BZgA) bittet um die Aufnahme in den Verteiler (Anne-Laure.Caille-Brillet@bzga.de)* *ToDo3: Bitte um die Aufnahme einer Kurzvorstellung durch Frau Hanefeld oder Kolleg*in als eine der kommenden TOPs (Mittwoch oder Freitag)*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* **DEA** Gute Grundstruktur, seit Inkrafttreten neuer VO am 13.05. jedoch Anpassungen erforderlich Ziel zur Einarbeitung 19.05., daher Plattform ggf. zeitweilig nicht erreichbar Umfängliche Abstimmung zwischen BMG, Bundesdruckerei und RKI erforderlich bzw. erfolgt Impfnachweis wird zu verzahnen versucht, wenngleich im Detail unterschiedliche Zielvorstellungen vorhanden sind **CWA**: In letzten Monaten positive Resonanz der Bevölkerung zu vernehmen U.a. Eventcheck sowie Schnelltestnachweise soweit integriert Event Driven User Survey: letzte Woche beendet, ca. 26.000 Teilnahmen, 15.000 Teilnahmen an Nachbefragung Inhaltliche Bewertungen (Zeitpunkt vollständiger Impfung bei unterschiedlichen Impfstoffen, Genesene etc.) werden mit Hochdruck in Kooperation mit FG33 zu integrieren versucht IBM als neuer Partner: anfänglich große Herausforderungen App zu Impfnachweis ist aufzubauen und zu integrieren, diese soll vermutlich Anfang Juni (RKI Hrsg.) erscheinen Vorbereitung auf erste Anfragewelle innerhalb der OE, Anfragen auch zu abweichenden Themen (Impfen allgemein) antizipiert **DEMIS:** Dokument zu DEMIS-Meldungen hier Anbindung bereits vieler Testzentren hinsichtlich Meldung bei positivem AG-Nachweis Meldeportal wird so aufgebaut, dass Ärzte und Apotheker	FG21 (Schmich) FG32 (Diercke)

	ebenfalls Meldungen vornehmen können Neue Profile zur Meldung anderer Erreger werden vorbereitet, bis Ende des Jahres umzusetzen **SORMAS:** Es sind weiterhin Fehler aufgetreten, die einen Einfluss auf die Meldedatenqualität besitzen können Wird weiterhin ausgerollt, bislang über 30 Gesundheitsämter angebunden **Survnet:** Heute wird ein neues Update eingestellt und diese Woche in Gesundheitsämtern ausgerollt, mit dem die in Indien entdeckte Variante noch besser erfasst werden kann Diskussion: CoViRiS wurde in Abt. 3 aufgrund von Engpässen in den Ressourcen aktuell eingestellt, kann jedoch wieder reaktiviert werden, die Schnittstelle wird bis zum Ende der Pandemie weiterhin offengehalten, um Informationen bei Bedarf ggf. zur Verfügung stellen zu können Ressourcen für die IBM Impf-App wurden schriftlich zugesagt, bislang jedoch soweit noch nicht erhalten (morgiges JF dazu) Laut Nature-Publikation wurden durch die UK-App mehrere hunderttausend Infektionen verhindert – ist eine Berechnung der durch die CWA mutmaßlich verhinderte Zahl an Infektionen möglich? UK-App ist mit mehr Funktionen zu diesen Zwecken ausgestattet Eine grundsätzliche Erhebung diesbezüglich hinweislicher Daten wäre für die CWA möglich, die hierzu benötigten Informationen wurden jedoch bislang trotz mehrmaliger Nachfrage nicht seitens Telekom zur Verfügung gestellt Herr Wieler wird mit der Telekom dazu zeitnah Rücksprache halten Event Driven User Survey: wie war die response rate zu den 26.000 Teilnahmen? Bei Erhalt von Warnmeldungen sollten sich die Teilnehmer entsprechend rückmelden Non-responder sind bei der Telekom jedoch nicht abzufragen Inhaltlich komplex, wird gesondert besprochen *To Do: Herr Schmich bietet hierzu an, die Befragungsergebnisse spätestens in kommender Woche vorzustellen*	
4	**Aktuelle Risikobewertung** *To Do: Risikobewertung soll bis Mittwoch überarbeitet und am Mittwoch in der Krisenstabssitzung vorgestellt werden (Dokument hier)*	Abt. 3

5	**Kommunikation** **BZgA** Die BZgA stellt in kommender Woche eine Ausarbeitung zur Bewerbung der Impfung in Kommunen vor (u.a. Best Practice-Beispiele) *To Do: Bitte um Aufnahme als TOP für kommende Woche* **Presse** Keine weiteren Anmerkungen **P1** Kommunikationsempfehlungen zu Antigen-Schnelltests Wurde heute publiziert Dazu werden derzeit Flyer vorbereitet Der Artikel soll unter „Neue Dokumente“ bzw. der Linksammlung im heutigen Lagebericht erscheinen FAQ zu Long Covid Wird diese Woche finalisiert Der dazugehörige Steckbrief sollte weiterhin das Hauptdokument hierzu darstellen Frau Scheidt-Nave hat diese Dokumente in Zusammenarbeit mit FG36 abgestimmt Es wird angemerkt, dass der Steckbrief zwar nicht alle Themen abdeckt, dieser jedoch in der Epidemiologie der Erkrankung den Schwerpunkt findet	BZgA (Caille-Brillet) Presse (Wenchel) P1 (Jenny)
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Thesenpapier von Schrapp *et al.* zur ITS-Versorgung in der Pandemie Das Papier stellt u.a. Art und Schwere der Belastung der Krankenhäuser sowie die zugrundeliegenden Daten infrage Die Interpretation der Autoren erscheint nicht schlüssig Es findet sich zudem der Vorwurf der Manipulation Zu dem Thesenpapier werden aufgrund von Medienanfragen seitens DIVI und DKG Stellungnahmen verfasst Zu weiteren, bereits erschienen Thesenpapieren der Autoren wurde explizit keine Stellungnahme seitens RKI verfasst, dieses Vorgehen muss auch weiterhin so beibehalten werden Eine wissenschaftliche Erklärung der den Daten zugrundeliegenden wissenschaftlichen Verfahrensweisen scheint aufgrund der offensichtlichen Fehlinterpretation der Daten allgemein erforderlich Diese muss jedoch als von o.g. Papier unabhängige wissenschaftliche Veröffentlichung erfolgen	Alle MF4 (Fischer)

	To Do: Bitte um Aufnahme des "Independent Panel-Papier" (ZIG) als TOP am Mittwoch oder Freitag CDR-Papier – Minister Spahn, BMG: Geschickte inhaltliche Absetzung ggf. sinnvoll In der Vorwoche wurden alle Kommentare des RKI übernommen Die Darstellung einer pauschalen Akzeptanz von Inzidenzen unter 50 hat etwas verwundert, hierzu ist aber auf den Stufenplan zu verweisen, dessen Inhalte für Inzidenzbereiche unter 50 überarbeitet bzw. ausgebaut werden sollten Control Covid Papier: Informationen dazu im Internet nicht leicht aufzufinden ! könnte den Vorwurf der Ermangelung einer Öffnungsstrategie befördern Die aktuelle Überarbeitung wird finalisiert (finaler Entwurf vermutlich am 20.05.) Sollte präsenter dargestellt werden (Vorschlag bspw. als Bulletin-Artikel) und neben das CDR-Papier einzuordnen sein, das bereits in der Presse ist Eine Publikation in englischer Sprache kann nachfolgend angedacht werden Es sollte klarer herausgestellt werden, dass die Maßnahmen nicht als Einzellösungen sondern als Multikomponentensystem zu betrachten sind – dieser Aspekt wird im CDR zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht explizit erwähnt ! hierzu dient dann das Control Covid Papier *To Do: klarere Darstellung des Multikomponentencharakters der Maßnahmen soll erarbeitet und das Vorgehen einer präsenteren Platzierung des Control Covid Papiers nach Finalisierung in der Runde besprochen werden*	ZIG
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Herausgabe eines Technical Updates zu VOC seitens PHE m Freitag VOCs B.1.617.1 und B.1617.2 werden beobachtet, bislang Nachweis von ca. 1.500 Fällen, sekundäre Attack Rates scheinen im Bereich derer der B.1.1.7 (ggf. geringfügig höher) zu liegen Eine um 40 % erhöhte Ansteckungswahrscheinlichkeit – wie	FG17 (Wolff)

	in den Medien berichtet – kann nicht bestätigt werden, die Datenquelle dieser Medienaussage ist unklar Neutralisationsdaten: aus Indien, Preprint dazu vorhanden, ca. 50 %ige Reduktion bei Rekonvaleszenz- und Impfseren möglich, Neutralisationsfähigkeit vorhanden, jedoch keine klinischen Daten und wenig Information zu Reinfektion Erscheint derzeit nicht als Variante mit Immune Escape-Potenzial **ZBS1** 337 Einsendungen, davon 216 positiv auf SARS-CoV-2 (64 %), davon B.1.1.7 ca. 84 % Paper zu AG-Tests in Zusammenarbeit mit PEI eingereicht In Vorwoche 3 Proben von Rückkehrern aus Brasilien, brasilianische Variante wird vermutet, die Sequenzierung dauert jedoch noch an	ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Maßnahmen bei positiv getesteten vollständig Geimpften (ID 3462) Klassische Impfdurchbrüche mit Vorhandensein von Symptomen würden klassisch isoliert (14 d Isolation, 2 d Symptomfreiheit plus negativer Test erforderlich zu Entisolierung) Geimpfte Asymtomatische bei positivem PCR-Nachweis: Mehrfachtestung sinnvoll, um Verlauf des Geschehens zu bestimmen Verlaufsmessung, Bestimmung der Viruslast – Zunahme der Viruslast ! klares Infektionsrisiko ! weitere Isolierung Aktueller Textentwurf Entlassungskriterien (Dokument hier) „Asymptomatische Personen mit direktem Erregernachweis nach vollständiger Impfung: ▪ Liegt bei einer asymptomatischen Person nach vollständiger Impfung ein positives SARS-CoV-2-PCR-Ergebnis vor, so wird unabhängig von der initial festgestellten Viruslast eine Isolierung von mindestens 5 Tagen Dauer empfohlen mit Durchführung einer abschließenden PCR-Verlaufsuntersuchung. ▪ Bleibt die Person durchgehend asymptomatisch UND ist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung nach korrekter Probenahme negativ bzw. unterhalb des definierten Schwellenwertes (siehe Hinweise unten), so kann nach 5 Tagen eine Entisolierung erfolgen. ▪ Entwickelt die Person Symptome oder weist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung eine Viruslast oberhalb des Schwellenwertes aus, so greifen unabhängig vom Impfstatus die oben aufgeführten generellen Entisolierungskriterien." Dem aktuellen Textentwurf wird zugestimmt Hier sind PCR- statt AG-Tests erforderlich, da nur diese eine Beobachtungs-/Vergleichsmöglichkeit der Ausscheidungskinetik bieten	IBBS (Herzog)

	Im Vergleich ist bei der Anweisung des AG-Tests nach 14-tägiger Isolierung der Zeitraum viel größer und eine gewisse Unschärfe kann toleriert werden Für den Fall eines suboptimalen Funktionierens der Impfung muss zudem ein Standardverfahren zur Charakterisierung bei hoher Sensitivität entwickelt werden Verläufe werden größtenteils übermittelt werden können, sofern die Verlaufsuntersuchungen durch ein und dasselbe Labor erfolgen (wichtiger Erkenntnisgewinn) 3 Tage vs. 5 Tage: um das Risiko des Vorhandenseins unklarer Verläufe zu minimieren und klarere Ergebnisse zu erhalten, wird der Zeitraum auf 5 statt 3 Tage festgelegt Herr Herzog merkt an, dass der Mehrwert in einer zweitägigen Verlängerung des Zeitraumes bei negativem PCR-Test an Tag 3 fraglich erscheint (Control Covid vs. No Covid)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** Juni: *Ad hoc* WHO Global Communication: 07.06. opening und 5.06. closing panel, dazwischen jeden Freitag Session zu Science Communication, u.a. Science Communication for Decision Makers (Chair: Frau Jenny), WHO Positionspapier soll dazu geschrieben werden Herr Schaade Mittwoch und Freitag nicht da ! Herr Hamouda übernimmt die Moderation	Alle P1 (Jenny) VPräs
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:30 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kirstin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Maud Hennequin
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ○ nicht besprochen **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.624.095 (+11.040), davon 86.665 (+284) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 72,8/100.000 Einw. ▪ 7TI sinkt, mehr neu gemeldete Fälle als am Vortag, aber gering für Mittwoch. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 31.094.584 (37,4 %), mit vollständiger Impfung 9.548.021 (11,5 %) ○ Gemeldete SARS-CoV-2-Nachweise und berichtete COVID-19-Fälle: ▪ Rückgang etwas steiler als an den Vortagen, es kann aber sein, dass noch aufgefüllt wird. Es scheint insgesamt eine leichte Verlangsamung der Abnahme zu geben. Könnte sich mit weiteren Öffnungen noch weiter abflachen und zur Plateaubildung führen. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: ▪ SN und TH haben weiterhin die höchste 7TI. TH sinkt etwas ab, liegt inzwischen nahe an BW. In keinen BL steigt die 7TI, z.T. zeigt sich leichte Plateaubildung. ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK: ▪ Karte hellt sich auf, nur noch 76 Länder über einer 7TI >100, 95 LK unter 50, auch im Süden, aber Schwerpunkt in TH noch stark zu sehen, viele LK mit hoher 7TI ○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe: ▪ Ein Rückgang ist in allen Altersgruppen sichtbar. Die niedrigste 7TI in hohen Altersgruppen. Bei Kindern und jungen Erwachsene weiterhin hoch, fast doppelt so hoch wie die bundesweite 7TI. ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner nach Altersgruppe: ▪ Daten haben zu Irritationen geführt, aber Anzahl aus Meldesystem ist nicht mit denen aus dem DIVI-Intensivregister korrelierbar. ▪ Höhepunkt bei 60-79- und 35-39-Jährigen wurde in MW 15-17 erreicht. Insgesamt Jüngere bei dritter Welle stärker betroffen. ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Derzeit ca. 1000 Todesfälle pro Woche – Anzahl der Todesfälle geht zurück, korreliert mit Rückgang der Fallzahlen, v.a. in Älteren ○ PCR-bestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne übermittelten	ZIG1 FG32 (Diercke)

	Antigennachweis ▪ AG-Nachweise unvollständig übermittelt. Im Meldesystem wurde bei 7% der PCR-bestätigten Fälle ein zuvor durchgeführter AG-Nachweis mit übermittelt. Anteil relativ stabil seit MW 11. ○ An das RKI übermittelt Antigennachweise mit (blau) und ohne (orange) PCR-Bestätigung ▪ 70% der übermittelten AG-Nachweise werden per PCR bestätigt. Seit MW 10-19 zeigen sich ähnliche Werte, keine größeren Veränderungen. Bedeutet, dass ca. 1000 Fälle pro Woche nicht bestätigt werden. ○ Diskussion ▪ Heatmap: Effekte der Impfung gut zu sehen. Daten zur Durchimpfungsrate AG der 60+ auf DIM ▪ ggf. auch Herdenimmunität unter 60%? Britische Studie: Schutz von Personen in Altenheim und KH bei hoher Durchimpfung. Vorsichtig kommunizieren, da möglicherweise Effekt auf schwere Fälle, aber auf Ausbreitungsdynamik ggf. nicht so einen hohen Einfluss.	AL1 AL3
	Testkapazität und Testungen (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** ○ Wie erwartet durch den Feiertag und Brückentag in der letzten KW weniger Testungen. Positivenanteil weiter gesunken (8,3%). Seit einigen Wochen geht die Anzahl der Testungen, die positiv Getesteten und auch der Positivenanteil zurück. Die Anzahl der übermittelnden Labore bleibt konstant, Testkapazitäten gleichbleibend, Rückstau vernachlässigbar. ○ Besorgniserregende Varianten: über 90% Varianten, wobei B1.1.7 vorherrschend, andere Varianten insgesamt unter 1% ○ POCT in Einrichtungen: Anzahl durchgeführte Tests in Einrichtungen geht deutlich zurück, auch im Verlauf der letzten Wochen. Anzahl der meldenden Einrichtungen geht jedoch auch zurück. Aussagekraft daher eingeschränkt, aber an der Befragung insgesamt nur ein kleiner Teil der in Frage kommenden Einrichtungen beteiligt. Anteil der Teilnehmenden der stationären Pflege hat stark abgenommen, ebenso wie die Anzahl der Tests. Unklar wieso (Impfungen?), wird erfragt. ○ Interessant, dass unter den AG-Tests an GÄ ca. 75%, bei den Einrichtungen nur 54,8% per PCR als positiv bestätigt werden. ○ Diskussion: ▪ B1.617 wird in Zukunft ebenfalls aufgenommen. ▪ In Genomsequenzierung sieht man Rückgang von B1.1.7 um 4% für aktuelle KW, Plateau erreicht, sinkt ggf. unter Einfluss der anderen Varianten und sinkender Fallzahlen ▪ B.1.617 als Familie ca. 2%, 1,6% davon Subvariante 2 ▪ Insgesamt ca. 300 Fälle seit KW 9 für diese Variante, relativ geringe FZ ▪ Compliance der Testungen in Altenheimen, Rückgang der Zahlen deckt sich mit anekdotischen Infos. Möglicherweise könnten Poolteste, ähnlich den Lolli-	FG36 (Kröger) AL1

	Testen in Schulen u.a. aufgrund des geringeren Aufwands die Compliance erhöhen. Kann in AG Diagnostik besprochen werden.	FG37 (Eckmanns)
	ARS-Daten (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** ○ Insgesamt wurde, wie erwartet in der KW19 weniger getestet. Sogar weniger Testungen als in Osterwochen. Der Positivenanteil geht ebenfalls zurück ○ Auch in den BL sind die Testung zurückgegangen (außer in den Ländern, die wenig testen, z.B. Bremen) ○ Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen Organisationseinheiten: ▪ In Arztpraxen wurde sehr wenig getestet, ebenfalls weniger als in den Osterwochen, Positivenanteil fällt aber weiter ab. ▪ Auch in KH und Testzentren etwas weniger getestet. ▪ Aber unabhängig von Anzahl der Testungen sinkt der Positivenanteil weiter. ○ Nach Altersgruppen: ▪ In allen Altersgruppen geht Anzahl der Testungen runter, nicht altersspezifisch ▪ Aber bei 0-4jährigen bleibt der Positivenanteil gleich, bei den anderen Altersgruppen sinkt er ab. ○ Altenheime und KH ▪ Die Anzahl der Ausbrüche in Altenheimen liegt auf niedrigem Niveau, keine 3. Welle. ▪ Derzeit ca. 50 neue Ausbrüche. ▪ Anzahl der Ausbrüche in KH liegt höher. ○ Analyse zum Vergleich der Ausbrüche >=10 Fälle, über 3 Zeitabschnitte (KW40-53, KW1-7, KW8-15): ▪ Vergleich aufgrund des Ausbruchs in Osnabrück ▪ Im Vergleich geringere mediane Ausbruchsgröße in KW8-15 ▪ Anteil Hospitalisierung bleibt ähnlich, aber zurück geht der Anteil der Todesfälle ▪ In vielen Ausbrüchen mehr Todesfälle als Hospitalisierungen, da die Menschen z.T. sehr schnell sterben oder nicht mehr ins KH wollen. ▪ Ausbrüche ähnlich dem in Osnabrück gibt es, in SurvNet derzeit ca. 10 Ausbrüche mit ähnlichem Setting ▪ Dies zeigt, dass weiter in Altenheimen getestet werden muss. ○ Diskussion: ▪ Maximale Anzahl der Todesfälle in erstem Vergleichszeitraum sehr hoch (43 Fälle in einer Einrichtung)	FG36 (Buda)
	Syndromische Surveillance (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** ○ Grippeweb: ▪ Stabilisierung der ARE-Rate, keine Veränderung zur Vorwoche, sehr niedriges Niveau, ähnlich Vorjahr ○ ARE-Rate hat sich bei 5-14-Jährigen erhöht, während sie bei	

	restlichen Altersgruppen gleich geblieben oder gesunken ist. Aber sie liegt insgesamt auf sehr niedrigem Niveau, so dass das auch durch wenige Fälle ausgelöst sein kann. Sollte weiter beobachtet werden. ○ ARE-Konsultationen: ▪ In allen Altersgruppen ist Konsultations-Inzidenz gesunken. Bundesweit nur noch 280.000 Arztbesuche, während es in der Vorwoche 466.000 waren. Erklärt auch weniger Testungen. ○ ICOSARI, SARI-Fälle: ▪ Bei AG 0-4 und 5-14 stabile Zahlen ▪ Bei über 15-Jährigen in allen AG deutliche Abnahme, bei den 80+ war bei Hospitalisierten keine 3. Welle zu sehen. ○ ICOSARI, COVID-SARI-Fallzahlen: ▪ Deutlicher Rückgang der hospitalisierten COVID-Fälle in allen Altersgruppen, v.a. bei AG 60-79, aber auch bei AG 35-59. Bei AG 35-59 aber immer noch auf Niveau der 2. Welle ▪ Bei Intensivpflichtigen ebenfalls Rückgang in AG 35-59, 60-79 und 80+, auch hier das Niveau der AG 35-59 noch auf dem der 2. Welle. ▪ Medianes Alter bei allen hospitalisierten Fällen und Fällen mit Intensivbehandlung bei 61 Jahren ○ ICOSARI, Anteil COVID an SARI-Fällen ▪ Anteil COVID an allen SARI Fällen ebenfalls zurückgegangen, für alle Hospitalisierten bei 55% ▪ Bei denen in Intensivbehandlung bei 76%, weiterhin sehr hoch. ○ Diskussion: ▪ Wer wird weniger getestet? Gemischter Effekt – normalerweise verschiebt es sich zu Fällen mit schweren Symptomen (in offenen Praxen und Notaufnahmen), aber Abnahme scheint real, daher Beurteilung erschwert. Aber keine Anzeichen, dass Abnahme der Fallzahlen nur Folge von verminderter Testhäufigkeit ist. Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** ○ Starker Rückgang, auch in allen Behandlungsgruppen, besonders bei „leichten“ Behandlungsgruppen, aber inzwischen auch bei ECMO und invasiver Beatmung. ○ In allen BL ist der Rückgang sichtbar. In einigen BL ist der Rückgang langsamer, so zeigen Bremen und SH stagnierendes Niveau. Diese BL haben aber kleine Belegungen. ○ Ein besonders starker Rückgang ist in BB und TH zu sehen. Und auch BW zeigt inzwischen Rückgang ○ Altersstruktur und Entwicklung der Altersgruppen: von 88% der gemeldeten COVID-Pat. liegen Altersangaben vor ▪ 40-49jährige übersteigen inzwischen die 80+ ▪ Altersgruppenentwicklung der letzten 2 Wochen: Rückgang in allen Altersgruppen, außer bei 18-	FG37 (Eckmanns) MF4 (Fischer)

	29jährigen und 40-49jährigen. Bei den Kindern war die Belegung stabil, stieg aber in den letzten 4 Tagen. ○ Belastung: ▪ Belegung von nicht COVID-Pat. und COVID-Pat. dargestellt. Die Gesamtbelegung war zum Peak der 3. Welle ähnlich wie im Peak der 2. Welle, aber die Anzahl der schweren Fälle war sehr hoch. ▪ Der Personalmangel ist noch vorhanden, noch ist keine Kehrtwendung sichtbar. ○ Diskussion: ▪ Viel mehr ECMO-behandelte Fälle, daher freie Kapazitäten niedriger. Wird klarer wenn Beatmungsformen einzeln dargestellt werden. Mehr schwere Fälle und daher weniger betreibbare Betten. ▪ Die 50.000 € für Vorhaltung der Kapazitäten sind auch in die Kosten für Umstrukturierung (technische Geräte, Personal etc.) gegangen.	FG36 (Haas), FG37 (Eckmanns) FG17 (Dürrwald)
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** ○ 81 Einsendungen in dieser Woche. Dies ist die seit Beginn des Jahres niedrigste Anzahl, erstmalig unter 100 Proben pro Woche. ○ Es ist insgesamt ein deutlicher Rückgang sichtbar, wahrscheinlich da aktive Betreuung, Kontaktierung der Praxen ausgesetzt wurde. ○ Eingesendet wurden Proben aus 31 Arztpraxen aus 11 AGI-Regionen ○ Verteilung auf Altersgruppen: Seit der Öffnungen im März mehr Proben von Kindern ○ Rhinoviren zeigen weiteren Rückgang, SARS-CoV-2-Nachweise zuletzt fast unverändert (4,94 %) und nur ein Nachweis von Parainfluenzaviren, ebenfalls rückläufig. Kein Nachweis von Influenza. ○ Altersverteilung Rhinoviren AG 0-4 und 16-34 ○ Endemische Coronaviren: NL63 zeigt weiter einen starken Anstieg, OC63 einen Rückgang, insgesamt ein ungewöhnlich hoher Anteil an saisonalen Coronaviren. ○ Altersverteilung endemische Coronaviren: AG 5-15 und 0-4 am stärksten betroffen, aber auch Infektionen bei AG16-60 ○ Diskussion: ▪ Warum Anstieg bei NL63? Geringere Basisimmunität bei NL63 könnte eine Rolle spielen, durch den langen Zeitraum, in dem durch Maßnahmen Infektionen unterdrückt wurden. Dies wird auch für Influenza befürchtet. Aber auch Rückgang der Einsendungen, ggf. Verzerrung, wenn einzelne Praxen stärker betroffen. Bei NL63 bisher kein Rückgang aufgrund saisonaler Faktoren zu sehen.	AL3

2	**Internationales** *(nur freitags)* nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Kleine Änderungen wurden eingebaut (Dokument hier): ○ Rückgang der 7TI und FZ: „leicht“ geändert zu „deutlich zurückgegangen“ ○ Bewertung des Geschehens als diffuses Geschehen: „immer noch“ eingefügt. ○ Abnahme der Ausbrüche in Altenheimen und KH: Rolle der fortschreitenden Durchimpfung stärker formuliert ○ Bei Dynamik der Verbreitung von Varianten und bei Übertragbarkeit B1.617 ergänzt ○ Einschätzung der Gefährdung der Gesundheit: „weiterhin“ zugefügt ! In internationalen Meetings hat Spanien vorläufige Studiendaten genannt wonach die Inkubationszeit von B1.617.2 länger sein und schon länger vor Symptombeginn ausgeschieden werden könnte. UK geht von einer bis zu 50% höheren Transmission als B1.1.7 aus. ! In AGI wurden Länder aufgefordert niederschwellig auch auf B1.617 zu testen. Länder warten jedoch auf Signal des RKIs, derzeit Empfehlung der Testung nur bei Reiserückkehrern aus Indien. ! Prioritär auf VOC zu untersuchende Situationen (z.B. Ausbrüche, hohe Attack Rate) sollen im Kontaktpersonenmanagement-Papier betont werden. Auch in der IMS sollte betont werden, dass bei ungewöhnlich starken Ausbruchsgeschehen/ hoher Attack Rate Proben eingesendet werden sollten. ! Kostenübernahme für Target-PCR ist über Verordnung geregelt ! Für die Frage der Verbreitung und des Anteils der Fälle sind die anlasslosen Untersuchungen auf VOC wichtig. ! Die Testung ist generell abhängig von den Indikationen. Das Thema wird am 20.05. auch in der AG Diagnostik thematisiert. Nach Diskussion mit BMG soll dazu eine Empfehlung auf die Internetseiten gestellt werden. ! Reiseanamnese Indien und UK sollte Indikation sein, ggf. auch ganz allgemein Reiseanamnese. Ausbruchssituation (hohe Attack Rate, weiterer Verdacht) und Haushaltsuntersuchungen bei einem B1.617 Fall. ! Nicht typisierbare Erreger in Ausbrüchen sollten sequenziert werden, um ggf. neue Varianten zu identifizieren. *ToDo:* ! *Kontaktpersonenmanagement-Papier soll angepasst werden (W. Haas).*	FG38 (Rexroth), alle Präs, alle

	! *Dokumente zu IMS überprüfen und ggf. anpassen (S. Kröger).* ! *Empfehlungen/Indikationen zur Testung sollen erstellt bzw. angepasst werden (Hr. Mielke).*	
5	○ **Kommunikation** ○ **BZgA** ○ nicht berichtet ○ **Presse** ○ nicht berichtet ○ **Gespräch Saale-Orla-Kreis** ○ Thürigen hat das RKI in gebeten mit dem Landrat und dem Amtsarzt des Saarle-Orla-Kreises in Kontakt zu treten. U. Rexroth und M. Jenny haben das Gespräch geführt. ○ Die Landesebene hatte den Eindruck, dass der Landrat nicht hinter den Maßnahmen steht. Dies hat sich im Gespräch anders dargestellt. ○ Der Kreis hat seit längerer Zeit eine 7TI über 500, hat ca. 80.000 EW, sehr ländlich, die größte Stadt hat 10.000 EW. ○ Landrat ist seit 10 Jahren im Amt und auch der Amtsarzt ist gut etabliert. Aber die Bevölkerung hat keine Risikoperzeption, ist der Maßnahmen müde und zeigt Ablehnung der Maßnahmen (Testen, Kontaktreduktion etc.) ○ Beispiel: 90% der Eltern schicken ihre Kinder in die Notbetreuung und die Mehrheit lehnen die Testung ab. ○ Die Untererfassung ist sehr hoch, z.T. eine Positivenquote von 80%. Anteil der Todesfälle trotzdem bei 2,4%, wahrscheinlich Untererfassung. ○ Kreiskrankenhäuser haben keine COVID-Stationen, daher auch keine betroffenen Pfleger/Ärzte. Auch öffentliche bekannte Todesfälle (Bürgermeister, ohne Vorerkrankungen) ändern Risikowahrnehmung nicht. ○ Die Maßnahmen werden durchgesetzt, sehr viele Bußgeldbescheide. Heftige Reaktionen der Bevölkerung. ○ Zuletzt Rückgang der Zahlen, wird durch das Wetter erklärt. ○ Es soll versucht werden Leute aus der Community als Multiplikatoren zu gewinnen, ist aber schwer, da es eben solche Multiplikatoren gibt, die sich stark gegen die Maßnahmen einsetzen. Auch lokale Ärzte beteiligt. ○ Diskussion: ▪ Dokumentation der Situation vor Ort wäre wichtig. Gespräch wird zusammengefasst und	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel) FG38 (Rexroth)

	Bericht gegenüber dem Seuchenreferenten von TH. Nicht öffentlich. Es wäre gut, wenn es jemand vor Ort aufarbeiten würde und wenn es Bemühungen der Aufarbeitung gibt, sollte das RKI das unterstützen. Prüfung, ob wir objektive Parameter erfassen, die hilfreich sein können. Ansonsten wäre eine Analyse mit sozialwissenschaftlichen Methoden möglich. **Bericht aus dem Gesundheitsausschuss** ○ Impfen: Ab 7.6. soll Priorisierung aufgehoben werden, Betriebsärzte sollen dann auch impfen. Jeder Betriebsarzt soll 800 Dosen Impfstoff pro Woche bestellen können. ○ Schwangere: Hr. Spahn hat sich hinter die STIKO-Empfehlung gestellt, Impfung in Einvernehmen mit dem Arzt/der Ärztin ○ Impf-App: Verhandlungen innerhalb der EU über die zu übermittelnden Infos, bei Änderung muss immer auch Impf-App geändert werden ○ BM Spahn zu Verkürzung des Impfabstands: Fehlende Zweitimpfung vor Reisen ggf. auch negativ, dann besser kürzerer Abstand. ○ Frage, ob es Daten nach Zweitimpfung zu Sinusvenenthrombosen gibt ○ Heterologer Impfschutz: Hinweis, dass das Thema bei anderen Impfungen nicht so diskutiert wird. ○ Impfung von Kindern: Auch wenn STIKO die Impfung für Kinder nicht empfohlen wird, BM Spahn plant trotzdem ein Impfprogramm ○ Frage zur Auffrischung nach 6 Monaten: Juli/Aug sollen genug Impfstoffe zur Verfügung stehen ○ Haltung von Hr. Spahn zu Risikogebiet UK: im Zweifelsfall vorsichtiger wegen Variante, Reiseverkehr sollte nicht vereinfacht werden ○ Frage nach personeller Ausstattung des RKI bei weiteren digitalen Projekten ○ Blut: Richtlinienkompetenz soll der Bundeärztekammer genommen werden. Das Gesetz wurde jedoch noch verändert, wird nochmal überarbeitet, kommt nicht mehr ans RKI. ○ Strategiepapier Schrappe: Es wird eine Klarstellung von Fachleuten erwartet, BM Spahn rechnet mit Stellungnahme des RKI. Es wird eine sachliche Darstellung geben an der Hr. Wieler beteiligt ist. In den FAQs des DIVI Intensivregisters sind viele Informationen vorhanden.	Präs

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Sport im Freien bei Kindern und Jugendlichen Anfrage von Fr. Wessel aus dem BMG, Erleichterung des Sports für Kinder mit Testungen? Thema wird von Fr. Loss bearbeitet *ToDo: Thema soll in Absprache mit Fr. Loss außerhalb des Krisenstabs bearbeitet werden.*	
7	**Dokumente** nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** s.o. PCR-Untersuchung zur B1.617 ist etabliert, kann im Sentinel durchgeführt werden **ZBS1** Nicht berichtet	FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht besprochen	
12	**Surveillance** SORMAS Korrekturen: Von gestern auf heute wurden ca. 500 Fälle die doppelt gezählt worden waren, korrigiert. Die Doppelung hatte sich durch einen Fehler in der SORMAS-Software ergeben. Es zeigten sich keine gravierenden Änderungen, aber bei einigen kleineren GÄ gab es von gestern auf heute eine Abnahme der Fallzahlen.	AL3
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)*	FG38

	Ausbruchsscreening wird eingestellt 20.05. Intra Action Review mit IGV-Flughafengruppe, Extraktion von Lessons Learnt FFP2-Maskenpflicht im ÖPNV wird entfallen, Verordnungen werden entkoppelt von der epidemische Lage von nationaler Tragweite, die ggf. im Sommer enden könnte. Derzeit sind alle entsprechenden Verordnungen an die epidemische Lage geknüpft.	(Rexroth)
15	**Wichtige Termine** nicht berichtet	
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Melanie Brunke
- ! FG 16
  - Anton Aebischer
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Maude Hennequin
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 19.05.2021 Fälle: 163.869.893 (+1.98 ? im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 3.398.302 (2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Weitgehend unverändert, TOP 3 Indien, Brasilien, USA Nepal auf 10. Stelle aufgerückt Ansteigender Trend in Brasilien, Argentinien, Kolumbien, alle anderen Länder rückläufig Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Länder mit den höchsten Inzidenzen überwiegend auf dem amerikanischen Kontinent, auch in Europa mit DF und FR, ebenso Indien und die Nachbarländer Epikurve WHO Sitrep: Weltweit Rückgang der Neuerkrankungen um 12%, der Todesfälle um 5% WHO-Regionen: Rückgang in allen Regionen außer Western Pacific und South-East Asia Kontinente: Nur in Amerika kein Rückgang der Fälle, größter Rückgang der Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche in Europa Andere Berichte: Heute: Vereinigtes Königreich Schalte BMG läuft zeitgleich zur Krisenstabssitzung zur Frage, ob UK zum Virusvariantengebiet erklärt wird Kumulativ 4.452.531 Fälle, 127.694 Todesfälle (2,9%) 7T-Inzidenz 15,5/100.000 54,5% mit mind. 1. Impfdosis, 30,7% vollständig geimpft Hospitalisierte Fälle und Beatmungsfälle seit 9/2020 rückläufig Am 12. 05 dennoch die höchste Zahl neugemeldeter Fälle seit einem Monat Höchste Fallzahlen im SO und SW Englands und in dicht besiedelten Regionen Irlands und Schottlands Varianten: starker Anstieg von B.1.617.2 (bereits als VOC eingestuft) in der letzten Woche (2.111 Fälle = 60% der gesamten B.1.617.2 Fälle) Häufung von B.1.167.2 in den Räumen London und Bolton, Community Transmission, nur wenige reiseassoziierte Fälle Diskussion Hat der große Anteil indischer Bevölkerung im Raum Bolton mit der hohen B.1.167.2 Fallzahl zu tun? Ggf. in den vorangegangenen Wellen weniger betroffen und daher naiver für eine Infektion? Vorliegende Daten mit Stratifizierung nach ethnischer Zugehörigkeit sprechen nicht dafür	ZIG1 E. Romo Ventura

	Auch Annahmen wie eine größerer Impfskepsis in dieser Region stehen eher im Hintergrund CMO C. Whitty nimmt eine deutlich (50%) erhöhte Infektiosität an, Studiendaten liegen noch nicht vor Gezielte Maßnahmen lokal: Door to door-Angebot von Impfung und Testung **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 3.635.162 (+8.769), davon 87.128 (+226) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 67/100.000 Einw., in der Altersgruppe >80: 28/100.000, in der Altersgruppe 60-79: 37/100.000 Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 32.178.636 (38,7%), mit vollständiger Impfung 10.432.968 (12,5%) Fälle in intensivmedizinischer Behandlung gehen weiterhin zurück Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 5 BL mit 7T-Inzidenz <50: SH, HH, MV, NS, BB Auch in SN (hier deutlicher) und TH Rückgang der Inzidenz In BE und HB kleiner Anstieg (hier ist ggf. vorheriger Rückgang durch Feiertagseffekt Christi Himmelfahrt zu beachten) Nowcasting und R-Werte 7-Tages R-Wert seit Ende April deutlich unter 1, bleibt aktuell trotz Anstieg weiterhin unter 1, dies zeigt, dass die Fallzahlen sinken, aber nicht mehr ganz so schnell, wie bisher Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis Kein Landkreis mehr > 250/100.000 Zahl der Landkreise <50/100.000 nimmt zu Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen In den AG 10-19 Jahre und 20-49 noch bundesweit hohe bis sehr hohe Inzidenz, in der AG >80 in SN und TH nach wie vor hohe Inzidenz (dies erklärt auch das Plateau bei den Todesfällen) Sterbefallzahlen Deutschland Im Vergleich zu den Vorjahren ist noch eine (geringe) Übersterblichkeit festzustellen (KW 16-18) Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet)	FG32 M. Diercke
2	**Internationales** ***(nur freitags)***	

	Folgemission (Erstmission 18.-23.04) nach Montenegro startet am Sonntag, Ziele: Laborhilfe, Aufbau Sequenzierungskapazität, Interaction Review Austausch mit dem National Institute of Virology (Puna, Maharashda) führte zur Organisation eines zweiteiligen Workshops (20./21.05.) unter Beteiligung mehrerer OE des RKI (u.a. MF1, FG 17) Das Feedback ist bereits jetzt sehr positiv, Dank an alle Beteiligten	ZIG J. Hanefeld
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Aktuell kein Änderungsbedarf	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** nicht berichtet, da Herr Dietrich verhindert ist Vortrag zur Informationsstrategie der BZgA zu COVID-19 auf unbestimmte Zeit verschoben **Presse** (keine Themen) **P1** (nicht berichtet)	 BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Krisenstabssitzung Mittwoch 26.05.: Update ZIG: Review of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and response *ToDo: Bitte auf die Agenda vom 26.05. setzen* Impfung/ Freigabe der Patente/Spende Kann das RKI (das sich als PH-Institut der WHO nahe fühlt) eine kontroverse Meinung haben (zur Regierung, die hier eventuell eine Einzelmeinung vertritt)? Es werden intensive Diskussionen innerhalb des Instituts geführt zur Freigabe der Impfstoff-Patente. Problem liegt bei der Produktionskapazität, deshalb sollte der Ansatz, Produktionskapazitäten vor Ort auszubauen,	 Alle ZIG FG 37 T. Eckmanns FG 33 O. Wichmann ZIG J. Hanefeld

	unterstützt werden. Dies wird auch von der EU/von der Leyen unterstützt Im Rahmen einer Kommunikation von ZIG mit BMG wurde von dort auf die Unterstützung der COVAX Initiative und COVAX Facility verwiesen Die Spende von Impfstoffen wäre ein leichterer Schritt, es ist sinnvoll, im Rahmen des Bevölkerungsschutzes mehr auf mRNA-Impfstoffe zu setzen und die WHO hat dringenden Bedarf an Vaxzevria signalisiert, jetzt wäre der richtige Zeitpunkt, zu spenden Hinweis: Man kann sich der historischen Debatte nicht entziehen, wie es zu bewerten ist, dass Material gespendet wird, das hier niemand will ZIG hat dazu bereits einen Initiativbericht vorgelegt, in welchem die Spende vorgeschlagen wurde, Reaktion war auch hier ein Hinweis auf die COVAX-Initiative, BMG hat hier bestimmte Grenzen angedeutet Disclaimer zu Neuerkrankungen/Inzidenzen Pfingsten: Soll am Montag erscheinen und zunächst bis Mittwoch, 26.05. bleiben, Entfernung wird Mittwoch im Krisenstab entschieden Grundsätzlich sollten Disclaimer restriktiv eingesetzt werden, werden dem RKI eher negativ angerechnet *ToDo: Disclaimer verfassen für Montag den 24.05., der im Lagebericht und auf dem Dashboard erscheint (Hinweis auf weniger Arztbesuche und niedrigere Testzahlen an Feiertagen, kein Hinweis auf weniger Übermittlungen durch die GÄ),* *ToDo: Agenda Krisenstab 26.05.2021: Disclaimer* **RKI-intern** (nicht besprochen)	M. Diercke
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Impfung von Kindern EMA Zulassung für BioNtec- Vakzine ab 12 Jahre steht für Ende nächster Woche in Aussicht STIKO befasst sich intensiv (kritisch) mit dem Thema Eine dafür eingerichtete STIKO Unter-Arbeitsgruppe liefert Zuarbeit Pädiatrische Fachverbände stehen der Impfung von Kindern zurückhaltend gegenüber Politik bereitet bereits Impfaktionen vor, damit die entsprechenden Jahrgänge zum Ferienende geimpft sind Frage der Equity - in vielen Regionen der Welt fehlen Impfstoffe, hier werden Gruppen ohne/mit sehr geringem Risiko geimpft ImpfVO Aktualisierung ist in Arbeit, Priorisierung soll zum 07.06.2021	FG33 O. Wichmann

	aufgehoben werden Aus epidemiologischer Sicht ist das aus den folgenden belegbaren Gründen vertretbar: AG >70 zu 75% geimpft, AG >60 zu 55-60% geimpft, Impfakzeptanz: 85 % der Bevölkerung möchten eine Impfung, demnach möchten nur noch etwa 4 Millionen Menschen >60 Jahre eine Impfung, diese Personengruppe könnte bis zur Aufhebung der Priorisierung geimpft sein Auf Bevölkerungsebene können dann keine Todesfälle mehr durch die Impfung verhindert werden,! vom Individualschutz der Risikogruppen kann auf Bevölkerungsschutz als Impfziel übergegangen werden Kommentar O. Hamouda: Auch in der ...konferenz war die Impfung ein Hauptthema: Wo soll der Impfstoffe herkommen? Muss Betriebsärzten und Hausärzten wieder entzogen werden? Auch Impfzentren berichten von Lieferschwierigkeiten. Kurzer Bericht aus der BPK Oberbürgermeisterin der Stadt Köln, H. Reker, berichtet von aufsuchenden Impfangeboten, beschreibt aber gleichzeitig starke Widerstände RKI befürwortet aufsuchende Impfangebote seit Jahren, COVID-19-Impfung sollte ein Anlass sein, dies zu verstetigen Europäische Interoperabilität des Impfpasses wäre eine echte Innovation Wertschätzung gegenüber RKI bezüglich der Leistung im Rahmen der CWA/digitalen Entwicklungen ist gewachsen Lob an alle Beteiligten, vor allem dafür, trotz des Drucks und der Überlastung immer fachlich und sachlich geblieben zu sein	O. Hamouda L. Wieler
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 467 Proben, davon: 24 SARS-CoV-2 78 Rhinovirus 21Parainfluenzavirus 106 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 2 RSV 0 Influenzavirus **ZBS1** In KW 20 bisher 472 Proben, davon 143 positiv auf SARS-CoV-2 (30%) Rate für B.1.1.7: 84% Insgesamt etwas Entspannung, Probenaufkommen nimmt ab	FG17 Djin-Ye Oh ZBS1 J. Michel

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Es erfolgte eine Aufforderung durch das BMG: Weitere Studien sollen angeregt werden, die den Einsatz von AK fördern, da der Abruf derzeit noch nicht zufriedenstellend ist	IBBS C. Herzog
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Lockerungspläne Niedersachsen; keine Masken, keine Tests im Einzelhandel bei „niedrigen“ Inzidenzen; eingebracht von Hr. Schaade per Mail 21.05.21, 07:27 Uhr Diskussion Aktuelle 7T-Inzidenz NS: 47,1, wie soll das RKI Stellung nehmen zur geplanten Aufhebung der Test- und Maskenpflicht im Einzelhandel ab einer Inzidenz von <35. Soll ein Bericht an das BMG verfasst werden? BPK heute: Hr. Spahn und Hr. Wieler befürworten die Beibehaltung der bisherigen Regelungen Kann man mit Evidenzen argumentieren, da nur eine von 10.000 Risikobegegnungen zur Übertragung führt? Es sollte kommunizierte werden, dass COVID-19 ein gesamtgesellschaftliches Problem ist. Inzidenzen können sehr schnell wieder steigen, es sollte auf die Erfahrungen des letzten Sommers hingewiesen werden, die Akzeptanz für die Regeln war zuletzt hoch Ungeimpfte sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt Masken sind kollektiver Fremdschutz mit daraus folgendem Eigenschutz, dies lässt sich für das Setting Krankenhaus belegen Evidenzen ergeben sich aus dem Gesamtpaket der Maßnahmen, die Nachverfolgung ist nach Kontaktsituationen im Einzelhandel selten möglich Frage, wann die AHA+L Regeln deeskaliert werden können, wird jedoch irgendwann beantwortet werden müssen, die Inzidenz ist keine geeignete Maßzahl Im geschlossenen und kontrollierbaren (Impfung, Kontaktsituation) Setting Pflegeheim ist das Reduzieren der Schutzmaßnahmen vertretbar Derzeit stehen andere als epidemiologische Entscheidungs-kriterien im Vordergrund: Reiseindustrie, Gastronomie/ Hotellerie, hauptsächlich Ökonomie, geringer auch Wahlkampf Auch im Rahmen des Treffens der Staatssekretäre der Landesgesundheitsministerien standen kaum inhaltliche, jedoch viele wirtschaftliche Fragen im Vordergrund Frage: Wir kann Kommunikation an die breite Bevölkerung verbessert werden, da dort der „Common Sense“ derzeit stärker ausgeprägt erscheint? Es sollte klar zum Ausdruck kommen, dass die AHA+L Regeln u.E. so lange wie möglich beibehalten werden sollten Twitter wird als schneller Kommunikationskanal vorgeschlagen, der alle Interessierten direkt erreicht BZgA: Frau Ebrahimzadeh-Wetter wird an das Social-Media-Team der BZgA weitergeben, dass verstärkt an die Bevölkerung kommuniziert werden soll, dass AHA+L und die	L. Schaade M. Brunke T. Eckmanns T. Aebischer U. Rexroth O. Hamouda

	einfachen Basismaßnahmen weiterhin wichtig sind, zum Schutz der Ungeimpften Begründung, warum dies jetzt wichtig ist sollte mitgeliefert werden: Zum Schutz Ungeimpfter, Gefahr durch Virusvarianten Stellung der BZgA ist ebenso, wie die des RKI nicht einfach, nicht alles ist umsetzbar Frau Lein wird das Thema an M. Jenny spiegeln Rückmeldung an U. Rexroth vom niedersächsischen Gesundheitsministerium: Dort klare Positionierung gegen die Aufhebung der Maskenpflicht im Einzelhandel Präs vertritt die Ansicht, dass eine Verschriftlichung der Haltung des RKI gegenüber dem BMG angezeigt ist *ToDo: Email-Text von U. Rexroth (mit Verweis auf Control Covid) an Niedersachsen soll als Grundlage einer schriftlichen Stellungnahme an das BMG dienen, FF U. Rexroth, Zuarbeit wurde nicht benannt* Darstellung der 7Tage-Inzidenzen gemäß § 28b IfSG Auftrag Rottmann (BMG): Verlinkung zur Tabelle mit rückwirkend aufgrund von Nachmeldungen korrigierten Zahlen Umsetzung wurde gestern bereits mit O. Hamouda besprochen: Es werden weiterhin beide Tabellen („eingefroren“ und „korrigiert“) zur Verfügung gestellt, um Nachfragen aus den Ländern so gering wie möglich zu halten, ggf. wird die Reihenfolge der Verlinkung angepasst Soll am Dienstag auch in der AGI thematisiert werden *ToDo: Möglichst noch heute Kommunikation der bevorstehenden Änderung an die Länder,* *ToDo: Auf die Agenda der AGI setzen* Änderung IfSG: Unter-16-Jährige sollen künftig zum Tragen einer medizinischen Maske statt einer FFP2-Maske verpflichtet werden, wenn dies gemäß Bundesnotbremse angezeigt ist.	P1 I. Lein L. Wieler U. Rexroth M. Diercke FG 32/38
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	

13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* Kurzbericht vom IAR der Flughafengruppe am 20.05.2021 (online Format, 3h) Top 3 negative Aspekte ▪ FH-Infrastruktur ist nicht für Pandemien ausgelegt, zu enge Aufenthaltsräume, Engstellen bei der Abfertigung etc. ▪ KP-Nachverfolgung im Flugverkehr ist arbeitsaufwendig und ineffizient ▪ Zeitfenster für die Umsetzung von Verordnungen sind zu kurz Top 3 positive Aspekte ▪ DEA erleichtert vieles, sollte verstetigt werden ▪ Zusammenarbeit mit den Behörden hat sich verbessert ▪ Die von U. Rexroth bereits 2020 ins Leben gerufenen Telefonkonferenz des IGV-Flughafen- Netzwerks hat sich als sehr hilfreich bewährt	FG38 M an der Heiden
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* Sorge vor den Sommermonaten wächst Arbeitsbelastung wird wachsen, da Arbeitsaufwand für Kontaktpersonen-Nachverfolgung durch Ferienreisen zunimmt Deeskalation in allen Bereichen ist nötig, dies betrifft u.a. die Berichterstattung Sollte an BMG kommuniziert werden Anordnungen für Mehrarbeit enden aktuell am 30.06.2021, eine Verlängerung ist notwendig, damit Überstunden bezahlt oder ausgeglichen werden können Alle Mitarbeitenden mögen sich bitte für die nächsten 8 Wochen eintragen *ToDo: Bitte Deeskalationsvorschläge schriftlich zusammenfassen (U. Rexroth)* *ToDo: Bitte an alle OE-Leiter, die im LZ Mitarbeitenden zu bitten, sich für die nächsten 8 Wochen in den Schichtplan einzutragen, damit die Urlaubszeit abgedeckt werden kann*	FG38 U. Rexroth U. Rexroth
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 26.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:51 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 26.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - ??
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - John Gubernath
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! ZIG2
  - Thurid Bahr
- ! BZgA
  - Christoph Peter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.656.177 (+2.626), davon 87.726 (+270) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 47/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 33.503.002 (40%), mit vollständiger Impfung 11.896.572 (14%) ○ Anzahl Meldungen von Labornachweisen und COVID-19-Fälle ▪ Nicht nur die Anzahl an COVID-19-Fällen ist zurückgegangen, sondern auch die Anzahl der DEMIS-Meldungen an die GA. Letzte Woche deutlich weniger Meldungen aus den Laboren. ○ COVID-19 Fälle mit und ohne Antigennachweis ▪ Anteil Fälle mit Antigennachweis nimmt nicht weiter zu, obwohl Testangebot breit verfügbar ist. ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Relativ einheitlicher Rückgang in allen BL. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Niedrigste Inzidenzen bei den am meisten gefährdeten Altersgruppen. ▪ Inzidenz bei allen AG ab 65 Jahre < 35. ▪ Inzidenz >100 nur noch bei 10-14 Jährigen ○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppe ▪ Anzahl Hospitalisierter ist rückläufig. ! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote	FG32 (Diercke) Abt.3 (Hamouda)

	▪ Im Vergleich zur letzten Woche wurden wieder mehr Testungen durchgeführt, Positivanteil jedoch auf 5,8% gesunken. ▪ Mitte April Höhepunkt bei Positivquote, seitdem Rückgang. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Wiederanstieg Anzahl Tests auf Niveau der vorletzten Woche ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Zahl der meldenden Labore etwas zurückgegangen ▪ Anteil VOC 90,6%, davon fast 90% B.1.1.7 ▪ B.1.351 und P1 < 1% ▪ B.1.617 noch nicht erfasst, laut Information aus molekularer Surveillance bei ca. 2%.	FG37 (Haller)
	○ AG-POCT in Einrichtungen ▪ Zahl der teilnehmenden Einrichtungen geht zurück vor allem im stationären Pflegebereich. ▪ 0,15% der AG-POCT waren positiv, davon sind 86% in PCR gegangen, davon wurden 55% als positiv bestätigt übermittelt.	FG36 (Buda)
	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Kein deutlicher Rückgang der Testzahlen, aber starker Rückgang der Positivenanteile. ○ Anzahl Personen mit SARS-CoV-2-PCR-Testung/ 100.000 Einw. nach Altersgruppe ▪ Weiterhin werden >80 Jährige am häufigsten getestet. ○ Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Positivenanteile gehen in allen AG zurück. ○ Anzahl positive Testungen/ 100.000 Einw. nach Altersgruppe ▪ Sehr parallele Entwicklungen in allen Altersgruppen. ▪ Realer Rückgang von positiven Tests nicht bedingt durch Rückgang der Zahl der Testungen.	

	○ Aktive Ausbrüche im Gesundheitswesen ▪ Rückgang seit letzter Woche ▪ Aktive Ausbrüche in Alten- und Pflegeheime: 45 ▪ Aktive nosokomiale Ausbrüche: 33 ○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Anzahl der Ausbrüche ist zurückgegangen, Nachmeldungen sind noch zu erwarten.	FG17 (Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate: niedrigeres Niveau als in Vorjahren, in etwa auf Niveau von 2020 während der Maßnahmen. ▪ Bei 0-4 Jährigen ARE-Rate deutlich gestiegen. ○ ARE-Konsultationen ▪ In KW 19 Einbruch der Fallzahlen vermutlich durch Schließung von Praxen wegen des Feiertages, nun wieder Anstieg der Konsultationen. ▪ Weiterhin niedrige Anzahl von Arztbesuchen ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle ▪ Deutlicher Rückgang der SARI-Fälle ▪ 3.Welle bei >80 Jährigen fast nicht mehr zu sehen. ▪ Trotz Rückgang Anzahl bei 35-59 Jährigen weiterhin hoch. ▪ Bei 0-4 Jährigen kaum Fälle, in Vorjahren durch andere Atemwegserkrankungen verursacht. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Positive Entwicklung setzt sich fort. ▪ Bei 35-59 Jährigen trotz Rückgang noch knapp auf Niveau der 2.Welle. ▪ Altersmedian geht nach wie vor leicht zurück. ○ ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID an SARI-Fällen ▪ Anteil an COVID bei allen Hospitalisierten ist zurückgegangen, erstmals seit KW 7 wieder leicht unter 50%.	MF4 (Fischer)

	▪ Anteil mit COVID Diagnose an SARI mit Intensivbehandlung weiter sehr hoch (81%), aber deutlicher Rückgang der SARI-Fälle mit Intensivbehandlung seit 2 Wochen.	
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ KW 20: 113 Einsendungen ▪ leichte Steigerung gegenüber letzter Woche ▪ Trend: Einsendungen gehen zurück. ○ Probeneingang diese Saison insgesamt jedoch sehr gut.	FG36 (Kröger)
	○ Ab 7. Woche Infektionen bei Kindern angestiegen, überproportional mehr Einsendungen aus dieser Altersgruppe.	Mielke
	○ Parainfluenzaviren: leicht angestiegen ○ SARS-CoV-2: Positivquote auf 2,65% gesunken. ○ Rhinoviren: ▪ leichter Anstieg ▪ Positivquote am höchsten bei 5-15 Jährigen, gefolgt von 0-4 Jährigen.	Wieler
	○ Influenzaviren: ▪ Sehr außergewöhnliche Grippesaison, nur 2 Nachweise von Schweineinfluenza, sonst nichts. ○ Saisonale Coronaviren: ▪ NL63 ist zurückgegangen, leichter Anstieg von OC63 und 229E. ▪ Die Altersgruppe der 5-15 Jährigen ist am häufigsten vertreten. ○ Diagnostikdokument wurde aktualisiert und um B.1.617 erweitert. ▪ Noch wirksame Neutralisationsfähigkeit, Wirksamkeit von Antiseren und monoklonale Antikörper reduziert.	FG32 (Diercke)
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier)	

	○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Aktuell 2.999 behandelt, Rückgang von 736 Fällen im Vergleich zur Vorwoche. ▪ Rückgang in allen Beatmungsgruppen ▪ Rückgang auch bei Sterbefällen ○ Anteil der COVID-19-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten ▪ Rückgang in allen BL ○ Altersstruktur der COVID-19-Patienten auf Intensivstation ▪ Stand gestern Information von 90% aller gemeldeten Patienten: ca. 1/3 unter 60 Jahre, 1/3 60-69 Jahre, 1/3 ab 70 Jahre ▪ Regional: im Norden mehr Jüngere betroffen, im Osten Gruppe der 60-69 Jährigen deutlich dominanter. ▪ Entwicklung: In allen Altersgruppen ab 40 Jahre Rückgang, in Gruppe der 0-39 Jährigen Stagnation, jedoch relativ kleine Zahlen. ○ COVID-19-Belegung und Belastung ▪ Reduktion in Belegung der schweren Fälle (Beatmete und ECMO) und Zunahme der freien Behandlungskapazitäten ▪ Entspannung bei Personal-/ Raummangel und Zunahme freier ITS-Bettenzahl. ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Sehen sehr vielversprechend aus, Rückgang in allen Kleeblättern. ! Bericht zu VOC ○ In KW19 Anteil VOC bei ca. 90% ○ Anteil B.1.617 (ca. 2%) sehr leicht gestiegen von KW18 auf KW19. ○ Anteil der Sequenzierungen relativ stabil seit KW12 ○ Regionale Verteilung von B.1.617: noch relativ geringe Zahlen verteilt über ganz Deutschland. ○ 80% der Fälle zwischen 15-60 Jahre, Anteil der Kinder	

	leicht gestiegen. ○ Als Infektionsort geben ¾ Deutschland an, im privaten Umfeld, keine lokalen Hotspots. ! Zum Wording hinsichtlich B.1.617: Impfstoffwirkung nicht ganz so ausgeprägt wie bei anderen Varianten laut Daten aus Public Health England. Es gibt Hinweise, dass es quantitativ messbare Unterschiede hinsichtlich der Schutzwirkung gibt. Dies muss weiter beobachtet werden. ○ Wird in Public Health Intelligence Bericht auch so kommuniziert. ! Gibt es Daten zu höherer Transmission zu B1.617? ○ Public Health England sieht Tendenzen, dass es so sein könnte, gewisse höhere Fallanstiegsrate. Von 8% auf 12% erhöhte Transmissibilität wird angenommen. ○ Wichtig: Lockerungen nur langsam mit Augenmaß, möglichst nach Stufenplan. -> wird am Freitag nochmal im Krisenstab besprochen ! Zur Info: In BY und BW sind zurzeit Pfingstferien. Dies hat Einfluss auf Testfrequenz bei Kindern und deren Verhalten. ! Disclaimer ○ War bis heute (Mittwoch) geplant -> Einigung: Disclaimer bleibt bis Donnerstag ○ Kein Disclaimer für Pfingstferien	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* ! Nicht besprochen	FG21 (Schmich)

4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Beschreibung internationale Lage (hier): Noch ist die Formulierung „nimmt die Anzahl der Fälle weltweit zu". Sollte das angepasst werden? Fallzahlen sinken international, Fälle sind um 14% zurückgegangen. ➔ Formulierung wird in „…weltweit ab" geändert. ! Inzidenz ist mittlerweile < 50. Es sollte überlegt werden, ob die Risikobewertung von „sehr hoch" auf „hoch" runtergestuft werden soll. ➔ wird nächste Woche besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Morgen Wartungsarbeiten von 18-20 Uhr, deshalb kein Zugriff auf Redaktionssystem. Nur was morgen bis 17 Uhr da ist, kann ! Gibt es Neues zu den Inzidenztabellen? ○ Bilateral mit Hr. Rottmann besprochen: Email war nur Vorbereitung für Fall der Fälle. Bis 7. Juni soll nichts verändert werden. Hoffnung, dass Inzidenz bis dahin so niedrig ist, dass auf Änderungen verzichtet werden kann. ○ Eine Begründung kann RKI nicht liefern, muss vom BMG geliefert werden. -> Wird nochmal beim BMG angefragt. **Wissenschaftskommunikation** ! Schnelltestresultate aus Befragung COSMO von Ende letzter Woche ○ 68% haben bereits einen Schnelltest durchgeführt. ○ Menschen, die die Maßnahmen für übertrieben halten weniger häufig als diejenigen, die das nicht tun. ○ Bei einem positiven Schnelltest würden 86% einen PCR Test, 68% würden einen 2. Schnelltest machen. ○ Bei positiven Schnelltestergebnis besteht bei 86% die Bereitschaft sich zu isolieren, 80% würden ihre Kontakte informieren. ! Anfrage vom Bundesverband für freie Berufe (Ärzte, Anwälte, Apotheker): Erfahrung und Expertise soll verschriftlicht werden, hätten hierfür gerne Input vom RKI. ○ Ziel ist Pandemieplan aus Sicht der freien Berufe, wollen nicht an Erfahrung des RKI vorbei arbeiten. ○ Antwort bisher: Expertise ist spannend und wichtig, sollen sich melden, wenn sie etwas Konkretes haben. Reaktion darauf: rufen oft an und schreiben viele Emails. ○ RKI hat gerade sehr viele Anfragen, was soll geschehen? ○ Arbeitsministerium/Betriebsärzte sind Ansprechpartner für betriebliche Konzepte, haben zum Teil auch Musterpläne. ○ Erfahrungen aus Vergangenheit: Trennen zwischen Pandemieplanung auf nationaler Ebene, zur betrieblichen Sicherstellung der Funktionsfähigkeit kann RKI nicht beraten und fachlich nichts Zusätzliches beitragen. ○ Erfahrungen sollten systematisch ausgewertet und transparent publiziert werden. ○ Geplante Antwort: wurde nochmal diskutiert, freuen uns auf	BZgA (Peter) Presse (Wenchel) Hamouda Rexroth P1 (Jenny)

	spannende Ergebnisse. ○ Sollen Erfahrungen aufschreiben, kann Baustein sein für späteren umfassenden Pandemieplan.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! ~~Update~~ ZIG~~:~~ Update Maßnahmenanalyse: Recognition of COVID-19 Vaccination Status and International Travel Restrictions ~~Review of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and response~~ (Folien hier) ○ Analyse internationaler COVID-19 Maßnahmen: Bericht erscheint alle 2 Wochen ○ Thema dieses Mal ist, inwiefern ausgewählte Länder Impfungen anerkennen und bei Geimpften Ausnahmen bei Testung und Quarantäne machen. ▪ Impfquote in ausgewählten Ländern in KW19: Deutschland (11%), Frankreich (13%), UK (30%), Bahrain (37%), US (39%), Israel (59%), Seychellen (63%) ○ Überblick über 7-Tagesinzidenzen und Durchimpfungsraten ▪ In Seychellen und Bahrain Anstieg der Inzidenzen trotz hoher Impfraten. ○ COVID-19 Maßnahmen ▪ Insgesamt Lockerungen ○ Wechselseitige Anerkennung von Impfungen der Länder ▪ Welche Impfstoffe akzeptiert werden, ist je nach Land unterschiedlich. ▪ In DEU, FRA, ISR werden nur Impfungen akzeptiert, die im Land auch verfügbar sind. ▪ SYC akzeptiert jeden Impfstoff. ▪ Große Unterschiede zwischen Ländern hinsichtlich des Impfnachweises. ▪ Noch weit entfernt von gegenseitiger Anerkennung von Impfungen und von Nachweis der Impfungen. ○ Ausnahmen von Testpflicht und Quarantänepflicht ▪ In BHR und DEU Ausnahmen bei Testpflicht ▪ In BHR, DEU, ISR, USA Ausnahmen bei	ZIG (Bahr) Mielke

	Quarantänepflicht ▪ Mehr Länder lassen Ausnahmen bei Quarantänepflicht als bei Testpflicht zu. ○ Diskussion in AGI um Anerkennung von Impfungen aus dem Ausland ▪ Können diese im Impfpass nachgetragen werden? ▪ Es spricht nichts gegen einen Nachtrag, wenn einem Arzt die Information vorliegt, dass Impfung stattgefunden hat. ▪ Kann dann z.B. Personal von Gaststätten differenzieren, welche Impfung stattgefunden hat? ○ Ist es potentiell riskanter, wenn mehr Länder Ausnahmen von Quarantänepflicht als von Testpflicht machen? ▪ Kann gerechtfertigt werden, solange keine Escape-Mutanten auftauchen. ▪ Vermutlich pragmatischer Ansatz, da Durchführung von Testungen leichter ist als Quarantäne. ○ Grund für Beibehaltung der Testungen bei Reisen bis auf weiteres ▪ Schutzwirkung gegenüber symptomatischen Infektionen. Quarantäne verursacht viel größere Einschnitte. ○ Wenn Inzidenz wesentlich höher ist, als Impfrate nahelegen würde (z.B. Bahrain, Seychellen), dann ist Impfung entweder ineffektiv oder Übertragungsrate noch wesentlich höher. ▪ Keine einfache Erklärung: Bei beiden Ländern wurde schon relativ stark gelockert, während die Impfkampagne lief. ▪ Spricht dafür, nicht anhand der Impfrate über Lockerungen zu entscheiden. Sinkende Transmissionen müssen sich im Verlauf auch abbilden. ▪ Welche Impfstoffe werden angewandt? In Seychellen hauptsächlich Sinopharm, in Bahrain sind viele Impfstoffe verfügbar. ○ Sinovac und Sputnik sind bei uns von Quarantäne noch nicht freigestellt aufgrund von unzureichender Datengrundlage.	Rexroth

	○ Was wo verimpft wird ist eine gute Fragestellung. Nimmt ZIG mit in die Fragestellung auf. **b) RKI-intern** ! Im Lagebericht am Freitag wird in Zukunft nur noch auf den mittwochs erscheinenden VOC-Bericht verwiesen, keine Zahlen hierzu mehr im Lagebericht. ! Bemühungen im RKI zu deeskalieren hinsichtlich Inanspruchnahme durchs BMG, Lageberichte etc. ○ Ein Initiativbericht ist in Vorbereitung, muss noch abgestimmt werden ○ Die Frequenz des Lageberichts soll auf einmal pro Woche reduziert werden. ○ Der Signalebericht (im Moment nur im Intranet verfügbar) soll Ersatz für den täglichen Lagebericht sein: Signalebericht auf Bundesebene als täglicher Überblick. ! Vorschlag: Frequenz des Krisenstabs auf zweimal die Woche zu verringern. ○ Dann müssten ein paar Punkte gestrichen und die Agenda verschlankt werden. ○ Allgemeine Zustimmung im Krisenstab ○ Die Wochentage müssen noch bestimmt werden. Dienstag ist ungünstig. Montag und Freitag? Montag und Mittwoch?	
7	**Dokumente** ! Nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ! Nicht besprochen	ZBS1 FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Wunsch von Hr. Spahn Antikörpergabe zu promoten wurde gestern berichtet.	IBBS (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Seit Freitag nichts Neues, Niedersachsen ist hinsichtlich der Lockerungspläne wieder zurückgerudert.	

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, 07.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:30 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 28.05.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Djin-Ye Oh
- FG32
  - Michaela Diercke
- FG33
  - Ole Wichmann
  - Stefan Scholz
  - Maria Waize
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Kai Schulze
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Sebastian Haller
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffczyk
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- IBBS
  - Bettina Ruehe
- ZBS1
  - Janine Michel
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Esther-Maria Antão
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Iris Hunger
- ZIG1
  - Luisa Denkel

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 27.05.2021 Fälle: 168 Mio. Fälle Todesfälle: fast 3,5 Mio. Weltweit abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: In vielen Ländern inkl. Indien, Iran, Türkei, russische Föderation, Frankreich Nepal abnehmender Trend Trend ansteigend in Argentinien, Brasilien und Kolumbien In Kolumbien und Argentinien P1 Variante stark vertreten Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Einfärbung insgesamt weniger dunkel als in Vorwochen 13 Länder mit 7-T-I >200/100.000, u.a. Malediven, Bahrain, Seychellen, Uruguay, Argentinien; 36 Länder mit 7-T-I >100 und 72 Länder > 50/100.000 Epikurve WHO Sitrep: Datenstand 26.05.2021 Anteil Fälle und Todesfälle vom afrikanischen Kontinent klein aber ansteigend, auch im Vergleich zu Vorwochen WHO AFRO weist auf Fallanstieg und auf Impfstoffbedarf hin, bisher wurde nur wenig Impfstoff geliefert In Asien, Europa, Ozeanien abnehmender Trend Trend in Amerika stagnierend, Abnahme in USA, Zunahme und hohe Fallzahlen in Südamerika Situation GB Letzten Freitag wegen B.1.617.2 als Virusvariantengebiet ausgewiesen Fallanstieg (knapp 70%) für gesamtes Land zu sehen, 17.700 neue Fälle gemeldet Hohe Durchimpfungsrate (1. Dosis >70%, Vollimpfung 46%) Gestern 13. Technical Briefing von PHE zu Varianten In jüngsten sequenzierten Fällen 58% B.1.617.2 Orte mit höchster 7-T-I auch größter Anteil dieser Variante Hotspots North West und Bolton Neues PHE Risk Assessment zu VOC B.1.617.2 Übertragbarkeit weiterhin rot/höher als bei B.1.1.7 Impfung nun auch rot: Evidenz bzgl. reduzierter Impfstoff-Wirksamkeit insbesondere nach 1. Impfstoffdosis, nach zweifacher Impfung nur wenig Reduktion beobachtet Hohe Anzahl Neuinfektionen in Ländern mit hohen Impfquoten Bahrain Impfquote: >50% 1. Dosis, 40% 2. Dosis Dennoch starker Fallzahlanstieg Mögliche Erklärung durch verschiedene Faktoren: Lockerungen ab Anfang Mai, Fastenbrechen Mitte Mai, Hinweise auf Nutzung von Sinofarm Impfstoff mit ggf.	ZIG1

	reduzierter Wirksamkeit Booster 6 Monate nach 2. Impfung geplant Jetzt auch Lockdown Kaum Sequenzierung, keine Evidenz zu Varianten Seychellen Impfrate 1. Dosis 71%, 2. Dosis 63% 1/3 der Neuinfektionen bei vollständig Geimpften Vor allem Sinofarm Impfstoff genutzt Wenig/keine Information zu Virusvarianten Beide Länder haben kleine Bevölkerung und viele (50% oder mehr) Saison/Gastarbeiter/Touristen, Impfproportion beruht vl. nur auf Staatsbürgern? Ggf. gibt es Ausbrüche in nichtgeimpften Gruppen? Muss untersucht werden Zweitimpfung war nach 3 Wochen, vl. reduzierte Effektivität? Wie wird mit der Impfung von Genesenen umgegangen? Ggf. wäre eine zusätzliche Impfung sinnvoll um höheren Schutz bei Genesenen zu gewährleisten Sinofarm ist nicht so gut wie mRNA Impfstoffe, nach WHO-Daten liegt Effektivität bei 70%, keine Daten zur Wirksamkeit bei >60-jährigen, mehr Information zu den Betroffenen wäre zur Einschätzung notwendig Diskussion Anstieg B.1.617.2 in GB ist besorgniserregend Evidenz für Escape (UK technical note): Transmissibilität durch Impfung nicht so stark eingeschränkt; bei vollständig Geimpften nur kleine Minderung der Effektivität, nach einfacher Impfung größere Reduktion des Impfschutzes Neue Varianten und Impfintervall/Impfdurchbrüche 2. Impfdosis ist notwendig da 1. Dosis nicht effektiv genug Größeres Intervall ! mehrimmune Response, aber wenn nach 1. Dosis Schutz niedrig ist, sollte Intervall auch nicht zu groß sein Intervall-Erweiterung bei mRNA-Impfstoffen wird gerade in WHO diskutiert Impfdurchbrüche sind noch nicht zu bewerten, Genesene WHO empfiehlt wegen neuer Varianten zwei Impfdosen Hierzu gibt es noch nicht viel Evidenz und es laufen verschiedene Studien UK impft Genesene zweimal Umgang mit neuer Variante B.1.617.2 in Deutschland RKI empfiehlt besonderen Umgang mit Ziel Containment, mehr KoNa, Testung aller Kontakte, usw. Auch aus ÖGD Forderung nach strengerem Vorgehen bei B.1.617.2 Nachweis, z.B. PCR-Test nach Quarantäne-Beendung Bei Reiseanamnese soll variantenspezifische PCR gemacht werden, große Labore machen dies bereits, aber Verzug in Diagnostik und Informationsvermittlung Erkennung: B.1.617.2 hat in UK nicht die Deletion, in DEU 90% der SARS-CoV-2-Proben mit Deletion, bei positivem herkömmlichen Test, ist B.1.617 Verdacht groß AL1 bringt dies in die AG Diagnostik Wunsch der IGV-Flughafengruppe: PCR-Testung von Kontaktpersonen, sollte in die Einreise-VO aufgenommen	

	werden, PCR-Testung verpflichtend oder mindestens optional nach Einreise aus Virusvariantengebieten Vorschlag wird entwickelt und erneut mit Begründung ans BMG geschickt *ToDo: FG38 (Maria an der Heiden) bereitet Vorschlag zur Erweiterung der Einreise-VO bzgl. Umgang mit neuen Varianten*	
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.669.870 (+7.380), davon 88.187 (+192) Todesfälle, 90% B.1.1.7 Variante 7-Tage-Inzidenz: 40/100.000 Einw. IST-Beanspruchung ist rückgängig Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 34.305.216 (41,2%), mit vollständiger Impfung 13.053.626 (15,7%) Indikatorbericht Inzidenz auch rückläufig bei älteren und jungen Personen Rückgang des Positivanteils getesteter Proben Keine Kreise mehr mit so hohen Inzidenzen, Anzahl LK im grünen Bereich deutlich zunehmend Todesfälle rückläufig aber teilweise weiterhin hohe Todesfallzahlen Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: In allen BL rückläufiger Trend Niedrigste Inzidenz in MV, 3 BL mit <25 MV, SH, HH TH und BW auch <100 In keinem BL Signal für Anstieg zu sehen Im Norden mehr LK mit sehr niedrigen Inzidenzen 6 LK mit >100/100.000, >200 LK <50 Mortalitätssurveillance: noch stets leichte Übersterblichkeit bis KW19 im Vergleich zu Vorjahren, aber Tendenz rückläufig Diskussion: wie ist aktueller schneller Rückgang zu erklären? Kann nicht spezifisch zugeordnet werden, Zusammenspiel von Bundesnotbremse: hat der Bevölkerung eine einheitliche Vorgehensweise gezeigt Saisonaler Einfluss: Fallzahlanstieg Südhalbkugel, wo Herbst beginnt (Saisonalität), in Literatur sind unterschiedliche Angaben zu Saisonalitätseffekt auf R-Wert findbar (10-60%) Breit verfügbare Testungen Im April >40 Mio. Tests abgerechnet Anzahl abgerechneter Tests möglicherweise massiv höher als Anzahl der durchgeführten Nach Cosmo-Studie würden sich >80% nach positivem Test isolieren Ggf. waren Personen mit besonders hohem Infektionsrisiko bereits alle/zu einem hohen Anteil infiziert und sind nun immun Impfung kann es nicht alleine erklären, Modellen zufolge ist deutlicher Impact der Impfungen noch nicht realistisch, jedoch nun Schutz insbesondere von Gruppen bei denen es vorher hohe Inzidenzen gab	FG32

	Aus UK, wo kontinuierliches Monitoring stattfindet, gibt es Hinweise auf deutliche Kontaktreduktion vor Impfterminen um Exposition zu vermeiden, ggf. ähnliches Verhalten hier (bei täglich 1 Mio. Impfungen potentiell hohe Personenzahl) Maßnahmen werden noch gebraucht Andere Coronaviren sind angestiegen, wichtig, dies im Auge zu behalten und Erklärungen zu erörtern	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Wurde Mittwoch angepasst, nun noch Rückstufung von „sehr hoch“ auf „hoch“? War geplant, wenn 7-T-I unter 50 ist (nun der Fall) Kriterien (Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, Todesfälle) sind aktuell alle rückläufig Besser jetzt anpassen um bei möglichem erneuten Anstieg wieder eskalieren zu können Soll zeitgleich mit Veröffentlichung der ControlCOVID-Modellierung (s.u. Strategie) angepasst werden um beides synchron zu kommunizieren *ToDo: Änderung der Einschätzung der Lage am Montag*	Präs/alle
5	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** Anfragen bzgl. Empfehlungen zur Testung von Kindern AGI hat auch starken Bedarf hiervon geäußert FAQ ist durch AG Diagnostik in Arbeit (zu 95% fertig), spätestens nächsten Dienstag fertig Antikörper genügen nicht zur Ausweisung des Genesenenstatus, gibt es hierzu FAQ? Ja, Ute Rexroth schickt dies an Presse, FG33 haben außerdem FAQ zu "wer gilt als geschützt?" die gerade nochmals aktualisiert wird **P1** (nicht berichtet)	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** *Stufenplan ControlCOVID* Dokument hier Kontext Stufenplan wurde veröffentlicht BMG Anfrage zu den Wechselwirkungen zwischen Aufhebung	FG36 Alle

	NPI und Impfkampagne Keine Änderung des Stufenplans, lediglich Einfügen des Parameters geimpfte Personen (niedrig bis hoch) Verweis auf ursprüngliches ControlCOVID-Dokument Methodik: viele Faktoren berücksichtigt und Annahmen, verschiedene Intensitätsstufen basierend auf IST-Fällen Ergebnisse: Modellierung der IST-Auslastung aufgrund der Datenlage konstant abnehmend, kleiner Anstieg kurz nach Übergang von dritter in zweite Stufe (viele Maßnahmen noch gültig), von zweiter zur ersten, ähnlicher Verlauf der 7-Tage-Inzidenz und Todesfälle, Indikatoren werden gemeinsam interpretiert Diskussion Konfidenzintervall Wird künstlich durch Parameter erstellt und verdeutlicht die Unsicherheit Ist zu vergangenem Zeitpunkt (für den Daten verfügbar sind) größer und aktuell/für die Zukunft kleiner Intervall wird herausgenommen Öffnungsstufen sind sehr vorsichtig gewählt und orientieren sich an IST-Belegung Dokument verdeutlicht Vielschichtig und dass Öffnung langsam und über Wochen abgestimmt mit Impfungen verlaufen sollte Verdeutlichung, dass Modellierung nur eintreten kann, wenn Bevölkerung sich an die Maßnahmen hält, Nachlässigkeit nimmt schnell überhand RKI darf nicht zu vorsichtig/restriktiv sein um nicht Akzeptanz und Hörerschaft zu verlieren Pfeil zu Maßnahmen sollte in beide Richtung (Schließung und Öffnung) gehen Grafiken werden nach Veröffentlichung oft einzeln genutzt, bitte bei jeder Grafik Legende mit Voraussetzungen einfügen, damit diese nicht aus dem Kontext gerissen werden können Beenden der Modellierung am 01.09.2021 (nicht 01.10), wenn Impfungen vollständig sind, sonst wird signalisiert danach ist und bleibt alles gut Einmal-Veröffentlichung oder Aktualisierung fortlaufend? Regelmäßiger Realitätsabgleich wäre sinnvoll Modellierung wird wöchentlich nach verschiedenen Parametern überarbeitet, kann je nach Evidenzlage aktualisiert werden Alle 2 Wochen soll Änderungsbedarf routinemäßig untersucht werden, keine Aktualisierung ohne Anlass Wie veröffentlichen Pressestelle: Tweet und Presseinfo an Presseverteiler Montagnachmittag Nächste Woche ggf. Mittwoch BPK Dokument wird finalisiert Präs schickt es auch an Holtherm **RKI-intern** *Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*	

	(IPPPR) Report Folien hier Panel wurde im Juni 2020 durch WHO DG Tedros etabliert, Evaluierung der WHO-koordinierten internationalen Response auf COVID-19 Auftrag: evidenzbasierte Empfehlungen für die Zukunft Bericht im Mai 2021 veröffentlicht, 13 Mitglieder, auch breitere Auswirkungen der Pandemie im wirtschaftlichen und sozialen Feld wurden untersucht Main findings Lehren aus der Vergangenheit wurden nicht/nur in Ausnahmefällen gelernt und nicht genug geübt Internationale Verfahren zur Alarmierung und Warnung sind zu langsam, auch nach PHEIC-Deklarierung gab es noch viel „wait and see“, hat zur Verzögerung der Response geführt WHO hat nicht genügend Geld und Mandat Nicht genug politische Aufmerksamkeit für Gesundheitsfragen, Empfehlung eines speziellen Councils hierzu der regelmäßig tagt Ungleichheiten wurden stark verdeutlicht, insbesondere größerer Schaden für Frauen, marginalisierte Gruppen, Kinder und Jugendliche, vorerkrankte Positive Aspekte HCW sehr gut, benötigen mehr Unterstützung/Schutz Erfolgreiche Staaten waren durch vorhergegangene Ausbrüche trainiert (SARS, Ebola) oder hatten ausgefeilte Reaktionspläne die gut angepasst werden konnten Auch reiche Länder standen teilweise schlecht da, bzw. ärmere Länder haben es gut gehandhabt Impfstoffentwicklung geschah so schnell wie nie, gute wissenschaftliche Kollaboration Empfehlungen u.a. Systematische Anwendung von NPI Gerechte Impfstoffverteilung, auf Intellectual Property Rights verzichten, Produktion beschleunigen (Finanzbereitstellung durch G7) Längerfristig: Entwicklung eines international rechtlich bindenden Vertrags (Treaty) analog Tobacco Framework Convention zur Pandemiebekämpfung Neues internationales Warnsystem welches nicht von Mitgliedsstaateneinverständnis abhängt Stärkung der WHO rechtlich und finanziell Finanzierungstopf und Vorbereitung medizinischer Produktentwicklung und -versorgung Viele Länder unterstützen Plattformentwicklung, wurde auch im IHR Review Committe (durch Präs geleitet) diskutiert Update von ZIGL Es soll eine Sonder-WHA zu diesem Treaty geben, der von BMG und Deutschland unterstützt wird Wurde letzte Woche zum Thema Impfung angesprochen (Tim Eckmanns), ZIG-L bespricht Impfstoffspenden noch mit BMG Minister Spahn trifft aktuell Präsident Macron in Südafrika Deutschland hat Patentwaiver nicht unterstützt, wird sich aber möglicherweise für lokale Produktion aussprechen,	ZIG

	abzuwarten wie BMG sich zur Impfstofffrage positioniert	
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	[illegible] Kinderimpfung Zulassung wird von EMA heute erwartet GMK hat sich gestern getroffen und vorsichtig geäußert STIKO Vorsitzender bittet, Impfung von Jugendlichen nicht an Präsenzunterricht zu binden Montag AG Treffen, dann abschließend nächste Woche Freitag oder Woche darauf Stellungnahmeverfahren STIKO ist eher nur für Impfung von Risikokindern Auf Bevölkerungsebene würde Impfung von 12-16-jährigen wenig Effekt haben, deswegen sollen zunächst junge, mobile Erwachsene weiter priorisiert werden In USA wurden 2,4 Mio. Kinder geimpft, noch keine Daten zur Sicherheit verfügbar, es muss noch abgewartet werden um Erfahrung kennenzulernen Genesung, Impfung und wann Schutz besteht Serologischer Befund ungenügend für Genesenenstatus, PCR ist notwendig Reicht wenn sofortige Impfung eine Dosis? Muss noch in STIKO diskutiert werden, ggf. noch Absprache mit AG Diagnostik bezüglich Testqualität Auslösen der Erwartungshaltung, dass vollständige Impfung mit einer Dosis erzielt wird, sollte erst beobachtet werden Bei Antikörpernachweis ist unbekannt, wie lange Infektion zurückliegt PEI ist hierzu wichtiger Ansprechpartner, da dies auch im Rahmen der Pharmakovigilanz getestet wird Schutzstatus, wenn Genesen und dann Impfung, sofort gültig oder erst 14 Tage nach Impfung? Logischer sofort und nicht erst 2 Wochen später ! wird in FAQ aufgenommen Sorge über Impfung von Personen mit hohem Titer, kommt es zu starken Nebenwirkungen? In Zulassungsstudien wurde Impfung von Personen mit PCR- und Seronachweis untersucht, es laufen noch Analysen, eventuell etwas mehr Reaktogenität, aber keine schweren/gefährlichen Nebenwirkungen, deswegen wird Untersuchung des Serostatus vor Impfung nicht empfohlen Werden Personen mit Impfung, die 14 Tage später infiziert sind, auch als immun erklärt? Ja, für 6 Monate, siehe FAQ (Ute Rexroth schickt dies an den Krisenstab) Wird Boosterimpfung für alle geplant im Herbst? Solange keine Evidenz besteht wird es keine Empfehlung hierzu geben, Impfdurchbrüche sind abzuwarten Impfstoffkontingent &-Austauschbarkeit noch nicht ganz klar Aktuell erkranken vor allem Ungeimpfte bzw. nicht vollständig Geimpfte, Studien zeigen kein Indiz für waning immunity Von einzelnen Ausbrüchen in Pflegeheimen kann nicht geschlossen werden, wenig Daten zu >80-jährigen Wirkung der Impfstoffe auf schwere Erkrankung sind generell	FG33

	gut und anhaltend **Impfstoffe** Nach Impfung mit mRNA-Impfstoff keine Blutspenden? Ist ein Thema für AK Blutstellen	
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 391 Proben, davon: 16 SARS-CoV-2 4%, rückläufig 63 Rhinoviren 98 saisonale (endemische) Coronaviren 22 Parainfluenzavirus 2 RSV **ZBS1** In KW bisher 244 Proben, davon 72 positiv auf SARS-CoV-2 (30%), alle B.1.1.7 Neue Studie mit Charité in Vorbereitung zur Analyse von 3x2000 Proben, jeweils 2000 an einem Tag	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Aktivitäten mit externen Klinikern Infektiologie Beratungsnetzwerk 15-16 Zentren Angebot wird intensiv genutzt, vor allem von Kollegen aus dem stationären Bereich Publizierter EpiBull Artikel hierzu Anteilnahme aus ÖGD noch sehr gering, könnte für diesen noch bekannter gemacht werden (z.B. über EpiLag), um Unterstützung bei komplexen Einzelbeurteilungen auch zu Entisolierung und Entlassungsmanagement Webseminare jetzt 2. Runde, Fokus nach aktueller Lage geshiftet, jetzt wurden auch Impfungen mit aufgenommen Rechercheprozess zu Therapeutika Anpassungen in Absprache mit Klinikern Nun Medikamente die Phase 2 und 3 erreicht haben Absprache mit PEI und BfArM Bei Nachfragen gerne bei IBBS melden	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* IGV-Flughafengruppe: Sorge vor englischer Variante und Wunsch nach PCR am Ende der Quarantäne bei Einreisenden (s. oben) Amtshilfeersuchen Ministerium SH, durch Landesstelle informiert	FG38

	Ausbruch in Altenpflegeheim Viele Bewohnende zweifach geimpft Erkrankungen und 1 Todesfall (ungeimpft), auch ungeimpfte MA Inzwischen 25 Erkrankte: 7/43 MA, 55 Bewohnende CT-Werte sind ungewöhnlich Hohe Fluktuation in den Heimen, ggf. jetzt auch Bewohnende und MA, die keine Impfung haben Amtsärztin hätte gerne RKI-Unterstützung: offizielles Amtshilfeersuchen wurde mündlich mitgeteilt, diesem kann eventuell nicht nachgekommen werden GA Kassel hat von einem Ausbruch der neuen Variante in familiärem Setting berichtet, Verläufe sind relativ mild, 5-6 Personen betroffen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* LZ-Schichtplan kann für manche Positionen schon länger nicht mehr gut besetzt werden Abt. 3 entwickelt aktuell Vorschläge um gewisse Funktionen herunterzufahren Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit muss vor anderen Aktivitäten (z.B. Amtshilfeersuchen) priorisiert werden	FG38
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Ab nächster Woche 2 Krisenstabssitzungen/Woche, Mi und Fr Nächste Sitzung: **Mittwoch, 02.06.2021, 11:00 Uhr**, via Webex	

Ende: 13:12

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 02.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antao
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - ??
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Uwe Koppe
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! P1
  - Christina Leuker
  - John Gubernath
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Maud Hennequin
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.687.828 (+4.917), davon 88.774 (+179) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 37/100.000 Einw. ▪ Inzidenz auf Niveau der Vortage ▪ Inzidenz bei 60-79 Jährigen: 17 und bei 80+ Jährigen: 14/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 35.531.114 (42,7%), mit vollständiger Impfung 15.009.970 (18,0%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Rückgang hat sich verlangsamt, aber kein Anstieg. ▪ BL haben sich stärker aneinander angenähert, Thüringen und Sachsen mittlerweile auf Niveau der übrigen BL. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 4 LK mit Inzidenz >100, Maximum bei 146 ▪ Inzidenz im Norden niedriger als im Süden ▪ Im Wochenvergleich deutlicher Rückgang ▪ Es gibt vereinzelt auch LK, in denen die Inzidenzen im Vergleich zur Vorwoche zugenommen haben. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Inzidenzen haben sich zum Teil halbiert. ▪ Rückgang in allen Altersgruppen ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 75-89 Jährigen ▪ Höchste Inzidenzen bei 10-19 Jährigen, aber auch hier deutlicher Rückgang seit letzter Woche. ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Nach Plateau, jetzt leicht rückläufig	FG32 (Diercke) Abt.3 (Hamouda)

	○ Sprachregelung von Pressestelle erwünscht: Kann die Stagnation der Inzidenz in den letzten 7 Tagen im Lagebericht eingeordnet werden, bevor Rückfragen kommen. ▪ Rückgang setzt sich im Moment nicht weiter fort. *ToDo: Wird in Lagebericht aufgenommen, Suche nach guter Formulierung. FF V. Bremer*	FG37 (Eckmanns)
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl durchgeführter Tests knapp unter 1 Mio. ▪ Anzahl der positiv Getesteten hat sich deutlich reduziert, Positivenanteil nun bei 4%. ▪ Trend der letzten Wochen setzt sich fort. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazität auf gleichem Niveau ▪ Positivenanteil sinkt. ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Nach wie vor B.1.1.7 knapp unter 90% ○ AG-POCT in Einrichtungen ▪ Trends haben sich verstärkt, Stationäre Pflege übermittelt weniger. ▪ Anteil positiver Teste sinkt auch hier. **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Weniger Testungen in Wochen mit Feiertag(en), Nachholeffekte in KW20 zwischen Christi Himmelfahrt und Pfingsten. ▪ Letzte Woche deutlicher Rückgang bei Positivenrate bei mehr durchgeführten Testungen.	Mielke

	○ Anzahl Teste und Positivenanteil nach Organisationseinheit ▪ Mehr Testungen in anderen Einrichtungen. ▪ Positivenanteil in allen Einrichtungen gesunken.	Wieler
	○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen letzte Woche deutlich angestiegen bei Kindern/Jugendlichen zwischen 5-14 Jahren bei gleichzeitigem Rückgang des Positivenanteils. ▪ Grund: Massiv Teste mit Lolli-Tests in Schulen in NRW durchgeführt. ▪ Pos. Testungen pro 100.000 Einw.: Rückgang in allen Altersgruppen	FG36 (Buda)
	○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Starker Rückgang ▪ Es finden jedoch nach wie vor Ausbrüche (<50) in Altenheimen statt.	
	○ Wie werden Pooltests in ARS gewertet? Anzahl entsprechend der Poolgröße	
	○ Für heute ist eine FAQ zu Lolli-PCR-Tests geplant. Diese sollen mit Antigentests gleichgestellt werden. Lolli-Antigentests sind dagegen nicht so empfehlenswert.	
	○ Wie kann von ARS-Daten auf Bevölkerung extrapoliert werden, ist auf Europa-Ebene relevant. Wird intern nochmal diskutiert. Würde für eine Meldepflicht der durchgeführten Anzahl von Tests sprechen.	
	○ Wie sehr beeinflussen Tests in Testzentren unsere Ergebnisse? ▪ In letzten 2-3 Monaten wurden durchgängig bei 7-8% der Meldungen positive Antigen Teste vor den PCR-Testen an GA berichtet, keine größeren Schwankungen. ▪ Die Ergebnisse aus den verschiedenen Systemen des RKI stimmen relativ gut überein. Deshalb kann man davon ausgehen, dass keine Fehlinterpretation der aktuellen Entwicklung stattfindet.	FG17 (Dürrwald)

	○ Was kann hinsichtlich Antigentests erwartet werden? ▪ Zahl der Antigentests wird vermutlich deutlich zurückgehen. Wenn PCR-Speicheltests in Schulen und Kitas etabliert werden können, werden auch hier Antigentests zurückgehen.	MF4 (Fischer)
	○ Anzahl Ausbrüche in Altenheimen ist im Vergleich zu sonstigen nosokomialen Ausbrüchen immer noch relativ hoch. *ToDo: Vergleich der COVID Ausbrüche mit anderen nosokomialen Ausbrüchen in Pflegeheimen für nächste BPK vorbereiten, FF FG37*	
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Leichter Rückgang in Gesamt-ARE-Rate ▪ Hauptsächlich bei Schulkindern ist die ARE-Rate gestiegen. ▪ ARE sind in Hauptsache durch Kinder getriggert, verlängerte Wochenenden spielen hier eine Rolle. ○ ARE-Konsultationen ▪ Rückgang in allen Altersgruppen ▪ In diesem Jahr kein Winterpeak ▪ Diese Woche ca. 370 Konsultationen pro 100.000 Einw. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Positiver Trend setzt sich fort, auch bei 35-59 Jährigen sinkt die Anzahl der SARI-Fälle. ▪ Medianes Alter bei 61 Jahren bei allen hospitalisierten COVID-SARI-Fällen ▪ Anzahl COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung nimmt ab. ▪ Anteil COVID an allen SARI Fällen geht zurück auf 43%, geht auch bei SARI-Fällen in Intensivbehandlung auf 63% zurück.	Wieler FG34 (Koppe)
	○ Können Atemwegssymptome durch die Impfung verursacht	

und dann fälschlicherweise zu den ARE-Raten gezählt werden?

- Eher unwahrscheinlich, es wird in erster Linie nach Husten und Schnupfen gefragt, weniger nach Kopf- und Gliederschmerzen.
- Eher Verwechslung mit allergischen Reaktionen
- Fieberkurve kann auch alleine ausgewertet werden, hat aber vermutlich keine Rolle gespielt.

! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- KW21: 87 Einsendungen, vergleichbar mit Einsendungen in 2 Wochen davor, jedoch allgemein Trend zum Rückgang erkennbar
- Größte Anzahl Einsendungen bei 0-4 Jährigen
- HRV: deutlicher Anstieg bei Rhinoviren
- SARS-CoV-2: kein Nachweis in KW21
- PIV: Anstieg bei Parainfluenzaviren, typisch für Jahreszeit
- Rhinoviren in allen Altersgruppen stark vertreten.
- Kein Influenzavirennachweise in KW21
- Saisonale Coronaviren:
  - Tendenz Rückgang
  - starker Rückgang von NL63, vor allem 5-15 Jährige betroffen
  - leichter Anstieg von OC43

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- COVID-19-Intensivpflichtige
  - Aktuell werden 2.148 Patienten behandelt, 851 weniger im Vergleich zur Vorwoche.
- Belastung der Intensivmedizin
  - In allen BL geht die ITS Belegung zurück.
  - In Nord-West und Nord-Ost liegt der Anteil der COVID-Patienten an der Gesamtzahl der betreibbaren

ITS-Betten in einigen BL schon unter 12%. In Mitte und Süd ist dies weniger häufig der Fall.

- Altersstruktur
  - Von fast 90% Altersangaben übermittelt
  - 35,6% unter 60 Jahre
  - Abnahme in allen Altersgruppen
  - Auch Abnahme bei 30-39 Jährigen
  - Nicht jedoch bei 18-29 Jährigen (sehr kleine Zahlen)
- Belegung und Belastung
  - Reduktion in Belegung der schweren Fälle
  - Freie Kapazitäten nehmen zu.
  - Personalmangel reduziert sich nicht so stark wie ITS Belegung
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
  - In allen Kleeblättern weiter Trend nach unten.
  - Anpassungen bei Modellierung durchgeführt.
  - Nicht nur rote Linie sollte interpretieren werden, sondern auch grauer Bereich. Hierzu wurde ein Text geschrieben.
  - Positiv: längerfristige Entspannung erwartet.
- Befürchtung Rebound im Herbst: Sollen Kapazitäten abgebaut oder sollen sie beibehalten werden?
  - Kapazitäten waren schon vorher da, für COVID wurden sie umstrukturiert. Nun Rückkehr zum Normalbetrieb.
  - In vielen KH wurden zweitklassige Intensivbetten aufgebaut mit kurzfristig geschultem Personal.
  - Abnahme des Intensivpflegepersonals möglich

! LEOSS-Studie (Folien hier)

- Ziele und Methoden
  - Analyse schwerer Krankheitsverläufe bei stationär aufgenommenen COVID Patienten

	▪ Studie an Uniklinik Köln angesiedelt ▪ Daten aus 2020 ▪ Vergleich von Meldedaten und aggregierten Daten aus LEOSS um Repräsentativität zu untersuchen ○ Vergleich Patienten in LEOSS und Meldedaten 2020 ▪ 3.562 Patienten in LEOSS, demgegenüber 168.792 hospitalisierte Patienten aus den Meldedaten ▪ Anteil Patienten in LEOSS liegt zwischen 5 und 10% aller gemeldeten Hospitalisierten. Nimmt gegen Ende des Jahres stark ab, neuer Datenstand ist angefordert. ○ Ergebnisse ▪ 20% mit schwerem Verlauf ▪ 540 im kritischen Stadium, häufigste Kriterien: Beatmung, paO2<60mmHg, neue Dialyse ▪ 182 verstarben ohne kritisches Stadium zu erreichen. ▪ Risikofaktoren: höheres Alter, männliches Geschlecht ▪ Komorbiditäten: pulmonale, kardiovaskuläre, Diabetes, Nierenerkrankungen ▪ Bestimmte erhöhte Laborwerte gehen mit schweren Krankheitsverläufen einher. ▪ Schwerer Verlauf wahrscheinlicher bei Atemnot und Fieber ○ Zusammenfassung ▪ Anteil schwerer Verläufe und Risikofaktoren im Einklang mit Literatur ▪ Update Datensatz: Fälle bis Ende 2020 sollen miteinbezogen werden.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA ! Wann Herr Dietrich den Vortrag halten wird, ist noch unklar. **Presse** ! Nichts Neues **Wissenschaftskommunikation** ! Nichts Neues	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Es gab Anfragen von 2 Stellen, ob geplant ist, gesonderte Entlasskriterien für positiv getestete Genesene zu erstellen analog zu pos. getesteten Geimpften. ○ Es wurde entschieden, solche nicht auszuweisen, da nur wenige Daten dazu zur Verfügung stehen. Stattdessen wurde eine Einzelfallbeurteilung vorgeschlagen. ○ Sollten mehr Anfragen kommen, könnte eine FAQ erstellt werden.	IBBS (Ruehe)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! 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, 04.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:05 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Wochentag, 04.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Tim Weihrauch
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! ZBS1
  - Marcia Grossegesse
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 02.06.2021 Fälle: 170 Mio (-16,5%) Todesfälle:3,5 Mio (+2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Indien, Brasilien Argentinien, Kolumbien, USA, Iran, Frankreich, Russische Föderation, Malaysia, Türkei Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Amerika und Europa mit höchsten Fall- und Todeszahlen Epikurve WHO Sitrep: Anstieg Todesfälle in Afrika Andere Berichte: Zusammenfassung der neuen WHO Nomenklatur für VOC/VOI: griechische Buchstaben statt Pangolin: z.B. B1.617.2 VOC: Delta, B.1.617.1 VOI: Kappa, B.1.617.3 Keine Einstufung mehr ○ Vietnam: ▪ 7870 kumulative Fälle, 1459 (+26,5%) in vergangenen 7d ▪ 21,1% kumulative Fälle importiert (3,3% im letzten Monat) ▪ Ausbruchscluster vor allem im Zusammenhang religiöser Zusammenkünfte, Anstieg wegen stärkerer Testung erwartet ▪ Vietnamesische Variante B1.617.2 (Delta) soll stärker transmissiv sein, aber keine Aktion von ECDC oder WHO empfohlen Frage: Aus welchen Ländern stammen importierte Fälle: Nicht bekannt!	Romo Ventura
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3,7 Mio. Fälle (+3000), davon 89000 (+86) Todesfälle Nur 5000 Labormeldungen am 03.06.21 wahrscheinlich aufgrund von Fronleichnam (Disclaimer im Lagebericht: siehe ToDo Punkt 1 und Agenda). 7-Tage-Inzidenz: 30/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 36,5 Mio. (43,8%%), mit vollständiger Impfung 16 Mio. (19,6%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Inzidenzen aller BL sinken/zeigen Plateau, nur 1 LK (Hildburghausen) mit 7d-Inzidenz >100/100.000 EW ○ Übersterblichkeit vergleichbar zu Vorjahren	Michaela Diercke
	! Corona-Kita-Studie (Folien hier)	Walter Haas

	○ ARE Daten: Meldungen entsprechen Niveau der Vorjahre ○ Kita und Schul-Ausbrüche Rückläufig bei <50 Ausbrüche/Woche, Trend folgt dem Gesamttrend in der Bevölkerung, bei Kitaausbrüchen erhöhter Anteil an Kindern **Vorschlag**: Da Daten immer montags erhoben werden und Montagssitzung nun entfällt, eine verkürzte Version mit reinen Ausbruchsdaten zukünftig mittwochs präsentieren? Vorschlag wurde angenommen (siehe ToDo Punkt 2). **Frage1**: Effekt der aktuellen Schulöffnungen? Antwort: Noch nicht sichtbar. Frage2: Handlungsbedarf für den Herbst im Schulsetting, vor allem im Hinblick auf VOC (z.B. Delta) und fehlender Impfempfehlung für Kinder? Beschluss nach Diskussion: RKI soll auf Problematik hinweisen, insbesondere im kommenden BMG Bericht zur Herbstsituation (ID3698) und auf zuständige Fachgruppen verweisen, z.B. WHO, Münchner Leitliniengruppe. Siehe auch ToDo Punkt 3. Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ***ToDo***: 1. *Disclaimer mit Hinweis auf Fronleichnam (Text siehe Agenda) im Lagebericht und Webseite bis einschließlich Samstag, 5.6.21 beibehalten (M.Diercke)* 2. *Präsentation der Corona-Kita-Studie zukünftig mittwochs mit Fokus auf Ausbrüche, eingebettet in die Gesamtbewertung (Walter Haas, Michaele Diercke)* 3. *BMG-Dokument zur Herbstsituation (ID3698): Einreichung beim BMG vor den Sommerferien, Schulsituation und Transmissionsvarianten einbeziehen. 1. Entwurf an den Krisenstabsverteiler per Email zur Kommentierung senden. 2. Entwurf in der Sitzung diskutieren. Federführung FG36 (Walter Haas)*	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** Südafrika: Spahn sagte CDC-Afrika verstärkte Unterstützung zu, dies wird nun im Rahmen bestehender Partnerschaften intensiviert: Seroprevalenzstudie, Aufbau der NCD- und	Johanna Hanefeld

	Genomischen Surveillance bei Afrika-CDC Montenegro Mission beendet Monatlicher webbasierter Austausch zur Bioanalytik und Labor zwischen Indien und RKI. Alle Interessenten können sich bei Veronica Briesemeister (ZIG4) dafür anmelden.	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* EDUS-CWA Studie (Folien hier) ○ Basis und Folgebefragung, abgestimmt mit BMG und Fachgesellschaften ○ Start: 4.3.21, Ende 7.5.21 (Basisbefragung) bzw. 25.5.21 (Folgebefragung) ○ 26.094 Teilnehmer in der Basisbefragung und 15.541 in der Folgebefragung ○ Erste Ergebnisse wurden vorgestellt und diskutiert ○ Analyse weiterer Daten, die durch Datenspende erhalten wurden, sind geplant und RKI interne Kooperationspartner sind willkommen! ○ Geplante Veröffentlichung der Daten in der App im Rahmen eines regelmäßigen Science Blogs Frage: Ergebnisse zeigen, dass viele, die eine Warnmeldung erhielten, eine Antigentestung haben durchführen lassen, obwohl PCR-Testung empfohlen. Bitte diesen Aspekt weiterverfolgen! ***ToDO***: *Kommunikation in der App, dass bei einer Risikowarnung ein PCR-Test erfolgen soll und ein Antigentest nicht ausreicht (Schmich)*	Patrick Schmich/ Tim Weihrauch
4	**Aktuelle Risikobewertung** Keine Anpassung/ Wiedervorlage	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten: Impfkommunikation wird angepasst an Impfstoffverfügbarkeit hochgefahren, Familienansprache zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen **Presse** Wartung am kommenden Dienstag, daher alle Dokumente bis 15 Uhr, sonst werden sie erst am Mittwoch eingepflegt (Ausnahme: Lagebericht, das kann auch später verschickt werden) Bericht zu Inzidenzen? sollte am 7.6.21 rausgehen. Nun neue Anweisung per Email, dass er zurückgehalten werden soll. Beschluss Krisenstab: Bericht gemäß Emailanweisung zurückhalten.	Martin Dietrich Ronja Wenchel Ines Lein

	P1 Zukünftig werden im Austausch mit ZIG auch internationale Themen kommuniziert	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Vorstellung neuer WHO Nomenklatur zu VOC/VOI (Folien hier) Beschluss Krisenstab: Bei Kommunikation mit Fachgesellschaften wird Pangolin-Nomenklatur beibehalten. Bei Kommunikation mit Öffentlichkeit wird Pangolin-Nomenklatur und WHO-Nomenklatur in Klammern verwendet. Keine Änderung für Meldewesen. **ToDO**: *Veröffentlichung einer kleinen Info (blauer Kasten) zur neuen WHO VOC/VOI Nomenklatur und dem Umgang des RKI damit im EpiBull (Kröger, Buda).* **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* **Impfstoffe** Daten zu heterologem Impfschema von Charité sowie Spanien zeigen mindestens so gute Wirksamkeit wie Biontech Impfstoff. **STIKO** STIKO Bericht zur Impfung von Kindern und Jugendlichen in der Abstimmung, Veröffentlichung nächste Woche: Keine allgemeine Impfempfehlung, nur für Kinder mit Grunderkrankungen oder Angehörigen, die selbst nicht geimpft werden können Vorschlag aus Krisenstab: Auch Empfehlung aussprechen, dass Eltern sich Impfen lassen sollten, um Kinder zu schützen (Kokon-Strategie) Frage: Saarland impft teilweise mit Biontech + Astrazeneca: Wie ist die Sichtweise der STIKO dazu? Antwort: Nicht empfohlen! Vorschlag aus Krisenstab: Impfdurchbrüche nach Art des Impfstoffs anhand von Altenheimdaten bewerten **ToDO**: *wöchentliche Tabelle im Lagebericht zu Impfdurchbrüchen im Kontext mit Impfeffektivität und wenn möglich Art des Impfstoffs (Wichmann, Bremer, Diercke).*	Wichmann
9	**Labordiagnostik**	

	FG17 Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 373 Proben, davon: 9 SARS-CoV-2 71 Rhinovirus 23 Parainfluenzavirus 91 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 4 RSV **ZBS1** In KW ## bisher 200 Proben, davon 36 positiv auf SARS-CoV-2 (18%) 550 Proben aus Studien, z.B. SeBluCo-Studie **ToDO:** *Im Rahmen von SeBluCo-Studie soll Nachtestung der Antikörpertiter der Geimpften versus der Wildinfektionen erfolgen (Ruth Offergeld).*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:10 Uhr

Ergebnisprotokoll

Interministerielle Arbeitsgruppe Long COVID

1. Sitzung

Zeit:	Dienstag, 8. Juni 2021, 14:00 bis 16:00 Uhr
Ort:	Videokonferenz
Sitzungsleitung:	Frau RL'in 323 Dr. Schwartz, Frau UAL'in 32 Becker
Protokollführung:	Judith Wittköpper

Teilnehmende:

BK:	Frau Jaritz, Herr Dr. Conrad
BMBF:	Frau Dr. Hornbach (vertritt Herrn Dr. Goller)
BMAS:	Herr Biewer, Frau Dr. Bordet
BMFSFJ:	Frau Hornschild, Frau Lentze
BMEL:	Frau Janßen
RKI:	Frau Dr. Scheidt-Nave, Frau Hölling
BMG Referat 212:	Herr Petros, Frau Neumann
BMG Referat 216:	Frau Scherr
BMG Referat 223:	Frau Hämmer
BMG Referat 224:	Herr Weck
BMG Referat 323:	Frau Dr. Schwartz, Herr Dr. Busch, Frau Wittköpper
BMG Referat 325:	Herr Dr. Stracke, Herr Römer
BMG Referat 514:	Frau Dr. Lohmann
BMG Referat 614:	Frau Dr. Mylius
BMG Projektgruppe Koordinierung COVID 19:	Frau von der Decken, Frau Reitberger

Ergebnisse
TOP 1 Begrüßung und Einführung
Frau UAL'in 32 Becker begrüßt alle Anwesenden und führt in das Thema der Sitzung ein. Ziel der Besprechung ist es, über das Problem Long-COVID zu informieren und daraus das weitere Vorgehen für die Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID abzuleiten.
TOP 2 Langzeitfolgen der Pandemie ! **Definition und Abgrenzung von Long-COVID** ! **Kenntnisstand Long-COVID**
Frau Dr. Schwartz und Herr Dr. Busch führen anhand einer Power Point Präsentation in das Thema ein. Bislang fehlt eine einheitliche Definition und Namensgebung für das Long-COVID-Syndrom. Synonyme sind Langzeit-COVID oder Post-COVID-Syndrom. Mögliche **Arbeitsdefinition von Long-COVID**: ! COVID-19 Erkrankung oder SARS-CoV-2 Infektion UND ! Mehr als 12 Wochen nach Beginn bestehen noch Beschwerden oder Symptome (auch neu aufgetretene) UND ! Symptome/Beschwerden können nicht anderweitig erklärt werden Long-COVID sowie Langzeitfolgen einer schweren COVID-19-Erkrankung sind abzugrenzen von allgemeinen pandemiebedingten psychischen Belastungen. Die IMA soll sich in der Hauptsache mit Long-COVID befassen. Zusätzlich wurde eine **Unterarbeitsgruppe „Pandemiebedingte psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen"** unter der gemeinsamen Federführung von BMG Referat 325 und BMFSFJ ins Leben gerufen. In der UAG werden ebenfalls BK, BMBF und RKI mitarbeiten. Die aktuelle Datenlage zu Long-COVID ist heterogen und lässt keine genauen Aussagen über die Häufigkeit, Risikofaktoren oder genaue Dauer des Krankheitsbildes zu. Bei Kindern und Jugendlichen scheint Long-COVID deutlich seltener zu sein. Die Anzahl Genesener lässt keinen Rückschluss auf die Anzahl zu erwartender Long-COVID Fälle zu. Bekannt ist, dass Betroffene nicht mehr ansteckend sind, die COVID19-Akuterkrankung ist abgeklungen. Zwei AWMF-Leitlinien zu Long-COVID sind in Planung oder bereits erschienen.

Mögliche Handlungsfelder sind:

- Verbesserung der Datenlage
- Forschung vorantreiben
- Gute Versorgung und Rehabilitation sicherstellen
- Bedeutung für Risikokommunikation (Infektionsschutzmaßnahmen, Impfkampagne)

BMFSFJ thematisiert im Kontext zu Long-COVID Diskussionen zu Impfungen von Kindern und Jugendlichen sowie Schulschließungen. Abschließend besteht Konsens, dass Kinder und Jugendliche mitbetrachtet werden müssen und es hier einer guten Datengrundlage bedarf.

TOP 3 Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID

- **Ziele**
- **Zusammensetzung**
- **Geplante Erste Schritte**

Es werden für die IMA folgende **Ziele** gesetzt:

- Bestandsaufnahme: Was wissen wir bislang über Long-COVID und wie groß ist das Problem?
- Handlungsbedarfe identifizieren
- Gute Versorgung der Betroffenen als vorrangiges Ziel
- Gesellschaftliche und berufliche Teilhabe von Betroffenen sicherstellen
- Kommunikation und Aufklärungsarbeit (gerichtet an Betroffene, Entscheidungsträgerinnen und -träger und Versorgende)

Themencluster:

- Datenlage und Kenntnisstand
- Versorgung: Diagnose, Therapie, Nachsorge
- Arbeitsfähigkeit, Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung
- Kommunikation, Informationsangebote
- Querschnittsthema: Digitale Angebote.
- Querschnittthema: Forschung

Es wird die Zusammensetzung der IMA sowie die jeweiligen Bezüge der Ressorts zum Thema Long-COVID besprochen:

1. BMBF:
    a. Biomedizinische Grundlagenforschung zu Long-COVID (Ursachen, Biomarker)
    b. Versorgungsforschung & Public-Health-Fragen
    c. Forschung zu Arbeitsfähigkeit und Rehabilitationsversorgung
    d. Kommunikation der Forschungsergebnisse
    e. Förderschwerpunkt des BMBF zu Long-COVID soll Forschungsergebnisse zusammenführen und daraus Bedarfe für weitere Forschungsfragen ableiten
2. BMAS

a. Medizinische Rehabilitation (Aktuell sind BMAS hier keine Engpässe bekannt, aber Versorgung muss auch künftig sichergestellt werden)
b. Teilhabe am Berufsleben, Wiedereingliederung

3. BMFSFJ
   a. Datenlage zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen verbessern, um Verunsicherung abzubauen und als Entscheidungsgrundlage für zielgenauere künftige pandemiebedingte Einschränkungen, die Kinder betreffen.
   b. Teilnahme an Unterarbeitsgruppe zu psychischen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche als Ko-Moderation
4. BMEL
   a. Wechselwirkung von Ernährung mit Long-COVID ist von Interesse
   b. Bislang gab es keine Berührungspunkte von gesundheitlichem Verbraucherschutz und Long-COVID bei BMEL.
5. BMI
   a. Bezüglich der Beihilfe lediglich geringe Berührungspunkte zu Long-COVID, da die Beihilfe ein Erstattungssystem ist.
6. BK
   a. Datenlage zu Long-COVID wichtig zur Abschätzung von Pandemiefolgen sowie als Grundlage für weiteres Vorgehen
   b. Differenzierung zwischen Long-COVID und pandemiebedingten Einschränkungen im Allgemeinen auch nach außen ist sehr wichtig.

TOP 4 Weiteres Vorgehen

Als Zeithorizont für die IMA werden 3 Monate veranschlagt. Die weiteren Sitzungen der IMA werden sich an den o.g. Themenclustern orientieren. Die nächste Sitzung soll Anfang Juli stattfinden, voraussichtlich mit dem Themenschwerpunkt „Datenlage“. Themenspezifische Fragestellungen werden den Ressorts vorab zugestellt und anschließend in der Sitzung diskutiert.

Parallel dazu wird sich die Unterarbeitsgruppe (UAG) „psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Folge der Pandemie“ zusammenfinden und ihre Ergebnisse der IMA am Ende des Prozesses vorstellen.

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
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjand Arvand
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Ruth Zimmermann
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Navina Sarma
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Annegret Schneider
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel???
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! ZIG2
  - Charbel El Bcheraoui
- ! ZIG3
  - Roland Hassel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** ○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 95,6 Mio. Fälle weltweit, >2 Mio. Todesfälle (2,2%) ○ Leichter Rückgang bei Neuinfektionen, dafür steigende Todesfälle weltweit ○ Top Ten ungefähr gleichbleibend, Trends ebenso, USA, UK, Russland, Deutschland abnehmend, Spanien zunehmend mit starkem expon. Anstieg, Brasilien stabil zur Vorwoche ○ In Europa sinkt die Inzidenz bis auf Portugal ○ Amerika mit den meisten Neuinfektionen (51%/aller Fälle), dann Europa, dann Asien, Afrika, Ozeanien, Reihenfolge bei Todesfällen ähnlich ○ UK Variante in 60 Ländern weltweit nachgewiesen, SA-Variante in 23 Länder, brasil. Variante auch in Italien nachgewiesen ○ Israel deutlich führend mit verimpften Dosen/100 Personen, Israel und Bahrain auch führend bei verabreichten 2 Dosen	ZIG1/S. Esquevin
	National ○ 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/O. Hamouda

	▪ 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 (O. Hamouda/Präs/Lagezentrum)*	
2	**Internationales (nur freitags)** ! Evidence on the topic of SARS-COV-2 reinfection (Review), Folien hier: ○ Anlass: unterschiedlichen KP-Management-Empfehlungen für Genesene versus Geimpfte ○ 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 ○ Bestätigte Re-Infektionen sind rar, Sequenzierung wird selten durchgeführt um zu differenzieren zwischen erster und zweiter Episode ○ Re-positive Testergebnisse sind keine Seltenheit, auch mit schweren Verläufen einhergehend ○ 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> ○ Datenlage von Genesenen und Geimpften ist ähnlich, lässt eine Unterscheidung im KP-Management ggf. nicht weiterhin zu ○ 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 ○ Verhältnismäßigkeit zwischen unklarer Datenlage und Konsequenzen für Kontaktpersonen?? Langzeitperspektive?	ZIG/ Charbel El Bcheraoui FG36/W. Haas/ alle

	○ 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> ○ Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis) ○ Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen? ○ Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen? <u>Genesene vs. Geimpfte:</u> ○ Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt ○ Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns ○ Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)?? <u>Aktuelle Situation in Deutschland:</u> ○ Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu ○ Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen ○ Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt ○ Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese ○ Bericht aus NRW: 3/5 Fällen mit Re-Infektion, auch symptomatische Verläufe bei Re-Infektion ○ Wichtig wäre keine Aufweichung der Maßnahmen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Schutz der Patienten steht im Vordergrund ○ 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)**	Schmich
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: ○ FFP2-Nutzung durch Laien (aktuell kein Verweis auf BAuA möglich, da deren Nicht-Empfehlung aktuell nicht online ist) ○ 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: ○ Aufwändige Liste mit Vorkommen von neuen Varianten wird von M. an der Heiden und N. Zeitlmann händisch geführt, allerdings nicht repräsentativ, da keine weitere Detaillierung aufgrund der Datenlage möglich ○ Journalisten wollen immer genaue Aufschlüsselung haben, z.B. nach Bundesländern etc., dann erfolgt immer Verweis auf Kontaktaufnahme zu Bundesländern, RKI ist nicht sprachfähig ○ kurzfristig wird SurvNet überarbeitet mit Eingabefeld (aktuell nur im Freitext möglich) für Variantennachweis, so dass Auswertung automatisiert werden kann *ToDo:* ▪ *Steckbrief-Veröffentlichung wird von Freitag auf Montag*	BZgA/Thaiss Presse/R. Wenchel Brunke/alle FG38/FG36/AL 3/ Presse

	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 (Maria a. d. Heiden/N. Zeitlmann)*	
6	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** ! Modellierungsstudie **(mittwochs)** b) **RKI-intern**	Alle P4 (Brockmann)
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/O. Wichmann
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** ! Nichts Neues	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten ○ Siehe oben ! COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien hier ○ Hintergrund: Anfragen bei nCoV-Lage:	FG36 FG34/FG38 N. Sarma, R.

	▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen) ▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen ○ <u>Herausforderungen:</u> ▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation ▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen ▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf ○ Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden ○ 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) (N. Sarma, R. Zimmermann)*	Zimmermann
12	**Surveillance** ! Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ! Erfahrungen mit der neuen Einreise VO ○ 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/Maria an der Heiden
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	

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 09.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
  - Mareike Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Sofie Gillesberg Raiser
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.705.942 (+3.254), davon 89.491 (+107) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 21/100.000 Einw. ▪ Zahl der aktiven Fälle sinkt ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 38.245.152 (46,%), mit vollständiger Impfung 18.187.186 (21,9%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Deutlicher Rückgang in allen Bundesländern auf eine 7-T-Inzidenz <50 ▪ Unterschiedliche Rückgangsgeschwindigkeit durch Feiertage/Testrückgang ▪ Weniger steiler Rückgang demnächst zu erwarten, wenn der Feiertagseffekt entfällt ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ LK Zweibrücken (einwohnerärmster Kreis) mit höchster 7-T-Inzidenz: 79 (entspricht jedoch nur 27 Fällen) ▪ Nur 13 Kreise > 50 ▪ Im Vergleich zur Vorwoche: 10.000 Fälle weniger bundesweit ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Rückgang in allen Altersgruppen sichtbar ▪ Am stärksten betroffen sind 10-14 Jährige (7-T-inz.Inz. 42) und 15-19 Jährige (7-T-Inz. 43) ▪ 75-84 Jährige im einstelligen Bereich ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Nach Plateau in KW 17 jetzt weiterhin leicht rückläufig	FG32 (Diercke) Abt 3 (Hamouda)

	○ Kommentar: Trotz > 40% Rückgang sollte das Plateau in der BL-Übersicht im Auge behalten werden	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl durchgeführter Tests 871.457, davon 27.201positiv, weniger Tests durch Feier- und Brückentag ▪ Positivenanteil geht deutlich zurück, nun bei 3,1%. ▪ Glockenkurve des Positivenanteils spricht für realen Rückgang, auch die geringere Auswirkung des Feiertags i. Vgl. zu Pfingsten ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazität unverändert, Abfrage nach Rückstau und Lieferengpässen wurde eingestellt ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Delta (B1.617.2): Anstieg von 2 auf 3 % (225 auf 377 Fälle) bei den Sequenzierungen ▪ In D vergleichsweise geringer Anteil, in UK 40-50%, wird dort die vorherrsschende Variante werden ○ AG-POCT in Einrichtungen ▪ Nur noch 10.000 Tests gemeldet aus 50 (von geschätzten 20.000) Testeinrichtungen in denen hochgerechnet wohl etwa 1,8 Mio Tests durchgeführt wurden ○ Diskussion ▪ Frage M. Mielke: U.a. in Altersgruppe 15-19 wurden die höchsten Inzidenzen berichtet, wo wurden diese detektiert? Screening? Arztbesuche? *ToDo: Antwort an M. Mileke aus ARS-Daten wird nach der Sitzung kommuniziert* ▪ Trotz Rückgang - im Vergleich zum letzten Jahr derzeit noch deutlich mehr Fälle ▪ Frage: Kann die Zunahme von Delta, falls kein Bias vorliegt, als exponentielles Wachstum auf niedrigem	*Eckmanns* *M. an der Heiden* FG37 (Eckmanns)

	Niveau bezeichnet werden? ▪ Geringer Bias ist nicht auszuschließen, der Trend ist jedoch deutlich ▪ Frage: Wie würde eine Modellierung entsprechend der bereits für B.1.1.7 angelegten, bezügl. Anstieg für Delta aussehen? ▪ M. Meyer-Herrmann befürchtet Anstieg und hält Risikorückstufung für verfrüht ▪ Einwand: Der Anteil steigt auch durch die sinkende Gesamtzahl der Fälle, auch die veränderte Testzahlerfassung (einige Labore haben jetzt umgestellt) hat daran einen Anteil ▪ Folien zum VOC-Bericht (hier) zeigen: In den letzten 2 Wochen Anstieg von Delta in der Stichprobe, auch in allen Sequenzierungen, Fallzahl für die anderen Varianten schwankt Gesamtanteil der VOC und VOI steigt kontinuierlich ▪ Situation in UK ist beunruhigend, dort wurde jedoch früher und drastischer geöffnet ▪ Auch ein Ausbruch in einem KH in Finnland trotz Schutzmaßnahmen und Impfung ist besorgniserregend *ToDo: Modellierung (entsprechend B.1.1.7) soll für Delta berechnet werden*	Rexroth
	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ In den meisten BL deutlicher Rückgang des Positivenanteils ▪ Einige BL ohne Rückgang in Beobachtung: SL, RP, BW ○ Anzahl Teste und Positivenanteil nach Organisationseinheit ▪ Testung in Arztpraxen 50% unter Vorwochenniveau ▪ Kaum Rückgang in KH ▪ An allen Orten Rückgang des Positivenanteils ○ Monatsbericht vom 08.06.2021(gesamter Pandemieverlauf) ▪ Gipfel des Positivenanteils in 2. und 3. Welle gleich	Mielke

	hoch ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile pro Monat ▪ Positivenanteil über den gesamten Pandemieverlauf: deutlicher Rückgang in allen BL ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen bei Kindern geht zurück, >80 Jährige wurden am häufigsten getestet ▪ Kurven (Anzahl poitive Testungen und Positivenanteil) zeigen: Die >80 Jährigen spielen in der 3. Welle keine Rolle, die 60-80 Jährigen waren weniger betroffen, 3. Welle dadurch und durch Impfung schwächer ○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Kaum KH-Ausbrüche in der letzten Woche ▪ Auch Ausbrüche in AH gehen zurück (etwa 40)	FG 36 (Haas)
	○ Diskussion: ▪ Thema aus EpiLag: MV fragt, ob/wann angesichts des niedrigen Positivenanteils, des geringen Anteils positiv PCR-bestätigter AG-Tests und der bei niedriger Inzidenz zu erwartenden, falsch positiven Ergebnisse auf das flächendeckende Testen verzichtet werden sollte ▪ War bereits Thema im Dialog mit BGM, als Diskussionsgrundlage wurde eine Liste von Fragestellungen entworfen, die die breite Anwendung der Tests in Frage stellen ▪ Pos. Nebeneffekte: Die Tests erhöhen die Awareness, Risikoverhalten könnte potentiell erkannt werden ▪ In Frankreich werden AG-Tests erfasst und in den nat. Fallzahlen berichtet, dort konnten max. 50% der pos. Ergebnisse durch PCR bestätigt werden ▪ Insgesamt ist die differenzierte Haltung des RKI zur AG-Testung richtig (gewesen) ▪ Gibt es Settings, in denen weiterhin getestet werden soll? Welche? ▪ Hinweis auf Bericht zur AG-Testung 7/2020 und EPiBull 17/2021, Testung bis Pandemieende dort, wo Schutzmaßnahmen nicht vollumfänglich durchgeführt werden können und kein ausreichender Schutz durch	FG17 (Dürrwald)

	Impfung besteht, Schulen und KiTas (bevorzugt Lolli-Pooltests), bei KH-Aufnahme, betriebliche Testung nach betriebsärztlicher Gefährdungsbeurteilung (z.B. Erntehelfende) ▪ W. Haas als Mitglied der WHO Technical Advisory Group „Save Schooling": Dort wird die Testempfehlung überarbeitet, Support durch WHO-Empfehlungen können RKI-Empfehlungen unterstützen ▪ Unterstützung durch Abt. 1 wird asudrücklivh begrüßt ▪ Frage: Pooltests auch für Studierende? ▪ Studierende sind hoffentlich bald geimpft, Selbsttestung gut machbar, Quaslitätsunterschiede der Tests sollte kommuniziert werden ! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate liegt auf dem Vorjahresniveau, wesentlich niedriger als in den vorausgegangenen Jahren ▪ ARE gesamt: Deutliche Anstiege bei 0-4 und 5-14 Jährigen ○ ARE-Konsultationen ▪ Leichter Rückgang, 350 Kons./100.000 EW ▪ Anstieg bei 0-4 Jährigen, alle anderen AG stabil oder rückläufig ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Gesamtentwicklung bei KH-Aufnahmen rückläufig ▪ In allen AG sinkt die Anzahl der SARI-Fälle ▪ Anteil COVID-SARI-Fälle bei KH Aufnahmen unter 50% ▪ COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung rückläufig ▪ Schwere der Erkrankung in 3. Welle vergleichbar zur 2. Welle ○ Ausbrüche Kindergärten, Horte,Schulen ▪ KiGa/Hort: 44 Ausbrüche	MF4 (Fischer)

- Kleinere Geschehen, etwa 3Fälle/Ausbruch, Kinderanteil bei 60%, Erwachsenenanteil rückläufig
- Schulen : 34 Ausbrüche /Woche, insbes. jüngere (6-10 Jährige) und ältere SchülerInnen betroffen, mittleres Alter weniger

! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW 22** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- 103 Einsendungen aus 31 Praxen, derzeit konstant 100 Einsendungen/Woche
- Mit Lockerung 4/2021 Anstieg bei 0-4 Jährigen, in KW 22 leichter Rückgang
- Anstieg bei 5-15 Jährigen
- Rhinoviren stabil (25-30%), hauptsäcjlich 0-4 und 5-15 Jährige
- Parainfluenzaviren: leichter Rückgang
- RSV: keine Nachweis
- SARS-CoV-2: 2. Woche kein Nachweis
- Kein Influenzavirennachweis
- Saisonale Coronaviren:
  - NL63: Starker Anstieg, bes. 0-4 Jährige, auch andere AG < 60 JAhre
  - OC43 leicht rückläufig
- Sars-CoV-2: in Arztpraxen geringe Quote, spielt dort keine große Rolle

- Diskussion:
  - Kann man noch von Community Transmission sprechen, wenn Sars-CoC-2 unter der Sentinel-Nachweisgrenze liegt?
  - Dies allein ist kein Argument gegen CT
  - Ausbrüche in Schulen und KiGä sprechen für diffuses Geschehen, es kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass keine unbemerkten Übertragungen in der Bevölkerung geschehen

	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Aktuell werden 1.609 Patienten behandelt, 539 weniger im Vergleich zur Vorwoche ▪ In allen BL steiler Abfall ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ In allen BL geht die ITS Belegung zurück auf Stufe 2 (<12%) ▪ In der nördl. Gruppe SA, NS,MP,BB <5%, in SH <3% (Basisstufe) ▪ In Mitte und Süden Stufe 2 ○ Altersstruktur (1535 Fälle = 90%) ▪ 0-14 und 15-49 Jährige: 36,8% ▪ In allen AG Rückgang, stark bei 70-79 Jährigen, etwas geringer bei 60-79 Jährigen ▪ Abnahme in allen Altersgruppen ○ Belegung und Belastung ▪ Gesamtbelegung, Beatmungs- und ECMO-Fälle rückläufig ▪ Dennoch: Anzahl ECMO nur knapp unter dem Peak der 2. Welle ▪ Anteil COVID-Fälle sinkt ▪ Freie Kapazitäten nehmen zu ▪ Verfügbarkeit und regulärer Betrieb zunehmend ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ In allen Kleeblättern weiter Trend nach unten ▪ Anpassungen bei Modellierung durchgeführt, die die lange Liegezeit der schweren Fälle berücksichtigt	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Diskussion ○ Herausforderung an die Kommunikation: Trotz sinkender Inzidenzen ist die Gefahr noch nicht vorüber ○ Perspektive: Wie lange soll im Lagebericht das Risiko als „hoch“ eingestuft werden? Kann angesichts weiter sinkender Fallzahlen eine andere Formulierung gefunden werden? Die regionale Heterogenität erschwert die Kommunikation ○ Es ist zu früh für die Bezeichnung „Moderat“ ○ Presse beantwortet dazu eingehende Fragen mit einer (mit Leitung abgestimmten) Antwort: Basismaßnahmen sind weiterhin einzuhalten, es handelt sich um eine Momentaufnahme, ein Anstieg durch Zunahme der Mobilität ist möglich, die Gefahr ist noch nicht vorbei, trotz einzelner LK mit Inzidenz 0 ○ Wichtig zu kommunizieren: Die jetzige Situation ist unter Schutzmaßnahmen entstande, Anzahl von Kontakten liegt laut Umfrage noch bei 1/2 im Vgl. zu Präpandemiezeit ○ Eintrag durch Reisen und z.B. Ernteeinsätze ist zu erwarten ○ Nachlassen der Impfbereitschaft muss verhindert werden ○ Ziele sollten neben der niedrigen Inzidenz auch Krankheitsprävention (können sich alle schützen, die das wollen, können schwere Fälle vermieden werden) und Verhinderung der Überlastung des Gesundheitssystems sein ○ RKI kann sich hierzu unabhängig von der Politik, die auf Inzidenzen schaut, positionieren Rationale: Solange nicht jeder eine Impfchance hatte, sind Masken und AHA-Regeln insbesondere in Innenräumen zu empfehlen ○ In SH soll die Maskenpflicht in Schulen fallen ○ Dies entspricht unseren Empfehlungen: Bei Inzidenz <35 keine Maskenpflicht für jüngere Schüler, für ältere optional *ToDo: Prüfung und ggf. Anpassung dieser Empfehlung (auch im Hinblick auf VOC)* *ToDo: aus der Diskussion sollen die Gründe für die anhaltende Gefahr und gegen eine frühzeitige Entwarnung entnommen und über die nächsten 6 Wochen verteilt für kommende BPKs vorbereitet werden (Stichwort „sachlicher Spielverderber“)* *ToDo: Aufnahme des Präventionsparadox in FAQ* *ToDo: Vorschlag für neue Risikobewertung wird von U. Rexroth zirkuliert, Diskussion ,wann sie angewendet werden soll, Freitag im Krisenstab* *@ Lagezentrum: bitte auf die Agenda für Freitag nehmen*	(Hamouda) *FG 36 (Haas)* *Presse und Jenny* *Wenchel* *Rexroth*

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Neu seit letzter Woche unter Infektionsschutz.de: FAQs und Informationen zur Impfung **Presse** ! Corona Prävalenzsatudie zeigt: 1,8 mal soviele Fälle wie nach IfSG gemeldet, Faktor 2 ist ein gutes Ergebnis (geringe Untererfassung) **Wissenschaftskommunikation** ! Frage: Auch in der Basisstufe des ControlCovid Papiers sind Maßnahmen vorgesehen, warum gibt es keine maßnahmenfreie Stufe? ! Aus der Krisenkommunikationstheorie: Menschen gewöhnen sich an hohe Zahlen, es sollte bildhaft dargestellt werden, z.B. „Wöchentlich sterben immer noch so viele Menschen an Covid, wie bei einem Flugzeugabsturz“	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Glasmacher) P1 (Jenny)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Frage aus EpiLAg: Ist eine Meldepflicht für Long Covid sinnvoll? ▪ Präzise klinische Falldefinition steht noch aus, keine Biomarker, bisher nur grobe Einteilung ▪ Wurde auch im neu gegründeten interministeriellen AK thematisiert ▪ Meldepflicht sollte zu Maßnahmen führen, das ist hier nur eingeschränkt gegeben,allerdings: Versorgungsbedarf liegt vor, SSPE nach Masern wird auch gemeldet ▪ Die DGPI hat ein Register für Long Covid eingerichtet ▪ Zusammenfassend: Klinische Register sind die geeignete Stellen für die Datensammlung (klin. Versorgungsforschung) ○ Zahlreiche Anfragen des ÖGD und Primärversorgender Ärzte zu Genesenenzertifikat (über AGI, LZ, EpiLag) und zu klein.-epidemiolog. Infektionsnachweis	Alle (Rexroth) FG 14

	▪ Noch alles im Fluss: Wer stellt Zertifikate aus, wie wird die Vergütung geregelt etc. ▪ PCR soll weiterhin Voraussetzung für Genesenenzertifikat sein, alles andere aus RKI-Sicht nicht ausreichend belegt ○ Befürwortet das RKI CO2 Ampeln in Klassenräumen? ▪ Hierzu gibt das UBA sehr gute Informationen, soll FAQ entsprechend ergänzt werden? ▪ Befürwortung durch FG 36 ▪ Auch RKI nutzt CO2 Messgeräte, als Ergänzung zu anderen Maßnahmen *ToDo: Ergänzung der FAQ* **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Brunke *Brunke*
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! 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, 11.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:48 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 11.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Ruth Offergeld
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  -
- ! IBBS
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Livia Schrick
  - Marica Grossegesse
- ! P1
  - Esther-Maria Antão
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Maud Hennequin
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Anna Rohde
  - Sofie Gillesberg Raiser
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien (hier) Weltweit: Datenstand: WHO, 10.06.2021 Fälle: 174 Mio. Fälle (-15,6% im Vergleich zur Vorwoche) Todesfälle: 3,7 Mio. Todesfälle (2,2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Indien, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, USA, Russische Föderation, Iran, Chile, Malaysia, Philippinen Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Höchste Inzidenzen in Südamerika, südlichem Afrika, mittlerer Osten Epikurve WHO Sitrep: Weltweite Abnahme der Neumeldungen außer in Afrika (+24% im Vergleich zur Vorwoche) und gestiegene Todesfälle in Western Pazifik Andere Berichte: ECDC Risk Assessment vom 10.6.21 mit einer Einteilung der Länder in 3 Kategorien, in Abhängigkeit der Impfrate, zirkulierenden Varianten und Risikogruppen: wenig, mäßig und besonders besorgniserregend. Allerdings erfolgt keine aktive Einteilung der Länder durch das ECDC. Vorstellung der Delta Variante in Dänemark: 1. Fall am 2.4.2021 (KW 13) detektiert, Gesamtzahl aktuell: 119, Entwicklung abweichend von B.1.1.7. Impfdurchbrüche: 1 (86% mit Pfizer-BioNTech geimpft). Frage: Wie ist Situation in UK zu bewerten? Antwort/Diskussion: Delta Variante tritt hauptsächlich bei Ungeimpften oder unvollständig Geimpften auf, daher Anstieg der Fallzahlen wahrscheinlich nicht auf Impfdurchbrüche zurückzuführen, sondern wahrscheinlich eher auf Lockerungen der Beschränkungen (z.B. in der Stadt Bolton). Dieser Effekt sollte kommuniziert werden. Vorschlag: Auch Entwicklung in der Schweiz mit konstant geöffneten Schulen sollte angeschaut werden. ***ToDo:*** *Vorstellung der epidemiologischen Situation in UK am nächsten Mittwoch, vor allem im Hinblick auf die Verbreitung der Deltavarianten und der Steigung der Fallzahlen. Information soll auch in nächste BPK eingebracht werden. (Sofie Gillesberg)*	Sarah Esquevin/ Sofie Gillesberg
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.711.569 (+2.440),	Michaela Diercke

	davon 89.687 (+102) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 19/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 39.539.170 (47,5%), mit vollständiger Impfung 20.648.461 (24,8%) Indikatorbericht ▪ Alle Indikatoren zeigen einen Rückgang: Rückgang der 7-d-Inzidenz, Abnahme der Inzidenz bei ü80 Jährigen Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Alle BL nähern sich einander stark an: alle > 50/100.000 Einw., nur 12 LK mit Inzidenz >50/ 100.000 Einw. (Schweinfurt mit höchster Inzidenz) ○ Sterbefallzahlen: vergleichbar zu Vorjahren Frage: Preprint zu Übersterblichkeit bekannt (erwähnt von Karl Lauterbach)? Antwort: nicht bekannt. (Anmerkung im Protokoll durch Protokollantin: Link zum Preprint: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250604v3) Frage: Wann wird Indikatorbericht veröffentlicht? Antwort: Es besteht Klärungsbedarf hinsichtlich IT-Sicherheit. (Info Ronja Wenchel) Diskussion: Soll Indikatorbericht dem BMG zur Verfügung gestellt werden und im Gegenzug erfolgt Lagebericht nur noch wöchentlich oder alternativ eine tägliche automatisierte verkürzte Version? ***ToDO:*** *interner Konsens darüber, wie zukünftig mit Lagebericht umgegangen werden soll (Abt. 3. Krisenstabmanagement, Ute Rexroth)* Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ! **Update SeBluCo** (Folien hier) ○ Serosurveillance von Sars-CoV-2 mit Hilfe von Vollblutproben von Blutspenderinnen ○ Ergebnis: 115.085 Proben untersucht mittels IgG ELISA Euroimmun, davon 4,5% positiv ○ Probleme mit sehr hoher Chargenvariabilität, was zu hoher Rate an Falschpositiven führte	Ruth Offergeld

	○ Weitere Analysen wurden dann mit nur einer Charge und einem Gerät durchgeführt, um Falschpositivenrate zu minimieren ○ Diskriminierung von natürlichen AK zu Impfantikörpern gelang mit bisheriger Analyse nicht, aber soll nun mit einem anderen ELISA (Roche-NCP-ELISA) bis Mitte Juli durch Kooperationspartner durchgeführt werden. ○ Ausblick: Die Fortsetzung der Studie wird erwogen, insbesondere müssen zukünftige Fragestellungen geklärt werden. DRK kommt als möglicher Partner in Betracht. Frage: Anti N- Kreuzreaktivität mit saisonalen CoV? Antwort: Nein ***ToDo:*** *Fortsetzung der Studie ausdrücklich erwünscht! Fragestellung zum Antikörper Waning ist von besonderem Interesse! (Ruth Offergeld)*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Mission Montenegro befindet sich in der Nachbereitung Mission Namibia in Zusammenarbeit mit FG38 gestaltet sich schwierig, da wahrscheinlich bald zu Virusvariantengebiet erklärt wird Austausch mit Irak (im Rahmen SEEG Mission) zur Bioinformatik mit Unterstützung durch MF2 und P5	Johanna Hanefeld
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (Dokument hier) Änderungen im Dokument bezüglich VOC Bezeichnung. Impfung, Priorisierung, Auslastung des Gesundheitswesens und Reisen. Insbesondere der Punkt Reisen/ Mobilität wurde intensiv diskutiert und eine Formulierung gesucht, die der aktuellen Lebenswirklichkeit angepasst ist, aber trotzdem keine Ermunterung zum Reisen darstellt. Anmerkung von Johanna Hanefeld: In AG-Testung wird am kommenden Dienstag der Punkt erhöhte Mobilität im Sommer diskutiert Frage: Sollte in international. Lage vorgestellte ECDC Einteilung für Bevölkerungsgruppen in Deutschland angewendet und kommuniziert werden, um Impfbereitschaft zu erhöhen?	Abt. 3

	Entscheidung: Aktuell ist eine einheitliche Einschätzung für alle von größerem Vorteil und stärkt die Solidarität, aber eventuell in einem weiter fortgeschrittenen Stadium der Impfkampagne sinnvoll! ***ToDO:*** 1. *Alte Formulierung zum Reisen raussuchen und an Frau Rexroth schicken (Hanefeld)* 2. *Papier soll heute zirkuliert und am Montag veröffentlicht werden (Rexroth)* 3. *Kommunikation „Sicher reisen in 6 Punkten" (Ines Lein und ZIG)*	
5	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** Erarbeitung einer Sprachregelung zur Problematik im Zusammenhang mit der fehlerhaften Meldung von Intensivbetten Anmerkung Krisenstab: Es ist eine Publikation im Ärzteblatt von RKI + DIVI über die Auslastung der Intensivbetten in Arbeit ***ToDO:*** *Sprachregelung bitte an Krisenstab kommunizieren! (Ronja Wenchel)* **P1** (nicht berichtet)	BZgA Ronja Wenchel P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** Erlass Bundesverfassungsgericht über BMG: Fragenkatalog zur Rolle von Kindern (Schulen/Kita) im Infektionsgeschehen. Frist: 16.6.21 Vorschlag: Zur Beantwortung auf bestehende Leitlinien, z.B. S3-Leitlinien verweisen ***ToDO:*** *Fragenkatalog in mehrere Einheiten teilen und an geeignete OEs/Personen verteilen (Ute Rexroth)*	Ute Rexroth

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Begleitkommunikation/ Entscheidungshilfe zur Kinderimpfung veröffentlicht Aktualisierter Aufklärungsbogen zur Zulassungserweiterung für Kinder veröffentlicht Seit 1 Woche dürfen auch Betriebsärzte impfen Digitaler Impfpass CovPass freigeschaltet BMG: Start einer auf 2 Jahre angelegten Multicenter Studie zur Untersuchung der Schutzdauer der COVID Impfung Noch keine ausreichenden Daten zur Auffrischungsimpfung **Impfstoffe** Weitere Nebenwirkungen bei AstraZeneca: Guillain-Barré-Syndrom, Capillary Leak Syndrome **STIKO** am 10.06.21 aktualisierte Empfehlung veröffentlicht STIKO empfiehlt noch Priorisierung von bestimmten Gruppen, das wird demnächst evaluiert, Risikoabschätzung für Schwangere Frage: Charité-Studie zeigt Impfdurchbrüche in Altersheimen eine Woche nach der Zweitimpfung. Kann Auffrischungsimpfung für Hochbetagte trotz fehlender Evidenz empfohlen werden, weil Studie den Verdacht einer unzureichenden Immunantwort bei dieser Gruppe weckt? Antwort: Regulatorische Empfehlung möglich, STIKO empfiehlt evidenzbasiert und vollständige Immunisierung wird eine Woche nach Zweitimpfung noch nicht angenommen.	Ole Wichmann
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 411 Proben, davon: 5 SARS-CoV-2 88 Rhinovirus 30 Parainfluenzavirus 85 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 0 Metapneumovirus 0 Influenzavirus 2 RSV **ZBS1** In KW 23 bisher 222 Proben, davon 42 positiv auf SARS-CoV-2 (19%) SEBluCo: 233 Proben für PCR und 404 für Serologie Hinweis durch Krisenstab: Bei weiterhin so niedrigen Raten kann ab	FG17 Livia Schrick

	Samstag die Testung eingestellt werden.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** monoklonale Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit dem Namen Etesevimab ab KW 24 in Uni-Klinik-Apotheken vorrätig, therapeutischer Kombinationspartner zu Bamlanivimab ~~monoklonale Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit dem Namen Etesevimab für Apotheken vorgesehen~~ Englische Übersetzung von STAKOB Therapiehinweisen erstellt	~~IBBS~~ ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** Am 9.6.21 ist neue Einreiseverordnung in Kraft getreten mit Ausnahmeregelungen für hochrangige Staatsbedienstete und akkreditierte Sportveranstaltungen Trotz Wunsch vieler GA: Keine Testpflicht nach 14-d-Quarantäne! Frage: Warum erfolgt keine Überprüfung der Einreisenden an Flughäfen? Antwort: Poster zur Information von Einreisenden über geltende Maßnahmen und Empfehlungen hängen an Flughäfen, aber Kontrolle der Einreisenden erfolgt durch GA aufgrund der DEA Meldung. Es folgte eine Diskussion zu den unterschiedlichen Corona Verordnungen der BL und der Möglichkeit des Maßnahmen-Monitoring. Fazit: Maßnahmen-Monitoring nicht Aufgabe von RKI. Universität Bielefeld hat gutes Monitoring Konzept. Weitere Informationsquellen dafür: ADAC, Darf-ich-das-App ***ToDO:*** *Organisation eines Kurzvortrags zu diesem Thema im Krisenstab durch einen Experten der Maßnahmen-Monitoring Gruppe der Universität Bielefeld. (Bremer)*	Ute Rexroth
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** IFG-Anfrage zur Einsicht in Krisenstabsunterlagen. Rechtsreferat sagt, Krisenstab soll darüber entscheiden! Krisenstabsentscheidung: Krisenstabsunterlagen inkl. Agenda sind vertraulich und Verschlusssache! 250. Krisenstabssitzung! Virtuelles Anstoßen!	Ute Rexroth
15	**Wichtige Termine** keine	Alle

16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 16.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 16.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
  - Andreas Hicketier
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
  - John Gubernath
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.717.625 (+1.455), davon 90.074 (+137) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 13/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 40.475.199 (48,7%), mit vollständiger Impfung 22.302.188 (26,8%) ○ Anzahl Fälle nach Kalenderwoche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise Meldewoche ▪ Rückgang deutlich stärker als zwischen 2. und 3. Welle. ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Rückläufiger Trend in allen BL setzt sich weiter fort. ▪ Höchste Inzidenzen in Saarland und BW ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 3 LK mit Inzidenz > 50, alle im Süden von Deutschland. ▪ Keine Fälle in den letzten 7 Tagen haben 10 LK übermittelt. ▪ Vergleich zur Vorwoche: Karte hellt sich weiter deutlich auf. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Höchste Inzidenzen bei 11-14 Jährigen, gefolgt von 6-10 Jährigen ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 75-79 und 80-84 Jährigen ○ Altersmedian COVID-Fälle, Hospitalisierte, ITS-Betreute, Todesfälle ▪ Altersmedian der Hospitalisierten hat seit 2. Welle abgenommen. ▪ Bei Sterbefällen liegt der Altersmedian weiterhin bei	FG32 (Diercke) Abt.3 (Seifried)

	ca. 80 Jahren. ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Rückgang in den letzten Wochen ▪ In der 3. Welle hat der Anteil der übermittelten Todesfälle im Vergleich zur 2. Welle deutlich abgenommen. ○ Warum hat Brandenburg in der letzten Woche dreimal negative Zahlen übermittelt? ▪ Brandenburg hat umfangreiche Qualitätskontrollen durchgeführt (wurde vorher angekündigt). Dabei wurden Doppelmeldungen wieder abgezogen.	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Wieder weniger Testungen (knapp über 800.000), Positivenanteil weiter auf 2,3% gesunken. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Immer noch ca. 2 Mio. Testungen pro Woche möglich. ▪ Im Moment noch Empfehlung die Testkapazität weiterhin vorzuhalten. ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Abfrage erfolgt nur noch alle 2 Wochen ○ AG-POCT in Einrichtungen ▪ Testungen haben massiv abgenommen. Stationäre Pflege übermittelt weniger. ▪ Letzte Woche war kein Antigentest positiv. ▪ Der Wunsch besteht nach Veröffentlichung eines letzten Artikels diese Abfrage einzustellen. ○ Ist die Abfrage noch nötig, da sie einen großen Zeitaufwand erfordert? ▪ Die Abfrage war sinnvoll, seit Wochen jedoch sehr viel weniger Übermittlungen. ▪ POCT-Abfrage kann eingestellt werden, da weniger Einrichtungen testen und ihre Daten übermitteln.	FG37 (Abu Sin) FG36 (Buda)

	Dadurch ist die Abfrage weniger aussagekräftig. **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach BL ▪ Deutlicher Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Dasselbe Bild wie in den letzten Wochen, >80 Jährige haben die niedrigsten Positivenanteile, Schüler die höchsten. ▪ Bei 80+ Jährigen wird noch am häufigsten getestet. ○ Testungen nach Abnahmeort und Altersgruppe ▪ Deutlicher Rückgang der durchgeführten Testungen in Arztpraxen, geringerer Rückgang in KH und anderen Einrichtungen. ▪ Bei 60-79 und 80+ Jährigen Testentnahme in erster Linie in Krankenhäusern. ○ Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen ▪ Weiterhin deutliche Abnahme in letzten Wochen.	FG17 (Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ In KW 22 gestiegene ARE-Raten sind wieder gesunken, noch ca. 1.600 ARE/100.000 Einw. ○ ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz im Vergleich zur Vorwoche angestiegen, in allen AG aber vor allem bei Kindern. ▪ Höher als zur gleichen Zeit 2020 ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ In den meisten Altersgruppen positive Entwicklung. ▪ Bei 0-4 Jährigen sind SARI-Fallzahlen gestiegen. ▪ Seit KW 16 kontinuierlicher Rückgang des Anteils COVID an SARI-Fällen. ▪ Kein weiterer Rückgang des Anteils COVID an SARI-	FG36 (Kröger)

	Fällen mit Intensivbehandlung, aber Anteil weiter unter 50%. ▪ Bei Darstellung bis 23. KW: Anstieg in 22. KW setzt sich nicht fort, Fallzahlen gehen wieder zurück. ○ Zur Diskussion: Wie soll diese Grafik dargestellt werden? ▪ Bis KW 22 oder bis KW 23 mit einem grauen Balken in KW 23, da sich die Daten evtl. noch auffüllen. ○ Eine Darstellung mit grauem Balken in den Nachmeldebereich hinein scheint sinnvoll, dann sollte aber auch bei Schulausbrüchen so verfahren werden. ○ Üblicherweise werden graue Balken über die letzten 2 Wochen gelegt. *ToDo: Fr. Buda bespricht mit Fr. Tolksdorf, ob ein grauer Balken über 1 oder 2 Wochen gelegt wird.*	FG34 (an der Heiden)
	○ Ausbrüche in Kindergärten, Horte ▪ Trend weiter sehr positiv, Ausbruchsgröße zunehmend kleiner. ▪ 40 neue Ausbrüche ○ Ausbrüche in Schulen ▪ Vergleichbares Bild bei Schulen ▪ 55 neue Ausbrüche	MF4 (Fischer)
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ In KW 23: 101 Einsendungen aus 35 Praxen ○ Rückgang der Einsendungen von > 60 Jährigen, Anstieg bei 0-4 Jährigen ○ Rhinoviren: ca. 35%, fast auf normalem Niveau zu dieser Jahreszeit ○ Parainfluenzaviren: höchster Stand in diesem Jahr ○ SARS-CoV-2: keine Nachweise ○ Influenzaviren: keine Nachweise ○ Saisonale Coronaviren: ▪ NL63: starker Rückgang, 10% Grenze unterschritten	Rexroth

	▪ OC43: nach wie vor > 5% ▪ Keine Nachweise der anderen beiden Coronaviren	
	! **Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung** (Folien hier)	Schaade
	○ Die B.1.617.2 Delta-Variante wurde erstmalig in KW 11 nachgewiesen, seitdem 1.305 Fälle (ca. 3%) im IfSG und 1.125 Sequenzen (ca. 6%) im DESH. ▪ Seit KW 11 logarithmischer Anstieg der Variante ▪ Anteil Fälle mit Exposition im Ausland weiterhin sehr gering, aber von vielen Fällen keine Angaben zum Expositionsort. ▪ Wenn Expositionsort Ausland, dann wurde am häufigsten Indien und Italien genannt. ▪ Anteil Hospitalisierungen ist bei Delta leicht höher als bei anderen Varianten. ▪ Anteil von Delta bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist etwas höher als bei übrigen Altersgruppen. ○ Modellierung der Anteile von VOC in der 3.Welle ▪ Von KW 11 bis 22, eine Extrapolation für eine oder zwei Wochen erscheint möglich. ○ Verlauf der wöchentlichen Fallzahlen nach Variante ▪ Rückgang von B.1.1.7 am stärksten, da dominante Variante. ○ Verlauf der wöchentlichen Anteile nach Variante ▪ Anteil von B.1.1.7 ist relativ konstant. ▪ Anteil von Nicht-VOC leicht rückläufig. ▪ Anteil von Delta steigt an. ○ Verlauf der wöchentlichen Anteile (logarithmisch) ▪ Anteil B.1.617.2 steigt noch leicht, Daten aus KW 23 sind noch nicht eingegangen. ▪ Noch steigender, wenn auch geringer Anteil von P1 ○ Verlauf der wöchentlichen Fallzahlen (logarithmisch) ▪ Rückgang von B.1.1.7	Seifried

	▪ Delta verhält sich relativ stabil. ○ Weitere Entwicklung hängt von Maßnahmen und Impfungen ab. ○ Mit Publikation der Modellierung noch mind. eine Woche warten. Trend ist noch nicht absehbar. ○ Relativer Anteil der Delta-Variante steigt, bei Unvorsichtigkeit könnten Fallzahlen wieder steigen. ○ In VOC-Bericht schreiben, dass Delta-Variante zunimmt. ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 1.136 Patienten werden noch behandelt. ▪ Auch starker Rückgang der Todeszahlen ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ Trend des Rückgangs setzt sich in allen BL fort, nur in SH Stagnation. ▪ Mittlerweile 4 BL in Stufe 1 und 7 BL in Stufe 2 ○ Altersstruktur ▪ Alter von 1.070 Patienten (88%) übermittelt ▪ Median weiterhin bei 60-69 Jährigen ▪ Rückgang bei 80+ Jährigen ▪ Zunahme des prozentualen Anteils bei 50-59 Jährigen ○ Belegung und Belastung ▪ Starker Rückgang in Belegung ▪ Entspannung bei Betriebssituation ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Rückläufiger Trend in allen Kleeblättern prognostiziert ! Ergänzung aus Epilag: von vielen BL Ausbrüche mit Delta-Variante ohne Reiseanamnese geschildert. ○ Ausbrüche sind aufgrund von niedrigen Fallzahlen wieder	

	leichter nachzuverfolgen. ! Starker Wunsch nach Deeskalation der Maßnahmen ○ Auch in Pflegeheimen besteht der Wunsch auf Testen zu verzichten. ○ Wann wird Infektionsschutz wieder in die Hände der Menschen gelegt? ▪ Wenn wir in der Basisstufe sind. ▪ Beibehaltung von Maßnahmen bis alle ein Impfangebot bekommen haben. **->** Verweis auf ControlCOVID mit Deeskalationsstufen ! Wunsch von Diagnostikseite noch nicht impfbare Kinder mit PCR-Pooltests zu screenen ○ Empfehlung sollte nochmal zu Papier gebracht werden. ○ Veröffentlichung in Teststrategie, wenn sich BMG überzeugen lässt. ○ Kritik an PCR-Pooltests in AGI (v.a. aus SH): Ergebnisse kommen zu spät für Maßnahmen, sind teurer als Antigenteste, lieber Primärprävention durch Masken. ○ Kritik nicht nachvollziehbar. Ergebnis kommt taggleich, bei Einzelnachtestung des Pools am Folgetag. Ab einer Poolgröße von 15 ist der Preis günstiger als Antigentests. ○ Kein Entweder-Oder, weiter Primärprävention + Testen *ToDo: als Kasten im EpiBull aufnehmen, FF Seifried? ! ID 3807*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Vorschlag für neue Risikobewertung ○ Wurde gestern veröffentlicht. ○ Nächste Woche wird wieder diskutiert, ob community transmission noch zutrifft und ob die Gefährdung auf „mäßig“ geändert werden soll. ○ In AGI herrscht Haltung vor, dass jetzt schon ein niedrigeres Risiko besteht.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein Beitrag **Presse** ! Kein Beitrag **Wissenschaftskommunikation** ! Social Cards zu Reisen werden vorbereitet. ! MNB/MNS, siehe z.B. Anfrage BMG zum Tragen von Masken in öffentlichen Verkehrsmitteln ○ Mehrere Politiker haben die Abschaffung der Maskenpflicht in den Raum gestellt. ○ Schreiben ans BMG: Basismaßnahmen einschließlich MNS sollen beibehalten werden, bis alle die Gelegenheit hatten sich impfen zu lassen. ○ In Innenräumen wird weiterhin empfohlen Masken zu tragen. Dies sollte aktiver kommuniziert werden. Wie kann das gut begleitet werden? ○ Klare Festlegung auf medizinischen Mund-Nasenschutz, keine Empfehlung von FFP2 oder Mund-Nasenbedeckung. *ToDo: in FAQ Mund-Nasenbedeckung durch medizinischen Mund-Nasenschutz ersetzen, FF FG14* ○ Die Empfehlung, dass verwundbare Menschen sich durch FFP2-Masken selbst schützen sollen, ist nicht zielführend, da diese oft keine FFP2 Masken tragen können. Hier ist Solidarität gefragt. Eine gezielte Ansprache von jungen Menschen sollte stattfinden. ○ Pressestelle und P1 sollen Kernbotschaften so kommunizieren, dass sie stärker wahrgenommen werden. ○ Kommunikation bei Fußball-EM: Bei Zusammenkünften	BZgA Presse P1 (Leuker) Brunke Leuker

	sind Masken wichtig. ○ Bei P1 ist ein Flyer in Arbeit: Wie komme ich sicher durch den Sommer? Solidargedanke steht im Vordergrund. ▪ Maske vor allem drinnen und auch draußen, wenn kein Abstand eingehalten werden kann. ○ Wird Bestandteil in nächster BPK sein. Es wäre gut, wenn die Pressestelle bis Freitag etwas Schriftliches hätte. ○ Die Pressestelle schaut sich die entsprechende FAQ an. ○ FAQ, Flyer, Tweets und Beiträge auf Instagram nach BPK sind in Vorbereitung. ! Info aus Bayern: LGL macht intensivierte Surveillance und hat um Mithilfe gebeten. Hat Herdkennung dafür angelegt.	Rexroth
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! In AGI nächste Woche sollen Strategien diskutiert werden. ○ Wann endet die Pandemie? ▪ Mindestvoraussetzung: wenn alle ein Impfangebot erhalten haben. ○ Soll am Freitag diskutiert werden. ○ Abwarten des Winters sinnvoll. ○ Papier: Perspektive Herbst Winter ist in Arbeit, wie ist der Stand? ▪ Morgen früh finale Abstimmung ▪ Papier wurde vom Ministerium bestellt und soll anschließend in einer Expertenrunde im BMG diskutiert werden. ▪ Papier sollte Grundlage für Diskussion mit Ländern sein, sollte den Ländern aber noch nicht nächste Woche zur Verfügung gestellt werden. *ToDo: Mitglieder der internen Arbeitsgruppe sollen nächste Woche an AGI teilnehmen.*	Alle

	b) RKI-intern	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Krankenhäuser fragen an, ab wann sie lockern können. ○ Antwort: Können noch keinen Zeitpunkt nennen. ○ Wenn alle die Gelegenheit zur Impfung hatten? Reicht das aus um alle Maßnahmen zu lockern? ○ Sehr heterogenes Verhalten in KH, was Screening von Personal angeht. *ToDo: FG37 sieht sich alle Dokumente hierzu nochmal an.*	
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Der 500. Lagebericht wurde vor einer Woche veröffentlicht. (Folie zu Kennzahlen zum RKI-Krisenmanagement hier) ! Internationaler Daten- und Informationsaustausch könnte über den Sommer noch deutlich zunehmen. ! Vor einem Jahr wurde ein Zwischenbericht geschrieben. Soll ein 2. Zwischenbericht geschrieben oder auf den Schlussbericht gewartet werden? ○ Für Hr. Wieler wurde vor kurzem eine Übersichtspräsentation erstellt. ○ Am Zwischenbericht haben sehr viele Leuten mitgearbeitet. ○ Noch ist keine Entspannung im Lagezentrum. Anpassungen sind überall nötig und demnächst beginnt die Urlaubszeit. ○ Im Moment keine Kapazitäten für einen Zwischenbericht vorhanden. ○ Nächste Woche ist die letzte Sitzungswoche vor der Sommerpause im Bundestag, evtl. Entspannung danach? ○ In 3 Wochen soll nochmal überlegt werden, ob ein Zwischenbericht untergebracht werden kann.	FG38 Schaade
15	**Wichtige Termine** !	Alle

16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 18.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:20 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 18.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Wiebke Hellenbrand
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Alexandra Hofman
  - Andreas Hicketier
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Ida Sperle-Heupel (PAE)
  - Mirco Sandfort (PAE)
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! Externer Referent (Universität Bielefeld)
- ! Kayvan Bozorgmehr

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 17.06.20021 Fälle: 176 Mio. (-5,9% im Vgl. Zur Vorwoche) Todesfälle: 3,8 Mio (Fallverstorbenenanteil 2,2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Indien, Brasilien, Kolumbien, Argentinien, Russische Föderation, USA, Iran, Indonesien, Südafrika, Vereinigtes Königreich Karte mit 7-Tage-Inzidenz: xxx Epikurve WHO Sitrep: xxx Andere Berichte: Überblick zum Vereinigten Königreich: Anstieg-7d- Inzidenz um 32% (80/100 Einw.) Todesfälle unverändert, Anstieg KKH Aufnahmen um 43% Sehr unterschiedliche regionale Inzidenzen Impfquote: 80% 1. Impfung, 58% 2. Impfung (PHE 15.6.21) 96% aller genotypisierten Fälle Technical Briefing UK: Delta Variante hat eine erhöhte Übertragbarkeit und eine Verdopplungszeit von 11d Roadmap Lockerungsschritte UK: Fallzahlen steigen mit Lockerungsschritten 80% der aktuellen Hospitalisierungen nicht oder unvollständig geimpft, Mehrheit <50 Jahre alt Anstieg der Fallzahlen multifaktoriell (Delta-Variante, Lockerungsmaßnahmen, Impfquote) Frage1: Wie hoch ist der Anteil Geimpfter an den Erkrankungen? Antwort: Zahlen liegen nicht vor Frage2: Our World in Data gibt Impfquote für mindestens eine Impfung als 60% an, woher kommt die Diskrepanz zur PHE Angabe von 80%? Antwort: PHE berechnet Anteil der Impfberechtigten (ab 16 Jahren), während Our-World-in-Data den Anteil an der Gesamtbevölkerung angibt. Bitte Quellenangabe für PHE Nenner (Denominator) hier einfügen (Stefan Kröger) – NHS, Denominators for COVID-19 Vaccination statistics ***ToDo***: 1. *Falls nach Angabe von Stefan Kröger noch für notwendig erachtet: bitte Datenbasis/Nenner für PHE Impfquoten genauer recherchieren (Regina Singer).*	Regina Singer

	2. *Lagebericht ergänzen mit Info zu importierten Fällen und Fälle ohne Reise-Assoziation.* 3. *Präsentation zur Lage in UK darf an Minister von BaWü weitergegeben werden* 4. National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.720.031 (+1.076), davon 90.270 (+91) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 10/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 41.225.811 (49,6%), mit vollständiger Impfung 23.916.490 (28,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Alle BL zeigen gleichen Verlauf, höchste Inzidenz in BaWü mit 16/100.000 Einw. ○ Importierte Fälle (aktueller wöchentlicher Anteil: 4%) hauptsächlich aus Italien, Spanien, Türkei, Russland und Afghanistan ○ Sterbefallzahlen: etwa Niveau zum Vorjahr, kleiner ungeklärter Peak Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet)	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** Namibia als Virusvariantengebiet erklärt (heute veröffentlicht), könnte Zusammenarbeit erschweren Montenegro Projekt geht weiter Nächste Woche Treffen RKI mit Gesundheitsminister und Tourismusminister von Ägypten im Rahmen deren Deutschlandbesuchs Anfrage Bahrain zum Datenaustauch (ZBS7 wird involviert)	Johanna Hanefeld
3	**Update digitale Projekte** ***(nur montags)*** Fragestellung zur Wirksamkeit der CWA wird anhand großer Datensätze (Telekom + Datenspende) adressiert Scienceblog auf CWA Webseite veröffentlicht Wer Ansprechpartner zu Fragen im Zuge der Weiterentwicklung der Impfapp? Antwort Krisenstab: Solche Fragen können in der	Patrick Schmich

	Krisenstabssitzung geklärt werden! Im BMG ist Referat 611 (Herr Sangs) zuständig. Frage1 (Schmich): Welche Impfstoffe werden anerkannt? Antwort1 (Krisenstab): Nur solche, die von der EU zugelassen wurden. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass zurzeit ein RKI Dokument erstellt wird mit Empfehlungen zur Anerkennung von Impfstoffen (Draft HSC Document) Frage2 (Schmich): Werden Impfungen im Rahmen von Studien anerkannt? Antwort2 (Krisenstab): Nur mit einer ärztlichen Impfbestätigung, z.B. im Impfausweis Frage3 (Schmich): Wer zertifiziert Schnelltests? Antwort (Krisenstab): BfArM erteilt Sonderzulassungen, (ansonsten nur CE Zertifizierung) und veröffentlich eine Liste mit anerkannten Tests	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten neu: Veröffentlichung eines FAQ zur Corona-Schutzimpfung ab 12 und ein Printleitfaden dazu (Familienleitfaden) in Zusammenarbeit mit BMG Hinweise aus dem Krisenstab: gemeinsame Kommunikationsgruppe des BMG, BZgA und RKI Infobogen von FG33: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Infoblatt_Impfung_Kinder_und_Jugendliche.html;jsessionid=9C7411EB5DF22F5E62B5593774D48128.internet081 FAQs zur Kinderimpfung: RKI - Impfen - COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) **Presse** Masken-FAQ wurde auf RKI Webseite veröffentlicht Es gibt einen Flyer ‚Masken im Sommer' von FG14 **P1** Am Freitag, den 25.6.21, 13 Uhr gibt es eine öffentliche Session (Closing Session) des WHO Science Communicator Conference. Link wird an den Krisenstabverteiler versendet	Heide Ebrahim-zadeh-Wetter Ronja Wenchel Mirjam Jenny
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Papier zur Perspektive für den Herbst wird dem Krisenstab zur schriftlichen Kommentierung per E-Mail geschickt. Es	Lars Schaade

	erfolgt keine Vorstellung in der Mittwochssitzung, da Papier am Mittwoch ans BMG geschickt wird und am Donnerstag die Besprechung dazu mit dem BMG stattfindet. **ToDo**: Papier *(ID3698?)* zur schriftlichen Kommentierung an den Krisenstabsverteiler senden (Walter Haas, Ute Rexroth) **RKI-intern** (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **Impfstoffe** xxx **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 399Proben, davon: 1 SARS-CoV-2 102 Rhinovirus 40 Parainfluenzavirus 72 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 4 RSV 0 Metapneumovirus 0 Influenzavirus **ZBS1** In KW 24 bisher 90 Proben, davon 22 positiv auf SARS-CoV-2 (24,4%)	Djin-Ye Oh Janine Michel
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet) xxx	ZBS7
11	○ Verwendung von Buzz Wörtern zur Erfassung von Veränderungen: Relaxation/ Enforcement ○ Daten werden auf Plausibilität geprüft (Validierung) ○ Vorstellung eines Dashboards zur Visualisierung des Effekts von Maßnahmen auf die Fallzahlen (Dashboard hier) Frage: Lässt sich die Effektivität von einzelnen Maßnahmen	Ida Sperle-Heupel

	berechnen? Antwort: Sie lässt sich annähern durch die Adjustierung für andere Maßnahmen oder durch Betrachtung des Gesamtverlaufs und Extraktion des wahrscheinlichen Effekts einzelner Maßnahmen oder der Betrachtung isolierter Maßnahmenkombinationen Lassen sich die Effekte von Berichterstattung (z.B. Charité Dokumentation) auch quantifizieren? Antwort: Solche Parameter können in das Dashboard aufgenommen werden, sind aber schwierig zu Quantifizieren Frage: Erfolgt eine Triangulation durch andere Monitoring Programme, z.B. Oxford Antwort: Ja, Oxford und INFAS werden berücksichtigt ! Kommentierung zum Positionspapier DFG am 23.6.21 auf der Agenda	Kayvan Bozorgmehr und Andreas Kiecketier Melanie Brunke/

		Marc Thannheiser
12	**Surveillance** Sehr viele Nachfragen zu negativen Inzidenzen. Grund: Datenbereinigungen durch Gesundheitsämter	Michaela Diercke
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** 500. Lagebericht wurde nicht gefeiert Aufgrund von personellen Engpässen wird Lagebericht am morgigen Samstag voraussichtlich ausfallen **ToDo**: Sprachregelung zur Kommunikation des Ausfalls des Lageberichts auf der Webseite (Lothar Wieler, Lars Schaade, Ute Rexroth) und Veröffentlichung auf der Webseite am Samstag (Ronja Wenchel)	Ute Rexroth
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 23.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Stefan Scholz
  - FG33 Teilnehmer
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Kai Schulze
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* ! nicht berichtet!	ZIG1
	National ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier ! SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.723.798 (+1.016), davon 90.523 (+51) Todesfälle ! 7-Tage-Inzidenz: 7/100.000 Einw. ! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 42.540.863 (51,2%), mit vollständiger Impfung 26.274.154 (31,6%) ! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: o Inzidenzen in allen BL rückläufig und auf einem niedrigen Niveau. Kein LK>50/100.000 EINW. o Fast Halbierung der Meldezahlen im Vergleich zur Vorwoche, rückläufig in allen Altersgruppen o Rückgang der Sterbefälle	Michaela Diercke
	! Testkapazität und Testungen (Folien hier) ! 700.000 Testungen, davon 10.000 (1.44%) SARS-CoV-2 ! Testkapazitäten ausreichend vorhanden ! 63 von 122 Labore haben Informationen zu Delta übermittelt ! Antigen Tests in Altenheimen das letzte Mal abgefragt, EpiBull Artikel in Vorbereitung	Janna Seifried
	! ARS-Daten (Folien hier) ! Sinkender Positiven Anteil, trotzdem doppelte Inzidenz als in gleicher KW vor einem Jahr ! Weniger Tests, außer in KH, wo Testzahlen stabil ! Fast keine neuen Ausbrüche ! Impfen wichtig, niedrige Inidenzen auch	Tim Eckmanns
	! Syndromische Surveillance (Folien hier) ! GrippeWeb: ARE stabil ! 445/100.000 EINW. Arztkonsultationen in KW24 wegen ARE ! Anteil COVID Fälle an SARI Fällen erstmals <10% ! Ausbrüche in Kitas und Schulen rückläufig (21 in Kitas, 18 in Schulen), steigender Anteil an Kindern in Schulasubrüchen	Walter Haas
	! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien hier) ! 106 Einsendungen (30% Rhinoviren, 0 SARS-CoV-2, 1 RSV, höchster Anteil an p-Influenzaviren, vor allem bei 0-3 und 5-15-Jährigen) ! Leichte Abnahme saisonaler Coronaviren NL63	Ralf Dürrwald
	! Delta Variante (Folien hier) ! VOC Anteile: Abfall Alpha Variante (74%) und Anstieg	Stefan Kröger

	Delta Variante (15%) in KW 23, betrifft alle Altersgruppen ! 9% der Deltavarianten Fälle mit einer Exposition im Ausland ! Modellierung VOC (Folien hier und hier) ! Zunahme der Fälle mit Deltavariante ab KW 21 ***ToDO:*** *Folien an Herrn Schaade und Herrn Wieler schicken und im Lagebericht oder Variantenbericht als Beschreibung der Ist-Situation einflechten (Matthias an der Heiden); done* ! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) ! 812 COVID-ITS ! ECMO Behandlung nimmt ab ! Rückgang ITS Belegung durch COVID Patienten ! 40,4% ITS Patienten <60 Jahre ! Immer mehr BL melden regulären ITS Betrieb (grüne Kurve)	Matthias an der Heiden Martina Fischer
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet) Mission Land	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Keine Neuigkeiten **Presse** Am Freitag BPK Fehlender Lagebericht am vergangenen Samstag führte zu keiner Nachfrage **P1** Nicht berichtet	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Vorbereitung auf Herbst/Winter 2021/2022 (Dokument hier) ○ Modellierung verschiedener Szenarien für den	Walter Haas und Kai Schulze

	Herbst/ Winter 2021/2022 mit der Methodik, die für das ControlCOVID Papier entwickelt wurde. Es handelt sich hierbei um eine Modellierung und keine Vorhersage. Diese soll dazu dienen, den Einfluss von Maßnahmen (z.B. Kontaktverhalten, Impfquote) sowie Faktoren (Saisonalität, Impfeffektivität, Virusvarianten) auf die ausgewählten Indikatoren (Inzidenz, ITS-Belastung, Hospitalisierung) zu berechnen. Es fand eine sehr ausführliche und lebhafte Diskussion statt, die u.a. darauf abzielte, die (weitere) RKI Strategie, z.B. Niedriginzidenzstrategie versus Überlastung des Gesundheitssystems verhindern, auszuloten. Diese Diskussion konnte in diesem Rahmen nicht abschließend geführt werden und es wurde von mehreren Seiten der Wunsch geäußert, dies an anderer Stelle fortzusetzten. Es konnte ein Konsens bezüglich der Formulierungen im Dokument gefunden werden. ***ToDo:*** *heute an das BMG schicken (Walter Haas, Kai Schulze); ID 3698 done* **RKI-intern** Epidemiologischen Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 wird aktualisiert, aus Kapazitätsgründen wird nächste Aktualisierung erst Mitte September erfolgen	Walter Haas
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **Impfstoffe** xxx **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ### Proben, davon: ## SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) ## Metapneumovirus	FG17

	## Influenzavirus **ZBS1** In KW ## bisher ## Proben, davon ## positiv auf SARS-CoV-2 (##%)	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet) xxx	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 25.06.2021, 11:00, via Webex	

Ende: 13:15 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 25.06.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Esther-Maria Antão
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Maud Hennequin
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 24.06.2021 Fälle: 179.241.734 (-2,5% im Vgl. Zur Vorwoche) Todesfälle: ca. 3,9 Mio. (2,2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Brasilien, Indien, Kolumbien, Argentinien, Russische Föderation, Indonesien, Südafrika, USA, Vereinigtes Königreich, Iran; in mehreren dieser Länder Anstieg der Fallzahlen Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Hohe Inzidenzen in Südamerika und Afrika, WHO Afro nennt als Gründe für den Anstieg in Afrika: Nichteinhaltung der Distanzregeln, Herbst-Winter Saison, Delta Variante Epikurve WHO Sitrep: / Andere Berichte: ECDC Threat Assessment zur Delta Variante: erwarteter Anstieg des Anteils in Europa auf 90% bis Ende August. Anteil beträgt in Lissabon bereits jetzt 70% und in Moskau 90%. Modellierung der Fallzahlentwicklung in Europa unter Berücksichtigung der Eigenschaften der Delta Variante (höhere Transmissionsrate und schwererer Erkrankungsverlauf als bei Alpha) und der Fortführung oder Lockerung der nicht pharmakologischen Interventionen (NPI). Bei Fortsetzung der NPI ist keine Fallzahlerhöhung zu erwarten, mit zunehmender Lockerung steigen die Fallzahlen überproportional in der Medellierung. Risikobewertung für die Bevölkerung abhängig vom Impfstatus und Risikofaktoren Ziele: NPI aufrechterhalten bis ausreichend Impfschutz in der Bevölkerung vorhanden ist, um community transmission zu vermeiden, Intensivierung der genomischen Surveillance *ToDo: /*	Luisa Denkel
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 3.725.580 (+774), davon 90.678 (+62) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 6/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 43.958.788 (52,9%), mit vollständiger Impfung 28.383.081 (34,1%) Indikatorbericht: alle Indikatoren bestätigen weiterhin stark rückläufigen Trend. R-Wert stabil unter 1 Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:	Michaela Diercke

	1. Plateau, alle BL ähnlich, nur 2 BL mit einer 7-d-Inzidenz >10 (Saarland, soll beobachtet werden) 2. Leichtes Nord-Süd Gefälle Anteil importierter Fälle liegt bei 5%. Expositionsländer: Spanien, Afghanistan und Russische Föderation Sterbefallzahlen: Auf dem Niveau der Vorjahre Frage: Warum gibt es keinen weiteren Rückgang der Fallzahlen in Hamburg? Antwort: Ursache nicht bekannt, aber sie berichten sehr häufig von der Delta Variante, außerdem kleines BL, wo schon kleine Fallzahlen sich stark auswirken können. Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** (nicht berichtet) Ausbruchsgeschehen Paderborn VOI B.1.525 (Eta) ▪ Ausbruch in einem 800-Betten Krankenhaus in Paderborn ▪ Insgesamt 16 Fälle, ca. die Hälfte Patienten (z.T. in Einzelzimmern) und die andere Hälfte Mitarbeiter (u.a. Pfarrer, Hausmeister) und ein Angehöriger ▪ 2 Fälle wurden als Eta Variante (afrikanische Variante) identifiziert ▪ 2 der Mitarbeitenden (jünger als 60 Jahre) wurden trotz vollständiger Impfung hospitalisiert ▪ Mehrheit der betroffenen vollständig geimpft (7 BioNTech, 2 AstraZeneca, 1 Moderna, 5 Impfstatus unklar) ▪ Quellfall war ein Mitarbeitender eines Hol-und Bringdienstes, der aus Senegal zurückgekehrt war ▪ Viele Informationen noch Lückenhaft (z.B. Durchimpfungsrate im Krankenhaus) und auf ergänzende Information wird aktuell gewartet genauso wie auf Probeneinsendung ins KL Darstellung der Kreise im Lagebericht 3. Ausweisung 0 Fälle in den letzten 7 Tagen? Ausweisung >35 Fälle (ursp. politischer Maßnahmenwert, aufgegriffen in ControlCOVID, Anpassung der Inzidenzkarte? Entscheidung des Krisenstabs: ▪ Weiterhin Ausweisung 0 Fälle in den letzten 7 Tagen	Tim Eckmanns

	▪ Keine Ausweisung >35 Fälle, da politischer Grenzwert	
2	**Internationales** *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Moderat? Community transmission? (Dokument hier) Diskussion: Gegenstimmen für eine Herabstufung der Gefahrenlage argumentieren mit dem zu erwartenden Anstieg der Fallzahlen im Herbst. Eine Herabstufung der Gefährdungslage könne als Signal für das Ende der Pandemie verstanden werden. Befürworter einer Herabstufung befürchten jedoch, dass es ohne eine Rückstufung bei den aktuell niedrigen Fallzahlen keinen Eskalationsspielraum mehr gäbe. Entscheidung: Beibehaltung der aktuellen Risikobewertung, d.h. keine Rückstufung der Gefahrenlage in ‚moderat'. ▪ Punkt community transmission, d.h. diffuses Geschehen, ohne Nachverfolgbarkeit bis zum Quellfall: Es wurde entschieden, dass dieser Punkt gestrichen wird, da Daten aus syndromischer Surveillance und Rückmeldung von GA darauf schließen lassen, dass Transmissionsketten aktuell aufgeklärt werden können. ▪ Aufgrund des aktuell niedrigen Anteils an importierten Fällen (5%), wird auf Reiserückkehrern nicht eingegangen **ToDo (Rexroth, Seifried):** ▪ *Auch die Meldung beim ECDC, dass community transmission stattfindet, wird eingestellt.* ▪ *In der Risikobewertung und bei Ausbrüchen soll mehr auf die Delta Variante eingegangen werden.*	Ute Rexroth

5	**Kommunikation** **BZgA** nicht berichtet **Presse** nicht berichtet **P1** 13 Uhr WHO Session, wo Frau Jenny berichten wird Tweets zu Reisetipps sowie Wichtigkeit der 2. Impfung ist diese Woche erfolgt Weiterer Tweet zu Sommer/Reisen & Einhaltung der Maßnahmen ist kommende Woche geplant	BZgA Presse Ines Lein
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Aerosol-Papier (hier) ▪ Keine Unterstützung des Papiers, da es RKI und UBA Empfehlungen widerspricht. Nur Kenntnisnahme! ▪ In diesem Rahmen wurde über die zu Befürwortenden Maßnahmen in Schulen diskutiert, gerade für den Herbst. Es wurde eine Einigung darüber erreicht, dass ein Multikomponentenansatz am erfolgversprechendsten ist: 1. Medizinischer Mund-Nasen-Schutz unabhängig von der Inzidenz! Kein FFP2 notwendig! 2. 2 Mal wöchentliche Testung* (PCR Pooltestung aus Kapazitätsgründen nur für Grundschulen bzw. u12 und Schnelltests ab weiterführenden Schulen/ü12) 3. Impfung aller Erwachsenen im Schulumfeld 4. Eintrag verhindern, d.h. Kinder mit Symptomen einer ARE sollten nicht in die Schule 5. Monitoring in den Schulen aufbauen (aktuell keine Daten verfügbar) 6. Raumlufttechnische Anlagen werden NICHT in diesen Multikomponentenansatz aufgenommen, da Zuständigkeit beim UBA liegt *Anmerkung: Es gab keine abschließende Einigung zur PCR Pooltestung, wenn sie nicht für alle ausreicht. Schätzung des BMG: 10 Mio. Kinder, d.h. 400.000 PCR Pooltests/ Woche sind angedacht und machbar solange die Inzidenzen niedrig sind und man nicht zu viele Pools auflösen muss. Ein EpiBull Artikel zur Effektivität von PCR Pooltestungen zur Unterbrechung von Transmissionsketten im Schulsetting wird nächste Woche veröffentlicht (Info Seifried). **ToDo:** ▪ *Anpassung aller betroffenen Papiere an die Diskussion, insbesondere im Hinblick auf das Maskentragen: „Masken als Teil der Multikomponenten-Strategie sollten unabhängig von*	Alle Abt. 3

	Inzidenzschwellen immer getragen werden (nicht mehr Mund-Nase-Bedeckung)". (FG36 (Haas) und weitere relevante FGs) ▪ *Gemeinsamer EpiBull Artikel mit Martin Kriegel (TU Berlin) anstreben. (Haas)* ▪ *Überprüfung der Kapazitäten zur PCR Pooltestung (Seifried)* **RKI-intern** • Umgang mit BMG-Wünschen nach EWRS-Abfragen **ToDo:** ▪ *Initiativbericht an das BMG, dass EWRS als Notfallsystem gedacht ist und Bedenken Seitens des RKI bestehen, dass eine regelhafte Nutzung als Abfragetool langfristig zu einer verminderten Kooperationsbereitschaft führen könnte. (Rexroth)*	
7	**Dokumente** • Dokument zu Wohnungslosen (hier) Zur Kenntnisnahme: Das Dokument ist RKI intern sowie mit Stakeholdern (GA Frankfurt, Obdachlose) abgestimmt und wird nun an das BMG und BL geschickt zur Info und anschließend veröffentlicht	Ute Rexroth

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ▪ wöchentliche Info von Impfdurchbrüchen im Lagebericht ▪ Townhall Meeting mit Spahn: Vorstellung des Impfbuchs für alle, 3 Mio. Stück an Apotheken ausgeliefert und durch Influencer beworben, z.B. David Haselhoff. **Impfstoffe** ▪ xxx **STIKO** ▪ STIKO hat Kriterien für nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion ergänzt um „kann durch (…) eine validierte SARS-CoV-2-Antikörperserologie erfolgen." => Konsequenzen für Definition Genesenen-Status!? ▪ Vorstellung der STIKO Entscheidung und Vorschlag für Umgang des RKI durch Herrn Wichmann (Folie hier) ▪ Der Vorschlag von Herrn Wichmann, die STIKO Kriterien als Grundlage für eine individuelle medizinische Entscheidung für oder gegen die Notwendigkeit einer Impfung zu betrachten und damit völlig getrennt von der politischen Definition des Genesenen-Status als Grundlage für Public Health Maßnahmen aufzufassen, wurde befürwortet und wird so kommuniziert werden. **ToDo:** ▪ *FAQ Anpassen (Rexroth)* ▪ *BMG berichten (Rexroth)* ▪ Infektiosität/Quarantäne von vollständig Geimpften nach Exposition mit der delta Variante (ID 3834) **Entscheidung/ ToDo (Rexroth):** *Aktuell keine Änderung. Wiedervorlage, wenn Delta die dominierende Variante ist (Anteil >50%).*	Ole Wichmann
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 442 Proben, davon: 1 SARS-CoV-2 119 Rhinovirus 4 RSV 63 Parainfluenzavirus 80 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 0 Metapneumovirus 0 Influenzavirus **ZBS1** In KW ## bisher 100 Proben, davon 37 positiv auf SARS-CoV-2 (33%)	Djin-Ye Oh Janine Michel

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Therapieübersicht: wenige wirksame Therapien gegen COVID ! René Gottschalk in den Ruhestand, Nachfolgerin: Annette Jurke aus Bochum	Michaela Niebank
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** Geplante IfSG-Änderung: Hospitalisierungen sollen ebenfalls gemeldet werden ToDo: Vorlage des BMG kommentieren/ ergänzen anstatt diesbezüglichen Erlasses (Ziegelmann) zu bearbeiten. Dazu bitte mit BMG telefonieren! (Diercke)	Michaela Diercke
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* Änderung der Einreiseverordnung ebenfalls über Änderung von IfSG von BMG angestrebt, um Gültigkeit auf ein Jahr nach Beendigung epidemischer Lage zu verlängern Beobachtung aus den Ländern: Sobald ein Land als Hochinzidenzgebiet erklärt wird, wird nicht mehr die DEA genutzt, sondern unvollständig ausgefüllte Ersatzmitteilungen abgegeben, die eine Nachverfolgung unmöglich machen KPN im Flugverkehr wird voraussichtlich ausgesetzt (diesbezüglich ist bereits ein Initiativbericht ans BMG gegangen), auch wenn ein solches Aussetzten oft eine kritische Nachfrage seitens der Presse auslöst	Ute Rexroth
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:10 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 30.06.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- Abt. 1
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Mardjan Arvand
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- FG32
  - Michaela Diercke
- FG33
  - N.n.
- FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Muna Abu Sin
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ZBS7
  - Claudia Schulz-Weidhaas
  - Katharina Lang
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Christina Leuker
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Marieke Degen
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Thurid Bahr
- ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.728.141 (+808), davon 90.875 (+56) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 5,2/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 44.886.784 (54,0%), mit vollständiger Impfung 29.803.258 (35,8%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Inzidenz in allen BL auf niedrigem Niveau ▪ Abnahmetendenz setzt sich momentan fort, geringer durch geringe Fallzahlen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur 2 LK > 25/100.000 EW (Lichtenfels, Heilbronn) ▪ 50% der LK < 5/100.000 EW Fälle ▪ 50 LK mit 0 Fällen ○ 7-Tage-Inzidenz im Wochenvergleich ▪ Abnahme um 35% i. Vgl. zur Vorwoche ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Deutliche Abnahme in allen Altersgruppen ▪ Inzidenz bei 10-14 und 15-19Jährigen > 10/100.000 ▪ Inzidenz in alle anderen Altersgruppen < 10/100.000 ▪ Inzidenz Altersgruppe > 60Jährige: 2/100.000 ▪ Insgesamt: Positive Entwicklung in den Altersgruppen > 40 ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ <1000 Todesfälle in den vergangenen 2 Wochen ▪ <500 Todesfälle/Woche	FG32 (Hamouda, Diercke) Abt3 (Hamouda)

	▪ Weiterhin Tendenz zur Abnahme	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Nur noch geringer Rückgang der Testzahl im Vergleich zur Vorwoche Wieder weniger Testungen (knapp über 800.000), Positivenanteil weiter auf knapp unter 1% gesunken. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten nach wie vor vorhanden ○ Testzahlerfassung-VOC ▪ Anteil VOC > 80 % (in der Testzahlerfassung der Labore) ▪ Anteil von B.1.617 an allen positiven Tests: 25% ▪ Wegen ungenügender Angaben durch die Labore keine Differenzierung von B.1.617 Untergruppen möglich, die Zahl kann jedoch als Proxy für B.1.617.2 dienen ▪ In 1-2- Wochen wird dies die vorherrschende Variante sein **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteil nach BL ▪ Weiterhin Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil (auf 0,8%) ▪ Positivenanteil jetzt entspricht dem gleichen Zeitraum in 2020, bei i. Vgl. höheren Testzahlen ○ Anzahl Testungen und Positivenanteil nach Altersgruppe ▪ Deutlicher Rückgang in allen Altersgruppen ▪ Positivenanteil bei den 5-14Jährigen am höchsten ○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile im Krankenhaus ▪ Rückgang der Testzahlen insbesondere in Ambulanzen und auf Normalstationen	FG 37 (Abu Sin) FG36 (Buda)

	▪ Konstante Testzahlen auf ICUs ▪ Positivenanteile überall rückläufig, am höchsten noch auf ICUs ○ VOC B.1.617 ▪ Daten aus 6 konstant übermittelnden Laboren: In KW 24 lag der Anteil von B.1.617 an allen positiven Proben (N=240) bei 40 % ○ Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen ▪ Bis 28.06.: 4 bekannte aktive Ausbrüche in Altersheimen, 1 Ausbruch in med. Einrichtung ▪ KW 25: keine neu gemeldeten Ausbrüche	FG17 (Dürrwald)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Raten in allen Altersgruppen gehen stark nach oben, ▪ Besonders Kinder sind betroffen (0-14Jährige), Erwachsenen ziehen nach ○ ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche angestiegen, auch hier sind Kinder die Vorreiter ▪ In KW 25: 530 Konsultationen/100.000 EW, entspricht einem Anstieg von 390.000 auf 440.000 Konsultationen i. Vgl. zur Vorwoche ▪ Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Infektionsschutzmaßnahmen an Schulen die Übertragung resp. Erkrankungen nicht verhindern ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Keine Zunahme schwerer Verläufe ▪ Den Vorjahren entsprechendes, erwartungsgemäß niedriges Sommerniveau ▪ Bei den 60-70Jährigen unter Vergleichsniveau der Vorjahre ▪ Anstieg bei 0-4Jährigen schwer zu beurteilen, ggf. durch Anstieg von RSV und folgenden Hospitalisierungen	FG36 (Kröger)

	▪ Weiterhin Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen. ▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung ○ Ausbrüche in Kindergärten, Horte ▪ Positiver Trend setzt sich fort ▪ 41 neue Ausbrüche in Kindergärten, kleine Fallzahlen (3-4) ○ Ausbrüche in Schulen ▪ 37 neue Ausbrüche in Schulen, Fallzahl 4-5 ○ SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 ▪ Anteil der COVID-19 Fälle an allen SARI-Fällen geht zurück ▪ Bevölkerungsweit steigt die Zahl der SARI Fälle derzeit	MF4 (Fischer)
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ In KW 23: 110 Einsendungen aus 29 Praxen ○ 0-4Jährige am stärksten vertreten ○ Rhinoviren: für diese Jahreszeit erwartungsgemäß hohes Niveau ○ Parainfluenzaviren: Leichter Rückgang auf hohem Niveau, Kinder am stärksten betroffen ○ SARS-CoV-2: 1 Nachweis (32 Jahre) ○ Influenzaviren: Keine Nachweise ○ Saisonale Coronaviren: ▪ NL63: nach Peak seit 3 Wochen Rückgang, ältere Altersgruppen am stärksten betroffen ▪ OC43: Zunahme, 10% überstiegen, alle Altersgruppen am Anstieg beteiligt, am stärksten 35-60Jährige	Alle *Stefan Kröger, Michaela Diercke*
	! **Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung** (Folien hier)	

	○ Trend setzt sich fort ▪ Anstieg Delta auf 37%, Alpha jetzt bei 54% ▪ Crossing Point (Delta >Alpha) wird wahrscheinlich in KW 25 überschritten ▪ Ad hoc-Erhebung läuft diese Woche ○ Übersicht Anteil Delta in VOC-Erhebungssystemen ▪ Genomsequenzierung: 36,7% ▪ RKI-Testzahlerfassung: 25,5% ▪ IfSG-Daten: 34% ○ Entwicklung der Fallzahlen ▪ Starker Abfall von Alpha, geringe Zunahme von Delta ▪ Alpha: Abnahme der 7-Tage-Inzidenzen von 76,1 in KW 19 auf 4,8 in KW 24 ▪ Delta: Zunahme der 7-Tage-Inzidenzen von 2,2 in KW 19 auf 3,2 in KW 24, der spezifische R-Wert ist > 1 ○ Verteilung in Deutschland (Fallzahlen nach IfSG) ▪ Weiterhin Konzentration auf einen Gürtel im Westen und Südwesten ○ Ausbrüche- Vergleich Alpha vs. Delta ▪ Delta: großer Anteil der Ausbrüche (N=307) in Schule, Kita und Arbeitsplatz, durchschnittlich 2,9 Fälle/Ausbruch ▪ Alpha: Ausbrüche (N=1.751) überwiegend in privaten Haushalten, durchschnittliche Fallzahl 2,4/Ausbruch ○ VOC und VOI Entwicklung der Fallzahlen ▪ Anteil VOI liegt unverändert bei 1-1,5%	Hamouda Hanefeld Wieler
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Rückgang setzt sich fort ▪ 619 Patienten in Intensivtherapie ▪ Überwiegend ECMO und invasive Beatmung	*Michaela Diercke*

	▪ Sterbezahlen weiter rückläufig ○ Belastung der Intensivmedizin ▪ 11 BL aus Basisstufe (Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <3%) ▪ 5 BL auf Stufe 1 (<5%) ○ Altersstruktur ▪ Alter von 576 Patienten (86,5%) übermittelt ▪ 43,1% <60 Jahre ▪ Anstieg bei 40-49 und 50-59Jährigen ▪ Rückgang bei 70-79 und 80+Jährigen ○ Belegung und Belastung ▪ Gesamtbelegung rückläufig ▪ Freie Kapazitäten zunehmend ▪ Anteil COVID-19-Patient*innen sinkend ▪ Verfügbarkeit steigend ▪ Auslastung rückläufig ▪ Zunehmend regulärer Betrieb ▪ Weiterhin Personalmangel-Meldungen ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Langsame Abnahme (da derzeit langliegende schwere Fälle überwiegen) prognostiziert	Buda Kröger *FG36* *Silke Buda*
	! **Diskussion** ○ Ergänzung aktuellster Zahlen (Muna Abu Sin): Der Switch (Delta>Alpha) ist in KW 25 bereits erreicht (knapp 60% Delta) ○ Könnte die Heatmap-Darstellung ergänzt werden mit der Altersverteilung der VOC, um zu vermitteln, dass sich das derzeitige Geschehen in der jüngeren Generation abspielt? ○ Lediglich eine Extra-Darstellung ist denkbar *ToDo: Prüfung, ob die Daten(vollständigkeit) eine Aufsplittung der Darstellung (Heatmap, Altersverteiulung der VOC) zulässt*	

	○ Frage (auch häufig aus dem ÖGD gestellt): Ab welchem Delta- Anteil (gekoppelt an die Inzidenz) können Reisebeschränkungen aufgrund von VOC aufgehoben werden? Kann eine Empfehlung ausgesprochen werden? Sind Virusvariantengebiete sinnvoll, wenn Delta im Inland bereits überwiegt? ○ In 1-2 Wochen wird Delta die führende Variante sein, dann brauchen keine Virusvariantengebiete und diesbezügliche Ausnahmeregelungen mehr ausgewiesen werden ○ Fokussierung auf Einreise ist, obwohl von der Politik favorisiert, um der Ausbreitung der VOC entgegenzutreten, nicht zielführend, da der Anteil der Infektionen durch Eintrag Reisender bei nur 8% liegt. Der Umgang mit den 90% Infektionsgeschehen im Inland sollte im Vordergrund stehen ○ Es wird von RKI-Seite bereits umfangreich kommuniziert: Hinweise im Rahmen der BPK auf die Einhaltung der AHA+L Regeln, Tweets, Kommunikation durch die BzGA ○ Virusvariantengebiete müssen sicher demnächst aufgegeben werden, was ist mit Hochinzidenzgebieten? Derzeit niedrige Inzidenzen durch Saisonalität, jedoch Gefahr des Anstiegs durch Verhaltensänderung/Lockerung. Bedeutung der Impfung junger Erwachsener sollte deutlich kommuniziert werden ○ Erhöhte Übertragbarkeit von Delta muss berücksichtigt werden: Solange die Fußball-EM läuft sollten die Quarantäneempfehlungen aufrechterhalten werden (2000 Deutsche in Wembley) ○ Hinweis: Änderung der EinreiseVO ist auf BMG-Seite bereits in Arbeit, Kategorisierung (Virusvarianten-, Hochinzidenz- und Risikogebiete) soll angepasst werden, da dies ggf. kurzfristig abgestimmt wird, sollte das RKI schon jetzt Überlegungen anstellen ○ EM und Lockerungen (keine Maskenpflicht in BW), gleichzeitig 14-tägige Quarantäne von Kontaktpersonen ist schwierig zu erklären ○ Aufhebung von Reisebeschränkungen könnte ein fatales Signal (Aufforderung zum Reisen) sein. Die Beschränkungen und Quarantäneregeln sind kein effektives Mittel, halten jedoch vom Reisen ab ○ Auch bei einem Delta-Anteil >50% sollte wegen der erhöhten Übertragbarkeit keine Verkürzung der	

Quarantäne empfohlen werden.

- Von Delta sind jüngeren Altersgruppen betroffen, dies führt zu einer Zunahme der Verstorbenen in diesen Altersgruppen. Könnte diese Zunahme im Lagebericht tabellarisch dargestellt werden?
- Altersdurchschnitt der Verstorbenen ist bislang relativ konstant

ToDo: Darstellung der Entwicklung des Altersdurchschnitt der Verstorbenen im Zeitverlauf im Krisenstab am Freitag 02.07.2021

- Voraussetzung für die Verkürzung/Aufhebung von Quarantäneempfehlungen ist eine Datengrundlage zur Wirksamkeit der Impfung auf die Virusausscheidung bei VOC
- Hinweis: Zwischen „Genesenen“ (Infektion liegt ≤ 6Monate zurück) und „Genesenen mit einer Impfung“ (= mit ausreichendem Immunschutz) sollte differenziert werden
- CAVE: STIKO-Definitionen und RKI-Definitionen als Grundlage für PH-Maßnahmen sind nicht notwendig kongruent
- Aufhebung der Quarantäne für Genesene (vor ≤ 6Monate erkrankt) ist ein Risiko ohne Datengrundlage
- ECDC hat Daten vorgelegt, die einen guten Schutz vor asymptomatischer Infektion nach Impfung zeigen
- Es gibt Daten, die zeigen, dass der Immunschutz nach Infektion dem Schutz nach einer Impfdosis entspricht, also relativ gering ist, dies sollte genauer betrachtet werden
- Früher oder später muss die Quarantäne für vollst. Geimpfte und Personen mit ausreichendem Immunschutz aufgehoben werden
- Kinder haben ein, im Vgl. zu anderen Atemwegserkrankungen, geringes Risiko für schwere Krankheitsverläufe
- Aber: Hohe Übertragbarkeit, Aufenthalt im gleichen Raum genügt
- Empfehlungen sollten jetzt in Ruhe überdacht und überarbeitet werden, damit zum Ende der Fußball-EM ein Vorschlag gemacht werden kann
- Maßstab kann nicht allein der Anteil der VOC sein, eine

	Klärung der Impfstoffwirksamkeit auf die Übertragung ist notwendig *ToDo: Überarbeitung/Revision des KoNa-Dokuments bezüglich Delta-Variante, sowohl was Lockerungen als auch ggf. Verschärfungen betrifft* *Finalisierung des Entwurfs im Krisenstab am 14.07.2021 (@Lagezentrum: bitte auf die Agenda setzen)* ○ Kann im Lagebericht der Zusammenhang zwischen der berichteten Zunahme respiratorischer Erkrankungen (nicht COVID-19) und den Lockerungen/Verhaltensänderungen thematisiert werden? *ToDo: Entwurf eines Textvorschlags für den Lagebericht mit dem Inhalt, dass die Zunahme von ARE als Hinweis auf eine Zunahme von Kontakten, die eine Übertragung von resp. Erkrankungen ermöglichen, gewertet werden kann*	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** ! Surges in COVID-19 incidence in countries with high vaccination coverage: Bahrain, Chile, Germany, Seychelles, the United Kingdom and Uruguay, 1 March - 29 June 2021. (Folien hier) ○ Zeitraum: 2021-03-01 bis 2021-06-29 ○ Sterberaten: Bahrain 10/100.000 EW, Chile 5/100.000, Seychellen 8/100.000, UK 0,2/100/000 Uruguay 13/100.000 ○ Vollständig Geimpfte: Uruguay 50%, UK 50%, Chile 50%, Seychellen 70%, Bahrain 60%, Deutschland 37% ○ Infektionsschutzmaßnahmen: Keine eindeutigen Öffnungstrends, der „Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT)“ bildet allerdings nicht alle subnationalen Öffnungsmaßnahmen ab ○ Ursachen für die Anstieg (aus Medienberichten und Kommentaren einzelner Wissenschaftler): Kombination mehrere Faktoren ▪ Verfrühte Lockerungen in Kombination mit Ungeimpften oder unvollständig Geimpften ▪ Ungenügende Compliance gegenüber Hygienemaßnahmen, verfrühte Sorglosigkeit ▪ Verbreitung von VOC ○ In 3 von 4 Ländern wurde Sinovac (laut WHO auch bei VOC wirksam) und Sinopharm verimpft, Datenlage zu diesen	ZIG (Bahr)

	Impfstoffen ist unzureichend ○ Empfehlungen ▪ Risikokommunikation zu Infektionsschutzmaßnahmen ist essentiell ▪ Impfkampagnen forcieren, Impfung als globales Anliegen betrachten ▪ Genomsequenzierung bleibt entscheidend angesichts der raschen Verbreitung der VOC ○ Fragen/Kommentare ▪ Hinweis: Daten zur Impfwirksamkeit wurden bei laufenden Hygienemaßnahmen ermittelt, d.h. eine Wirksamkeit von 90—95% der mRNA Impfstoffe gilt, wenn Masken getragen werden, der Infektionsdruck steigt, je weniger Masken getragen werden	Oh
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ○ Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein Beitrag ○ Frage: Wie kann die Bedeutung der weiteren Einhaltung der Hygieneregeln AHA+L kommuniziert werden? ○ Antwort: Wird in allen Tweets mitgedacht und berücksichtigt ○ Niederschwelliges neues Format (Merkblätter zum Download oder Ausdruck mit leicht verständlichen Infografiken) zu den Themen: ▪ Impfung ▪ Für Eltern zur Impfung von Kindern ab dem 12. LJ (in Arbeit) ▪ Für Mitarbeitende in der Kindertagesbetreuung ○ Familienleitfaden (BMG) ist in Arbeit ○ Das „Impfbuch für alle“ wurde veröffentlicht (BzGA, RKI, BMG) ○ Nicht einfach zu vermitteln, warum bei aktuell sinkenden Fallzahlen weitere Maßnahmen nötig sind, um eine weitere Welle (die sich bereits langsam aufbaut) zu verhindern ○ Erfahrung zeigt, dass die Bevölkerung erst dann reagiert,	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Alle *Stefan*

	wenn viele schwere Fälle auftreten, deshalb muss die Impfung vorangetrieben werden und vermieden werden, dass die Impfbereitschaft nach dem Urlaub nachlässt ○ Langzeitfolgen, Long Covid sollte mehr angesprochen werden ○ Vorschlag: R-Wert wird von vielen als wichtig erachtet und beobachtet, könnte eine separate Ausweisung des R-Werts für VOC nützlich sein? *ToDo: Erörterung, ob ein variantenspezifischer R-Wert ausgewiesen werden kann* *@ Lagezentrum: Bitte Aufgabe an Stefan Kröger und Matthias an der Heiden vergeben* ○ Zahlen aus USA, UK und Israel zeigen, dass es schwierig ist mehr als 60% vollständig Geimpfte zu erreichen ○ Anregung an BzGA: Kann die Kampagne zur Impfung noch verstärkt werden? ○ Es ist keine spezielle Aktion geplant, bisher kein Auftrag durch BMG ○ Ist die Überlegung, Incentives (z.B. vergünstigte Eintritte) anzubieten aus PH-Sicht sinnvoll? ○ „Geld geht immer“, Beispiel Australien: Senkung von Kita-Beiträgen war als Anreiz erfolgreich ○ Hinweis an BzGA bzw. BMG: Zugang zur Impfung sollte erleichtert werden, ggf. Briefsendung an die Haushalte? ○ Ist Aufgabe der Länder, nicht des RKI, da Organisation und Ausführung der Impfung Ländersache und sehr unterschiedlich sind ○ Der Begriff „Impfangebot“ ist irreführend, kann so aufgefasst werden, dass eine Impfeinladung erwartet wird ○ Auch die Settings Arbeitsplatz (reduzierte Homeofficeregelungen), Schule und Kita sollten weiterhin gezielt angesprochen werden ○ RKI-Einfluss ist begrenzt, Träger breiter Kampagnen ist das BMG, das weitere Akteure beauftragt, nicht das RKI ○ Zusammenfassend: Aus der Diskussion sollte der Aufruf zur Intensivierung der Kommunikation mitgenommen werden	*Kröger, Matthias an der Heiden* Alle P1 (Leuker) Presse (Degen) *Degen* Oh, Schade

Presse

! Tweet „Wie komme ich gut durch den Sommer“ wurde gut angenommen

! Anregungen aus dieser Diskussion wurden notiert

! Letzte regelmäßige (danach nur noch anlassbezogen) BPK am 02.07.2021mit folgenden Sprechpunkten

- Verbreitung von Delta
- Vorbereitung der Schulen auf den Herbst
- Aufforderung zur Impfung

! Anfrage von Pressesprecher Kanz (BMG) liegt vor, ob das Dokument „Vorbereitung auf den Herbst“ schon diese Woche in der BPK vorgestellt werden könne

- Dies muss mit dem Minister geklärt werden, da nach bisherigem Zeitplan das Papier als Grundlage für Expertengespräche im Juli verwendet werden sollte
- Es besteht bereits erneuter interner Überarbeitungsbedarf (z.B. aktuell veränderte Impfkapazitäten, die noch nicht berücksichtigt werden konnten) vor der Veröffentlichung, dies ist bis Freitag nicht möglich

! Bundesnotbremse geht heute zu Ende, daraus ergibt sich Anpassungsbedarf auf der Webseite des RKI

ToDo: Ausarbeitung von Vorschlägen zur Anpassung der Webseite an die Beendigung der Bundesnotbremse

- Diskussion zur Vorgehensweise bei der erneuten Abstimmung des Papiers „Vorbereitung auf den Herbst“
- Es besteht der Wunsch nach erneuter Abstimmung und Berücksichtigung von Kommentaren bzw. Begründung der Ablehnung. Konkret geht es hierbei um die Erwähnung und Herausarbeitung von zwei Punkten:
  1. die Langzeitmorbidität von SARS-CoV-2 Infektionen und
  2. dass diese für das angestrebte Ziel einer Niedriginzidenzstrategie bedeutsam ist.
  Relevant scheint dies aufgrund der zu erwartenden Entkopplung von Fall- und Intensivbelegungszahlen.
- Es handelt sich nicht um eine wissenschaftliche Veröffentlichung, sondern um ein „Policy Paper“. Inhaltlich

	tragen Ff und letztendlich der Präs die Verantwortung ○ Eine umfangreiche Abstimmung kann nur bei ausreichendem Zeitkontingent gewährt werden ○	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Nicht besprochen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie ○ Heute nicht besprochen, da das Dokument zur KoNa überarbeitet wird (s. bitte *ToDo* S. 7) und eine sich daraus möglicherweise ergebende, erneute Anpassung vermieden werden soll ○ Die bisherige Anpassung bezieht sich auf die hohe Impfquote und die sinkende Inzidenz., Veröffentlichung kann 2 Wochen zurückgestellt werden ! *ToDo: Mit FG 36/Dokument zur KoNa koordinierte Überarbeitung des Dokuments „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“ Vorstellung zur Finalisierung im Krisenstab am 14.07.2021 (s. ToDo S. 7)*	FG 37 Abu Sin *Abu Sin*
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Anteil der Hospitalisierung wird meldepflichtig ! Regelung nach § 15 IfSG, daher keine Zustimmung durch Bundesrat nötig	FG 32 (Diercke)

	! Gespräch mit BMG (M. Diercke) zum Thema am Do 03.07. 2021	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Heute 520 Tage Lagezentrum!	FG38
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 02.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:51 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 02.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Julia Hermes
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Katharina Lang
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 30.06.2021 Fälle: 182 Mio. (+5% im Vgl. zur Vorwoche) Todesfälle: 3,9 Mio (2,2% Fallsterblichkeit) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Brasilien, Indien, Kolumbien, Russische Föderation 144 Todesfälle pro Tag allein in Moskau, 90% Delta), Indonesien, Argentinien, Vereinigtes Königreich (Anstieg Meldefälle: +70%, Delta 95%), Südafrika, Iran, USA Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Südamerika, Russische Föderation und südlicher Teil Afrikas zeigen sehr hoch Inzidenzen Epikurve WHO Sitrep: Im Vgl. Zur Vorwoche: Afrika: Anstieg der Fälle (+21,9%) und Todesfälle (+14,6%), da nur. ca. 1% der Bevölkerung geimpft Amerika: Rückgang der Fälle (-2,7%) und Todesfälle (-9,9%) Asien: Anstieg der Fälle (+3,9%), Rückgang der Todesfälle (-9,2%) Europa: Anstieg der Fälle (+27,5%) und Todesfälle (+7,9%) Ozeanien: Anstieg der Fälle (+52,6%) und Todesfälle (+25,0%)	ZIG1 (Romo Ventura)
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.729.682 (+649), davon 91.007 (+69) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 5/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 45.817.029 (55,1%), mit vollständiger Impfung 30.986.128 (37,3%) Indikatorbericht: 7-d-R-Wert <1, überall Rückgang, wenn auch nicht mehr so stark wie vorher Indikatorbericht BL + Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Kein BL zeigt Anstieg, einpendeln auf einem niedrigen Niveau Als einziger Kreis hat SK Heilbronn eine 7d-Inzidenz >25/100.000 Einw. Expositionsländer: Spanien (Abifahrten), Russland, Türkei Frage: Gibt es Daten, die belegen, dass EM zu mehr Ausbrüchen führt? Antwort: ECDC hat eine intensivierte Surveillance implementiert, in diesem Rahmen meldet Bayern 8 Fälle im Zusammenhang mit Stadiumsbesuchen/ Public Viewing, Schottland meldet >1000 Fälle in diesem Zusammenhang, WHO Euro bringt erneuten Anstieg der Fallzahlen in Zusammenhang mit EM (auch vermehrte private Treffen zum Fußball gucken).	FG32 (Diercke)

	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten *(nur mittwochs)* (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* (nicht berichtet)	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Namibia: Aufgrund Status als Virusvariantengebiet ist die erbetene Entsendung von Experten momentan nicht möglich, daher aktuelle Hilfen auf Sachmittel beschränkt Diskussionspunkt: Es ist eine Änderung in der Rechtsprechung in Bezug auf die Ausweisung als Virusvariantengebiet, Hochinzidenzgebiet und Risikogebiet in Arbeit. BMG fragt nach RKI Meinung zu diesem Thema. Vorschlag ZIG1 (Luisa Denkel): ▪ Europäische Länder hinsichtlich Virusvariantengebiet entlisten, beträfe aktuell UK und Portugal ▪ Nicht-europäische Länder als Virusvariantengebiete gelistet lassen (Indien, Nepal) ▪ Streichung der Kategorie ‚Risikogebiet' und Beibehaltung der beiden Kategorien ‚Virusvariantengebiet' und ‚Hochinzidenzgebiet' (für beide Kategorien gilt dann gleiche Voraussetzung bei Einreiseverordnung) ! Vorstellung, wie es bei KoNa Dokument umgesetzt wurde (Haas): VOC wird nicht mehr berücksichtigt für Quarantäne, sondern es erfolgt eine kontinuierliche Bewertung der Situation bezüglich Immune-Escape Varianten. Geimpfte und Genesene müssen unabhängig von Virusvarianten nicht mehr in Quarantäne. ! Abschließende Diskussion wurde auf die kommende Mittwochssitzung vertagt	ZIG (Hanefeld)
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Anmerkung: Aktuelle Risikoeinstufung als ‚hoch' wird von Laien nicht nachvollzogen, daher Anregung, ob eine differenzierte Risikoeinstufung in Abhängigkeit vom	Abt. 3

	Impfstatus und ggf. Risikofaktoren vorgenommen werden sollte, ähnlich wie ECDC es macht. Diese Anregung soll für die kommende Mittwochssitzung von allen erwägt werden.	
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten neu: Delta Variante als Motivator für das Impfen in den Fokus rücken Ab Mitte Juli wird in Flughäfen und Raststätten eine verstärkte Kommunikation zur Einhaltung der AHA-L Regeln Erfolgen ! Impfbuch für alle ist erhältlich in mehreren Sprachen (Kostenloses Impfbuch: Kostenloses Impfbuch: „Blick über den Tellerrand“ | Apotheken-Umschau) **Presse** Social Media Activities: Propagierung von Masken + AHA-L, Info für Jugendliche und ihre Eltern WHO Communicators Conference wurde letzte Woche beendet. Ein wichtiger Aspekt war, dass die erfolgreiche Ansprache von Minderheiten über die Forschungsergebnisse ihrer Peer-Group erfolgen kann, z.B. Ansprache von muslimischen Minderheiten über die Präsentation von relevanten Forschungsergebnissen muslimischer Forscher. Konferenzbericht wird an Verteiler geschickt, sobald verfügbar Anfrage vom ‚Center for vaccinations & vaccines‘ bezüglich strategischer Dokumente zur Risikokommunikation, Krisenkommunikation, Impfbereitschaft und Impfung? Diese Frage wurde in den Krisenstab gegeben: Antwort: Nationale Impfstrategie, Handbuch Krisenkommunikation vom BMI, Krisenkommunikation vom DZIF, Nationaler Impfplan, Impfstrategie COVID-19 **P1** Einstellung des Wochenend-Dienstes für das Internet-Team, da Lagebericht am Wochenende ab sofort eingestellt wird Es wird ein Hinweis für die Presse geben, wo die entsprechenden Informationen anderweitig verfügbar sind: R-Wert auf Github (Verlinkung auf RKI Webseite + Anleitung für Umgang mit Github-Tabelle) und weitere Infos auf dem RKI Dashboard Frage: Darf auch Lagezentrum Dienst am Wochenende einstellen? Antwort: Das wurde als Ziel an den Minister kommuniziert und soll auch im heutigen Telefonat mit BMG so kommuniziert und angestrebt werden. Dazu müsste der Posten Internationale Kommunikation am WE ebenfalls zurückgefahren werden, z.B. durch Delegierung an die Länder.	BZgA (Dietrich) Presse (Jenny) P1 (Degen)

	ToDo: ! *Info im Situationsbericht, dass ab dem kommenden WE kein Lagebericht mehr am WE erstellt wird (Rexroth).* ! *Kommunikation der angestrebten Impfquoten: 85% bei unter 60-Jährigen und 90% bei über 60-Jähringen (Presse)*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** nicht berichtet **RKI-intern** Teilnahme am DEMIS Workshop am kommenden Dienstag zur Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie für DEMIS	Alle P1 (Jenny)
7	**Dokumente** Ergänzung und aktuelle Einordnung der RKI-Empfehlungen „Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19 Pandemie“ aus Oktober 2020. Dokument hier Auf der RKI Webseite soll es ein Dokument geben, dass 3 Dokumente verlinkt: 1. Ergänzungsdokument S3-Leitlinie Ursprüngliches Dokument aus Oktober 2020 Frage: ist Verweis auf S3-Leitlinie nicht ausreichend? Wozu die anderen beiden Dokumente? Antwort nach Diskussion: Da S3-Leitlinie einen Konsens verschiedener Stakeholder darstellt, wird nicht auf alle Punkte im Detail eingegangen, z.B. das Tragen von Masken. Daher sind die anderen beiden Dokumente, die konkreter und weitergehender formuliert sind, sinnvoll. Die Formulierung im Ergänzungsdokument bezüglich des Maskentragens wurde von Krisenstab als zu defensiv und einschränkend empfunden. Sofern es ausreichend Evidenz gibt, z.B. empfiehlt die American Academy of Peds das generelle Maskentragen ab 2J (Face Masks (aap.org), sollte hier eine verschärftere Formulierung gefunden werden. **ToDo**: ! *Die Formulierung im Dokument zum Tragen von Masken nicht an Bedingungen wie erhöhte Mobilität oder zeitliche Befristungen koppeln. Das Tragen von Masken sollte auch bei niedrigen Inzidenzen ohne Einschränkung beibehalten werden und als Beibehaltung von Basismaßnahmen verstanden werden. Daher bitte Formulierung ‚nachschärfen‘ bzw. Diskussion an FG36 zurück spiegeln. (Buda).* ! *Überarbeitete Version an den Krisenstabsverteiler senden*	FG36 (Buda)

	(FG36)	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* 1 Mio. Impfungen pro Tag Digitales Impfmonitoring wird nun von allen BL umgesetzt (bisher nahmen Sachsen und Berlin noch nicht teil) Impfakzeptanz bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei Menschen ohne (50% versus 67%). Veröffentlichung Artikel im EpiBull zur Zielimpfquote: Um die 4. Welle abzumildern ist eine Impfquote von mindesten 85% bei den unter 60-Jährigen notwendig. Befragungen zeigen, dass die Impfakzeptanz dafür ausreichen würde, allerdings fehlen noch die Kapazitäten. **Impfstoffe** xxx **STIKO** Stellungnahme-Verfahren zum heterologen Impfschema mit AstraZeneca und mRNA sowie zum serologischen Genesenen-Nachweis Anfrage BL zur Auswirkung der Delta Variante auf Kinder unter 18 Jahren. Welche Evidenz gibt es dafür? Antwort Krisenstab: Es gibt Daten zur Altersverteilung und Ausbruchsverteilung von Kindern, die z.T. auch in den Berichten einzusehen sind. Es gibt auch Daten zur Auswirkung der Varianten auf Kinder (Zeitverlauf) und Daten zur Hospitalisierung. Es wurde diskutiert, welche Daten die Situation der ungeimpften Kinder am besten darstellen und zur Gestaltung der Schulpolitik am ehesten geeignet sind. **ToDo:** *Wie kann man die Auswirkung de aktuellen Impfpolitik auf Kinder am besten darstellen bzw. ein Monitoring implementieren basierend auf Melde- und Surveillance-Daten? Bitte diskutieren und Vorschlag erarbeiten (FG32/FG36). [ID 3912]*	FG33 (Wichmann)
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 465 Proben (50% Kinder <5 Jahren), davon: 2 SARS-CoV-2 3 RSV 139 Rhinovirus 76 Parainfluenzavirus 65 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 1 HMPV	FG17 (Oh)

	ZBS1 In KW ## bisher 67 Proben, davon 15 positiv auf SARS-CoV-2 (22,4%). Proben vom Paderborn-Ausbruch sind angekommen. Beteiligung der Eta-Variante konnte bestätigt werden.	ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Aktualisierung der Therapiehinweise durch COVRIIN und STAKOB bezüglich der Kombinationstherapie mit Bamlanivimab und Etesevimab, da gemäß FDA-Empfehlung die Kombination aufgrund von Virusvarianten nicht mehr ausgeliefert werden soll. Dazu wird nun Meinungsbild eingeholt.	IBBS (Herzog, Lang)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** Zur Info: Passagiere nach China bleiben vermehrt im Transitbereich stecken, da China serologischen Nachweis für die Einreise fordert.	FG38 (Rexroth)
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** Die Moderation des Krisenstabs bleibt auch in der Urlaubszeit gesichert: 10.7.21-24.7.21: Hamouda 25.7.21-Ende Juli: Rexroth Auch in den Ferien soll die aktuelle Frequenz der Sitzungen beibehalten werden	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:50 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 07.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
  - Claudia Winklmayr
  - Andreas Hicketier
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
  - Ulrike Grote
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Vorgezogener TOP:** ! **Abstimmung des Dokuments „Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen“** (Konsentiertes Dokument hier) *ToDo: Dokument soll zeitnah an BMG und über AGI an die Länder zur Abstimmung versendet und heute, Mittwoch, 07.07.2021 bis 16:00 veröffentlicht werden* *Versand bitte über Lagezentrum*	FG 36 (Haas)
	○ Grundsätzlich ist eine Vereinfachung angestrebt. Für vollständig Geimpfte und Genesene mit 1 Impfung sowie Genesene (innerhalb von 6 Monaten) soll eine einheitliche Quarantäne-Regelung bzgl. VOC formuliert werden. Änderungen betreffen daher nur zwei Abschnitte des Dokuments: ○ Abschnitt „2.2 Fokussierung auf Situationen mit hohem Übertragungspotential (Superspreading-Events, Clustererkennung) bzw. mit Beteiligung von Risikogruppen“ ▪ Längere Diskussion zum letzten Unterpunkt zur Priorisierung falls „u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf“ ▪ VOC mit auffälligem Verlauf sollen dadurch Vordergrund rücken und von den GÄ priorisiert nachverfolgt werden ▪ Appell an die Aufmerksamkeit/Selbstständigkeit der GÄ ▪ Welche sinnvollen Parameter können hierfür definiert werden? ▪ Nur harte Kriterien: Ungewöhnlicher klin. Verlauf, erhöhter Anteil an Reinfektionen, erhöhte Transmissibilität, möglicher Immune-Escape ▪ Praktischer Ansatz: Vermehrte Impfdurchbrüche, erhöhte Übertragungsquote ▪ Diese Vorschläge werden einvernehmlich angenommen: „Bei Hinweisen auf eine Exposition durch neu auftretende, besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC), die eine Anpassung des Managements von Fällen und Kontakten erfordern	Alle

	würden (u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf), sollte das zuständige Gesundheitsamt diesen Fällen mit hoher Priorität nachgehen. Bei solchen Hinweisen kann es sich bspw. um eine entsprechende Reiseanamnese oder um molekulardiagnostische Hinweise, Verdachtsfälle oder Nachweise einer VOC handeln.“ ○ Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“ ▪ Datenlage: Studie aus Schottland zeigt gegenüber Delta bzgl. aller Infektionen (sympt. und asympt.) einen Rückgang der Wirksamkeit von Biontec von 92 auf 79 % und Vaxzevria von 73 auf 60%, nur für sympt. Infektionen sind die Zahlen ähnlich, Daten zur Hospitalisierung sind eingeschränkt verwertbar, da einmal und zweimal Geimpfte zusammengefasst wurden. ▪ PH England berichtet Effektivität bzgl. Hospitalisierung für Biontec von 95(Delta) vs. 98% (Alpha) und für Vaxzevria 86 (Delta) vs. 92 % (Alpha). ▪ Daten aus Israel (noch nicht publiziert, bisher nur PM): Effektivität von Biontec sinkt gegenüber Delta von 94 auf 64% bzgl. Infektion und von 98 auf 93% bzgl. ‚serious illness‘. ▪ Eine kanadische Studie bestätigt, dass es sich bei Delta nicht um eine Immun-Escape-Variante handelt ▪ Abnahme der Effektivität könnte auf asymptomatische Infektionen zurückzuführen sein, sie bleibt jedoch ≥ 60% ▪ Vor diesem Hintergrund soll für vollständig geimpfte, genesene mit einer Impfung und genesene (innerhalb 6 Monaten) Kontaktpersonen mit Delta-Quellfall keine Quarantänepflicht mehr gelten ▪ Der Passus „…sollten nach Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall, wenn möglich, die berufliche Tätigkeit bzw. ihren privaten Umgang mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall einstellen“ soll erhalten bleiben ▪ Frage: Gilt dies auch für Beta und Gamma? ▪ Zunächst ja, diese spielen in Deutschland keine Rolle, deshalb keine Ausnahmen erforderlich ▪ Hinweis: Diskrepanz zur Einreise aus Virusvariantengebieten, da hier weiterhin eine 14.tägige Quarantäne empfohlen ist, wird zu Nachfragen aus BMG	Hanemann, Denkel Kröger

	und Presse führen ▪ Antwort: Beta oder Gamma sind bei KoNa im Inland in den seltensten Fällen bekannt und es sollte klargestellt werden, dass nicht danach gesucht werden soll ▪ Frage: Was würde dies für die Aktualisierung der EinreiseVO nach sich ziehen? Ist das ein proaktiver Hinweis ans BMG? ▪ Diskrepanz wäre fachlich sinnvoll, wenn Beta oder Gamma in dem ausgewiesenen Gebiet überwiegen, das müsste deutlich formuliert werden um die Diskrepanz zu begründen ▪ Es wird zunächst beschlossen, die vorgeschlagenen Änderungen anzunehmen ▪ Bzgl. Ausnahmen (Varianten mit Hinweis auf Immun-Escape) soll auf die VOC-Liste im Lagebericht verlinkt werden, die dafür gepflegt und aktualisiert werden soll Eine Fortsetzung dieser Diskussion incl. Rücknahme des o.g. Beschlusses erfolgt im Rahmen der Diskussion zur Lage national (s. bitte Seiten 8/9) ○ Frage zur internationalen Flug-KoNa ▪ Könnte diese auf Flüge > 5 Stunden Dauer eingeschränkt werden? ▪ Belastung nimmt deutlich zu, Zeitgewinne durch Deeskalationsfortschritte werden dadurch wieder verloren ▪ Int. KoNa ist auf Bevölkerungsebene nicht effizient – ist eine Beendigung denkbar? ▪ FG 36 erbittet etwas Bedenkzeit *ToDo: @ Lagezentrum: Thema auf die Agenda der Krisenstabssitzung am 14.07. setzen. Alle sind gebeten, sich Gedanken zu Einschränkung vs. Einstellung zu machen* **Aktuelle Lage**	FG 38 (Grote) *Alle* FG32 (Hamouda)

	International *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.732.584 (+985), davon 91.110(+48) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 5,1/100.000 EW ▪ Inzidenz seit einer Woche um 5/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 44.886.784 (56,8%), mit vollständiger Impfung 29.803.258 (39,3%) ▪ Schwerpunkt liegt auf dem 2. Impftermin, hier jetzt schnellere Zunahme ! Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ in fast allen BL Abwärtstrend ▪ Ausnahme Bremen: Besorgniserregende Zunahme auf niedrigem Niveau, von 6,0 (30.06.2021) auf jetzt 8,6/100.000 EW ! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 2/3 der LK <5/100.000 EW ▪ 1/3 der LK >5/100.000 EW ▪ Kein LK >25/100.000 EW ▪ Jetzt 37 LK mit 0 Fällen (Vorwoche 50) ▪ Großstädte: FFM >20/100.000 EW, alle anderen liegen deutlich darunter ! 7-Tage-Inzidenz im Wochenvergleich ▪ Geschwindigkeit der Abnahme lässt nach ! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Deutliche Abnahme in allen Altersgruppen ▪ Inzidenz bei 15-19 und 20-24Jährigen > 10/100.000 ▪ Inzidenz in alle anderen Altersgruppen < 10/100.000 ▪ Inzidenz Altersgruppe > 60Jährige: 2/100.000	FG37 (Eckmanns) FG 36 (Buda)

	! COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Weiterhin Tendenz zur Abnahme ○ Covid-19 Patient*innen in intensivmed. Behandlung ▪ 509, Geschwindigkeit des Belegungsrückgangs nimmt ab ○ Todesfälle und Hospitalisierte nach Altersgruppe und Meldewoche (Folien hier) ▪ Anteil der Altersgruppen an Todesfällen: 80+Jährige überwiegen, zweitgrößter Anteil 60-79Jährige, dann 35-59Jährige ▪ Zahl der Todesfälle geht deutlich zurück, Hochaltrige nehmen dabei anteilig zu, geringe Zunahme der 35.60Jährigen ▪ Anteil der Altersgruppen an den Hospitalisierten: Bei insgesamt geringen Fallzahlen geringe Zunahme bei den 35-60Jährigen ▪ Anzahl der Hospitalisierten: Rückgang, niedrige Zahlen, prozentuale Altersverteilung bei 80+Jährigen gleichbleibend, Rückgang bei 60-80Jährigen, geringe Zunahme bei 15-34 und 35-60Jährigen ▪ Durchschnittsalter (MW) bei COVID-19-Fällen sinkend, bei Hospitalisierten sinkend, bei ITS-Patient*innen sinkend, bei Verstorbenen gleichbleibend	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ! Testzahlen und Positivquote ▪ Weiterhin geringer Rückgang der Testzahl im Vergleich zur Vorwoche Wieder weniger Testungen (knapp < 700.000), Positivenanteil 0,8% ! Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten von 2,2 Mio vorhanden ! Testzahlerfassung-VOC ▪ Anteil von B.1.617 (ohne weitere Differenzierung) an allen positiven Tests: 47,9%	FG17 (Dürrwald) FG36 (Kröger)

	ARS-Daten (Folien hier) ! Anzahl Testungen und Positivenanteil nach BL ▪ Weiterhin Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil ▪ Abflachung in allen BL, Bremen (Schwankungen) bei geringer Datenmenge nicht zu bewerten ! Anzahl Testungen nach Altersgruppe und Abnahmeort ▪ 0-4 und 5-14Jährige konstante Testzahl, Abnahmeort überwiegend „Andere“ (Schule, Lollitest), in allen anderen AG Rückgang, ▪ Arztpraxen: Rückgang, KH: konstante Testzahl „Andere“: Rückgang ▪ Positivenanteil überall rückläufig ! VOC B.1.617 ▪ Kein weiterer Anstieg (diese Woche nur 17 Isolate) ▪ Nachweis von Delta hauptsächlich im KH, der sehr niedrige Anteil von Delta an „anderen“ Testorten ist für den Gesamtrückgang verantwortlich ! Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen ▪ Keine neuen Ausbrüche in Altenheimen ▪ Sehr wenige Ausbrüche in Krankenhäusern	(Hicketier)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ! GrippeWeb ▪ ARE-Raten in allen Altersgruppen gehen stark nach oben, ▪ Besonders Kinder sind betroffen (0-14Jährige), Erwachsenen ziehen nach ▪ Anstieg von in der Vorwoche 2,4 Mio auf 3 Mio in KW 26 ! ARE-Konsultationen ▪ Anstieg auf 550.000 Konsultationen ▪ höhere Werte als 2018/19 und in anderen Saisons auch hier sind Kinder die Vorreiter ▪ In KW 25: 530 Konsultationen/100.000 EW, entspricht einem Anstieg von 390.000 auf 440.000	MF4 FG34/FG36 (Winklmayr)

	Konsultationen i. Vgl. zur Vorwoche ▪ Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Infektionsschutzmaßnahmen an Schulen die Übertragung resp. Erkrankungen nicht verhindern ! ICOSARI-KH-Surveillance ▪ In der Gruppe der 0-14Jährigen geringer Anstieg der SARI Fälle Keine Zunahme schwerer Verläufe ▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen auf 5% ▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung auf 7%	Alle
	! Ausbrüche in Kindergärten, Horten ▪ Positiver Trend setzt sich fort ▪ 17 neue Ausbrüche in Kindergärten ! Ausbrüche in Schulen ▪ 19 neue Ausbrüche in Schulen	Schaade
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) ! In KW 26: 164 Einsendungen aus 41 Praxen ! Anteil 0-4Jähriger leicht gesunken ! Anstieg bei den 16-34Jährigen ! Humane Rhinoviren dominieren, hier sind Kinder am stärksten betroffen, gefolgt von Parainfluenzaviren die alle Altersgruppen betreffen ! SARS-CoV-2: 1 Nachweis (11 Monate), 1 Nachweis in der Vorwoche (32 Jahre) ! Influenzaviren: Kein Nachweis ! Humane Metapneumoviren: 1 Nachweis (AG 35-60Jährig) ! Saisonale Coronaviren: Rückgang bei NL 63, OC43 sinkt stark, beide jetzt <5%	Alle
	! **Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung** (Folien hier)	

! Aus Genomsequenzierung

- Delta dominiert, KW 25: 60%, KW 26: knapp<50%
- Alpha KW 25 33%, KW 26: 37%
- Beta und Gamma in ganz wenigen Proben

! Übersicht Anteil Delta in VOC-Erhebungssystemen

- RKI-Testzahlerfassung incl. ad hoc-Erhebung: Delta 47,9% (KW 26), Alpha 37,7%
- IfSG-Daten: Delta 55%, Alpha 40%

! VOC-Anteile der Stichprobe der Genomsequenzierung

- Turnover Delta > Alpha ist vollzogen

  Erfreulich hoher Anteil an Sequenzierungen (20%)

! Entwicklung der Fallzahlen

- Alpha: weiterhin Rückgang
- Delta: Anstieg insbesondere in KW 21-23
- Spezifische R-Werte: Alpha 0,54, Delta 1,04
- Quotient aus Delta und Alpha: schwankendes Bild, geglättete Werte ergeben einen etwa 60% höheren R-Wert für Delta
- Daten sind veröffentlicht (Lagebericht?) mit dem Hinweis, dass die Daten aufgrund niedriger Fallzahlen unzuverlässig sind

! Vergleich hospitalisierte Fälle: Alpha vs. Delta (MW 22-25)

- Altersgruppe 15-60 Jahre liegt Delta etwas über Alpha
- In allen anderen Altersgruppen überwiegt Alpha

! Impfdurchbrüche bei VOC (für Lagebericht)

- Fallzahlen aktuell zu gering für eine Aussage über einen erhöhten Anteil von Delta an hospitalisierten Impfdurchbrüchen zu machen
- Anzahl der Impfdurchbrüche für VOC aktuell zu gering für die Ableitung von Aussagen

! VOC Tabelle und VOI Entwicklung der Fallzahlen

- Vorschlag: VOI weglassen
- Überlegungen zur Benennung der letzten Spalte

„Schutz durch Impfung“: Soll in der späteren Diskussion geklärt werden

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)*

  ! Nicht besprochen

! **Schätzung der Exzess-Mortalität durch COVID**

  ! Zeitraum bis KW 20/2020 bis KW 20/2021

    - Generalisiertes additives Modell
    - Daten: Wöchentliche Mortalität / Influenzafälle / Covid-19-Todesfälle pro Bundesland und Altersgruppe (unter 65/ über 65)

  ! Exzess= Differenz aus geschätzter Gesamtmortalität und geschätzter Basismortalität ohne COVID-19

  ! Erste Welle: Alle COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, 2. Welle: 59% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, da im Frühjahr 2021 die Gesamtsterblichkeit niedriger war als in den Vorjahren (Saisonalität, ausbleibende Influenzawelle) trotz ca. 1000 COVID-Todesfällen pro Woche

  ! Excess nach Altersgruppen und Bundesländern

    - SH, SL, NW, HH, RP, NS, MV: kein signifikanter Excess
    - In BY, SA, TH, SN, BB, HE, B, BW: Excess-Mortalität
    - Altersgruppe < 65Jährige: Fast alle COVID-Todesfälle wurden in der 2. Welle als Exzess gewertet,
    - Altersgruppe ≥ 65Jährige: etwa 60% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet

! **Diskussion**

  ! Frage: Warum Zunahme von ARE bei gleichzeitiger Abnahme der Testungen? Antwort: Kinder werden häufig in der Schule getestet, daher wird davon auszugegangen, dass es sich häufig nicht um COVID-19 handelt und nicht getestet. ARE-Zunahme zeigt sinkendes Risikobewusstsein und geringere Kontaktbeschränkungen

  ! Frage zu VOC: Sind die R-Wert-Berechnungen

altersstratifiziert? Antwort: Nein, sonst müssten für die R-Wert Darstellung Matrizen angegeben werden, ist zu kompliziert

! Formulierungsvorschlag zu den spezifischen R-Werten: „Grobe Schätzungen ergeben erhöhte R-Werte mit starken Schwankungen“

Hier kehrt die Diskussion zurück zur VOC/VOI Tabelle, auf die ursprünglich im Rahmen der Ausnahmen von den erleichterten Quarantäneregeln verlinkt/hingewiesen werden sollte. Auch

die Quarantäne-Ausnahmeregelungen für Immun-Escape-Varianten werden erneut thematisiert

! Zur VOC/VOI-Tabelle: Spaltenüberschrift „Schutz durch Impfung“ ist unzureichend, Genesenenstatus fehlt, ein Hinweis auf Immun-Escape-Varianten könnte aufgenommen werden, allerdings liegen hierzu unterschiedliche Evidenzen vor, die ggf. ausgewiesen werden müssten

! Impfwirksamkeit ist nur durch klare Endpunkte definierbar: Hospitalisierung und schwere Erkrankung

! Transmissibilität ist kein ausreichendes Kriterium

! Könnte auf eine bereits existierende Experten-Liste zurückgegriffen werden? WHO führt eine VOC- Liste, ECDC ebenfalls

! Auf der ECDC -Liste wird Delta als Immun-Escape-Variante geführt, das widerspricht der Meinung des RKI

! Ist es grundsätzlich ein tragfähiges Konzept, Quarantänesonderregelungen für bestimmte Varianten festzulegen? Im Rahmen der Unter-AG zum „Strategiewechsel der AGI“ werden ähnliche Fragen gestellt

! Neuer Formulierungsvorschlag zu Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“:

„Das Auftreten und die Zirkulation neuer besorgniserregender SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC) mit deutlichen Immun-Escape-Eigenschaften wird vom RKI eng überwacht. Sobald sich dabei Änderungen für diese Empfehlungen ergeben, werden diese zeitnah angepasst und kommuniziert. Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist, dass es sich um eine Exposition gegenüber einer Immun-Escape-Variante

	nach gegenwärtigem Kenntnisstand handelt (zur Zeit die Virusvarianten Beta (B.1.351) und Gamma (P.1)), eine Quarantäne der vollständig geimpften sowie genesenen Kontaktpersonen immer empfohlen.“ ! Auf Verlinkung mit/Hinweis auf eine VOC-Liste wird verzichtet ! Dieser Vorschlag wird einvernehmlich angenommen	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Wird bis Freitag 09.07. zur Abstimmung vorbereitet *ToDo: @Lagezentrum: Bitte für Freitag auf die Agenda setzen*	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein Beitrag **Presse** ! Frage: Eine Unterseite der COVID-19-Homepage soll eingerichtet werden, auf der alle auf die Schule bezogenen Dokumente eingestellt werden. Kann die Stellungnahme zu den MPK-Beschlüssen (12/2020) entfernt werden, da Beschlüsse und Stellungnahme veraltet sind? ! Antwort: Das Dokument kann ersatzlos entfernt werden **P1** ! Kein Beitrag	BZgA Presse (Wenchel) P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Nicht besprochen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle

7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! **Besprochen unter TOP 1 (Seite 2)**	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Monitoring der Auswirkungen der Impfpolitik auf Kinder ○ Es bleibt unklar, wer das Thema eingebracht hat, Herr Harder (FG 33) hat keine Informationen dazu ○ Wird an verschiedenen Stellen im Haus bearbeitet ▪ DIM: Wie hoch ist die Durchimpfungsrate trotz fehlender STIKO-Empfehlung für Kinder? ▪ FG 32: Entwicklung der Inzidenzen in den verschiedenen Altersgruppen ▪ Aus FG 36 wird die direkte Auswirkung der Impfpolitik in Zahlen über das Monitoring beobachtet und berichtet, Herr Haas ist an Gesprächskreisen und Expertenrunden zum Thema beteiligt *ToDo: Abstimmung zwischen FG 36/FG33/FG32 wie die Informationen gesammelt, koordiniert und wo sie adressiert werden können (z.B. im Lagebericht)* *Frau Buda erklärt sich bereit, dies in die Wege zu leiten*	(? ?) *FG 36 Buda*
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG 32
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, 09.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13: 07 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 09.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! BZgA
  - Britta Reckendrees

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ***(nur freitags)*** (Folien hier) ! Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 08.07.2021 ○ Fälle: fast 185 Mio. (+5,6% im Vgl. zur Vorwoche) ! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ○ Gleiche Länder, jedoch Änderungen bei Reihenfolge ○ Brasilien und Indien auf Platz 1 und 2 mit sinkendem Trend ○ Aufgerückt sind Indonesien und UK. ○ Stark ansteigende Trends in Russland, Südafrika und Iran, zumeist auf Delta-Variante zurückzuführen. ! Karte mit 7-Tage-Inzidenz: ○ Hauptgeschehen: Südamerika, Südafrika, in Europa UK und Spanien. ! Fall- und Todeszahlen weltweit: ○ Am meisten neue Fälle in Amerika ○ Höchster Anstieg in Europa ! UEFA EURO 2020 assoziierte COVID-19 Fälle ○ Fälle in 8 Ländern bekannt, ca. 2.700 assoziierte Fälle ○ Anstieg an Fällen in mehreren Gastgeberländern bzw. Städten ○ Bsp. Finnland: Verdoppelung der Fälle mit Spielen in St. Petersburg assoziiert ○ Bsp. England (REACT Studie): 4-facher Anstieg und 8-facher in London bei Testpositivität; OR von Frauen deutlich geringer, wird auf geändertes Sozialverhalten bei Männern während der EM zurückgeführt. ! COVID-19/ Spanien ○ Starker Anstieg + 124%; R eff 7T: 1,67; 58% mind. 1 Impfdosis, 43% vollständig geimpft ○ Starker Anstieg der 14T-Inzidenz bei 12-19 und 20-29 Jährigen: 584 bzw. 640 /100.000 ○ Großer Ausbruch nach Schulabschlussreise (Mallorca): 1.500 Schüler positiv, in der Mehrzahl Alpha-Variante ○ Ausbrüche bei Semesterabschlusspartys	ZIG1 (Rohde) Abt.3 (Hamouda)

National

! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)

- SurvNet übermittelt: 3.734.468 (+949), davon 91.190 (+49) Todesfälle
- 7-Tage-Inzidenz 5,5/100.000 Einw.
  - 3.Tag in Folge ansteigende Zahlen
- Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 48.180.450 (57,9%), mit vollständiger Impfung 34.490.355 (41,5%)
  - Doppelt so viele Zweit- wie Erstimpfungen
- Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer
  - Insgesamt ganz leicht ansteigender Trend
  - Leicht ansteigender Trend in Bremen
  - Minimum liegt in SH und MV bei 1,4, Maximum in Bremen bei 9,8 bzw. in Hamburg bei 10,3 (Meldeverzug)
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - Knapp über 10% der LK ohne Fälle, 209 zwischen 0-5 Fälle (60%)
  - Kein LK >25 Fälle
  - Trend - Entwicklung letzte 7 Tage: deutlich mehr LK, in denen Fallzahl zunimmt als LK, in denen sie abnimmt.
  - Wochenvergleich: Zahl der Fälle hat im Vergleich zur Vorwoche um ca. 5% zugenommen.
- Expositionsländer importierter Fälle
  - Spanien an der Spitze mit ca. 250 importierten Fällen
  - Gefolgt von Russland, Türkei und Portugal
- Indikatorbericht
  - R-Wert ist knapp über 1
- Indikatorbericht für die Bundesländer
  - R-Wert in einigen BL über 1
- Sterbefallzahlen Deutschland

	▪ 542 Todesfälle in letzten 14 Tagen, zurzeit keine Übersterblichkeit ! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* ! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* ! **Virologische Surveillance** *(nur mittwochs)* ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet)	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Namibia ○ Erste Hilfslieferungen sind in Namibia eingetroffen. ○ Unterstützung bei Sequenzierung durch RKI und Forschungszentrum Borstel ○ Emergency Medical Teams waren bereits organisiert. Weder diese noch Intensivmediziner konnten nach Namibia geschickt werden, da keine Ausnahmen von den Quarantäneregelungen möglich sind. ○ In der neuen Muster-Einreiseverordnung wird überlegt, wieder Ausnahmen für humanitäre Helfer einzuführen. ○ ZIG hat beim BMG erbeten, frühzeitig den Entwurf der Einreiseverordnung sehen zu können. Noch ist keine Vorlage vorhanden, wird aber zeitnah geteilt. ! Ruanda: Bitte um Austausch zur Sequenzierung ○ Virtueller Austausch mit ZBS7 Kollegen hat stattgefunden. ! Irak: Bitte der irakischen Regierung um Austausch zur Sequenzierung ○ Hat gestern Nachmittag stattgefunden, Unterstützung durch MF ! Unterstützungsersuchen konzentrieren sich im Moment in erster Linie auf die Entwicklung von Varianten ○ Expertise des RKI im Bereich Sequenzierung sehr gefragt. ! Auf welchen Daten welcher Varianten beruht die Einteilung in Virusvariantengebiete? Hat sich das evtl. geändert? ○ Bessere Sequenzierungsdaten sind vermutlich nächste Woche verfügbar. Dann könnte die Vermutung belegt werden, dass Delta und nicht Gamma und Beta in Namibia verbreitet sind. Delta ist nicht mehr Grund für die Ausweisung eines Virusvariantengebiets. ○ Problematisch: Vor allem Länder mit gefährlichen Virusvarianten werden vermutlich humanitäre Hilfe anfordern. ! Regierung von Namibia wird Impfdosen von Deutschland erfragen. ○ Kabinettsbeschluss, dass vermehrt Impfstoffe abgegeben	ZIG (Hanefeld)

	werden, in erster Linie AstraZeneca. ○ Im südlichen Afrika problematisch, da viel Impfskepsis gegenüber AstraZeneca. ! Wie kann das RKI Partnerländer beim Impfen unterstützen? Öffentliche Positionierung zu internationaler Gerechtigkeit möglich? ○ Sachlich immer wieder von ZIG gegenüber BMG thematisiert. Linie der Politik wird nicht nur von unserem Ressort bestimmt. ○ Bundesregierung will lokale Produktionen stärken, Produktion von Vaccinen in Südafrika. ○ In ZIG Forschung zu Pandemie und sozialer Ungleichheit geplant (Equity in pandemics), ein Aspekt davon wird Verteilung und Produktion von Impfstoffen sein. ○ Unterstützen kann ZIG auch im Bereich Impfkommunikation, Evidenz für Impfempfehlungen. Hier sind die Bedarfe sehr hoch. ○ Wer soll Impfstoffe erhalten? Ist das Ziel alle Kinder > 12 Jahre zu impfen oder sollte der Impfstoff zunächst Risikogruppen in anderen Ländern zur Verfügung gestellt werden? ○ Wird in Zusammenhang mit Impfgerechtigkeit diskutiert. Macht es Sinn Kinder zu impfen, wenn ein Großteil der Welt noch keinen Impfstoff hat? ○ Fr. Hanefeld wird hierzu einen evidenzbasierten Artikel im Epid. Bull. schreiben.	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Diskussion/Abstimmung der aktuellen Risikobewertung siehe Überarbeitung (hier) ○ Ziel: Niedrige Zahl von Neuinfizierten und hoher Anteil von vollständig Geimpften. ○ Vermeidung von Langzeitfolgen wurde ohne weitere Erklärung ergänzt (im Moment wenig Wissen über Langzeitmorbidität). Grund für Ergänzung: Erhöhung von Eigenverantwortung, persönlicher Schutz durch Impfung ○ Fallzahl stagniert, Zahl schwerer Erkrankungen ist rückläufig, bzw. auf niedrigem Niveau. ○ Bei Häufungen wurden Kitas, Schulen und berufliches Umfeld gestrichen, auf Privathaushalte und Freizeit reduziert. ○ Empfehlung von barrierefreien und aufsuchenden Impfangeboten wurde ergänzt. ○ Dynamik der Verbreitung der Varianten: Reihenfolge wurde beibehalten. ○ Mit einem Anstieg der Delta-Variante muss aufgrund der leichten Übertragbarkeit, Lockerungen der Kontaktbeschränkungen und Reisetätigkeiten gerechnet	FG36 (Haas) / Alle

	werden. ○ Bei vollständiger Impfung schützen alle Impfstoffe nach derzeitigen Erkenntnissen. Leicht verringerte Schutzwirkung bei Delta. ○ Gefährdung für Gesundheit der nicht oder nur einmal geimpften Bevölkerung wird weiterhin als hoch eingeschätzt. ○ Bei vollständig Geimpften wird sie als moderat eingeschätzt, wobei Menschen mit chronischen Erkrankungen und vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders betroffen sind. ○ Beim Risiko muss zwischen Geimpften und Nicht-Geimpften differenziert werden. Genesene werden nicht vom Rest der Bevölkerung unterschieden. ○ Vorsicht wegen Impfdurchbrüchen, weiter an AHA-L Regeln halten. ○ Aerosole spielen insbesondere in Innenräumen sowie im Freien bei engen Gesprächskontakten eine Rolle. ○ Text zu Masken wurde hinter den Absatz zu Aerosolen verschoben. ○ Bei respiratorischen Symptomen sollen Personen zu Hause bleiben, bis SARS-Cov-2 als Ursache ausgeschlossen wurde. ○ Darüber hinaus sollte das Angebot zur Impfung genutzt und die Impfung durch eine zweite Impfung abgeschlossen werden. ○ Im Disclaimer soll auf die geänderte Einschätzung für Geimpfte hingewiesen werden. *ToDo: Risikobewertung BMG im Änderungsmodus zuschicken, soll nächste Woche auf Homepage veröffentlicht werden. FF Maria an der Heiden* ! Frage zur Corona-Warn-App: Müssen die Parameter zur Risikobewertung bei Delta geändert werden? ○ Aus Sicht des Kontaktmanagements: nein, keine Änderungsnotwendigkeit	Scheida

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Inhalte und FAQ werden bzgl. Delta-Variante angepasst und neue STIKO Empfehlung kommuniziert. ! Twitter: Absage von Impfterminen bei Mehrfachterminen nicht vergessen **Presse** ! Aussehen der COVID-Internetseite wird sich nächste Woche verändern, Inhaltsverzeichnis wird ergänzt. **Wissenschaftskommunikation** ! Flyer zu Corona-Etikette bei niedrigen Inzidenzen entwickelt (hier) ○ Neu sind Punkt 2 und 4. ○ Punkt 2 ▪ Getestet: Bild soll verändert werden: Tupfer muss waagrechter eingeführt werden, Handschuh beim Testen. ▪ Impfen ist einzige Primärprävention, wird deshalb an 1. Stelle unter Punkt 2 gerückt. ▪ *In festen Gruppen statt „reicht“ 2x wöchentlich in „mind.“ 2x wöchentlich testen ändern. ○ Punkt 3, ▪ Erkältungszeichen: Thermometer weist nur auf Fieber hin. Ein anderes Symptom sollte gewählt werden, z.B. Taschentuch + roter Hals. ▪ Fehlt noch Vorstellung beim Hausarzt und Test durch Fremde oder Selbsttest. -> Zu viel Information für einen Flyer. ○ Punkt 4: ▪ Sieht aus, als würden Personen vor dem Haus stehen, Bild verändern. ▪ ** im Restaurant wird vor tagesaktuellem Test bei „Abstand“ eingefügt. ○ Schriftgröße ist sehr klein, evtl. vergrößern?	BZgA (Reckendrees) Presse (Wenchel) P1 (Leuker) Alle

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Hinweis auf Herdenimmunität bei der Impfkommunikation nicht sinnvoll. (Impfen von Kindern, um unwillige Erwachsene zu schützen) Appellieren an eigenen Schutz, Schutz von Familienangehörigen und Freunden und erst an dritter Stelle altruistische Argumentation. ○ Unklar, welcher Ansatz am besten ist, wird nächsten Mittwoch mit Vorbereitung diskutiert. ! Schutz der Heime, Impfquoten von Pflegern in Heimen sind relativ niedrig. Thema für BZgA: jeder der Kontakt zu vulnerablen Gruppen hat, ist besonders aufgefordert sich impfen zu lassen. **b) RKI-intern**	Buda / Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Überarbeitetes KoNa Papier für Altenheime- und Pflegeeinrichtung (hier) ○ Quarantänisierung bei Delta-Variante fällt wieder weg. AHA-Regeln bleiben weiterhin wichtig. ○ Wesentliche Änderung in Punkt 4: Kontaktpersonenmanagement in der medizinischen Versorgung: ▪ Bei Kontakt zu Alpha und Delta ist keine Quarantäne notwendig, wenn möglich sollen Kontakte zu ungeimpften Risikogruppen eingeschränkt werden. ▪ Nur bei Kontakt zu Beta oder Gamma ist Quarantäne (auch der vollständig Geimpften und Genesenen) erforderlich. ○ Zu bedenken ist, dass bei Nennung der Varianten das Papier, sobald sich Neues ergibt, regelmäßig aktualisiert werden muss. Deshalb sollte mit der Definition von Escape-Varianten sparsam umgegangen werden. Der Begriff Immun-Escape-Variante sollte möglichst vermieden werden. ○ Möglich wäre eine Verlinkung auf ein zentrales Dokument. ○ Gremien, die diese Definitionen treffen, sollten im Krisenstab vorgestellt werden. ○ Viele Anfragen, worauf die Definitionen basieren. Endpunkte sind schwere Erkrankungen. ○ Das Wort Immun-Escape-Variante wird gestrichen. Der Begriff sollte später auch aus dem Kontaktpersonenmanagement gestrichen werden, bis es international mehr Erkenntnisse gibt.	FG36 (Eckmanns)
8	**Update Impfen** *(nur freitags)*	FG33

	! Neue STIKO Empfehlung wurde gestern veröffentlicht. ○ Serologie wird vorerst nicht berücksichtigt. Hiervon konnte STIKO überzeugt werden. Wäre bei Genesenen, in aktueller Situation zu kompliziert. ○ Empfehlung einer Kreuzimpfung unabhängig vom Alter, wenn Erstimpfung mit AstraZeneca erfolgt ist. ! Kinderimpfung ist thematisch wieder in den Vordergrund gerückt. ○ Moderna wird für 12-17 Jährige demnächst zugelassen. ○ Myokarditis trat vor allem nach der 2. Dosis auf. Aktuelle Daten werden benötigt. ! Modellierung wird mit und ohne Impfung von Jugendlichen erzeugt. ○ Schutz von Erwachsenen durch Impfung von Kindern wird versucht zu quantifizieren. ! Anpassung der Darstellung zu Impfdurchbrüchen im Lagebericht ○ Tabelle mit hospitalisierten Fällen und Delta-Variante vervollständigt. ! Impfkommunikation der BMG Steuerungsgruppe wurde an FG36 weitergeleitet. ○ Möglichkeit der Kommentierung sollte wahrgenommen werden. ! Kreuzimpfung/ Auffrischungsimpfungen bei alten Menschen sinnvoll? ○ Impfantwort nicht so nachhaltig. Bei STIKO nachfragen, ob man alten Menschen nicht booster Impfung verabreichen kann. ○ Stand: Arbeitsgruppe arbeitet daran, Biontech wird Zulassung dafür beantragen. ○ England macht das bereits vorsorglich ohne auf Evidenz zu warten, um einen weiteren Lockdown zu vermeiden. ○ Evidenz für Kreuzimpfung ist reine Laborevidenz. Bis zu 30% der Hochaltrigen gehen ohne guten Schutz in den Herbst. ○ Entscheidung wird auf Basis immunologischer Daten vorgenommen. ○ Wenn große Anteile geimpft sind, werden Impfdurchbrüche zu sehen sein. ○ Es sollte auf Daten mit klinischen Endpunkten gewartet werden, Wirksamkeit in Bezug auf Zeitpunkt nach Impfung. ! Wird modelliert, welchen Einfluss auf die Infektionen von Kindern es hätte, wenn alle Erwachsenen geimpft wären? (Kinder schützen mit Impfung von Erwachsenen) ○ Wenn Jugendliche geimpft werden würden, könnten damit auch Kinder unter 12 geschützt werden. ○ Erwachsenenimpfquoten werden bei der Modellierung variiert. ! Anmerkung zur Strategie in UK: Geschehen soll jetzt im Sommer laufen gelassen werden. Am Montag findet TK mit UK zu deren Überlegungen statt, offizielle Papiere werden bald kommen.	(Wichmann) Wieler
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)*	

	FG17 ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 465 Proben, davon: ○ 2 für SARS-CoV-2 ○ 168 für Rhinovirus ○ 68 für saisonale Coronaviren (NL-63 und OC43) ○ 36 für Parainfluenzavirus (vorwiegend Typ3) ○ 3 für RSV ○ 1 für Metapneumovirus **ZBS1** ! In KW 27 bisher 81 Proben, davon 26% positiv auf SARS-CoV-2 getestet.	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Fokussierungskriterium FlugKoNa bei Flügen >5h ○ Aufnahme eines Fokussierungskriteriums im Kontaktpersonenmanagementpapier, Abschnitt 2: Fokussierung auf Flüge > 5h möglich, da dann Einnahme von Mahlzeiten, mehr Bewegung im Flugzeug ○ Kriterium muss nicht, kann aber angewendet werden. ○ Leitung ist einverstanden, muss mit BMG abgestimmt werden. Hr. Sangs war bei TK mit IGV-benannter Flughäfen dabei und hatte keine Einwände. *ToDo: Papier ändern: auf Begriff Immun-Escape-Variante verzichten und Fokussierungskriteriums aufnehmen, FF Maria an der Heiden*	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Position Int. Kommunikation: Depriorisierung von Aufgaben ○ Letzten Samstag waren 19 Personen im Einsatz, so auf Dauer nicht möglich aufrecht zu erhalten. ○ Vorgabe von Hr. Spahn: Alles was der ÖGD an uns heranträgt, soll ans Ausland weitergeleitet werden. Kontaktpersonen, die in Deutschland identifiziert wurden, werden ans Ausland weitergeleitet. ○ Was vom Ausland an uns herangetragen wird, kann stark	FG38 (an der Heiden)

	einschränkt werden. ○ Gestern erster Schritt: vom Ausland werden Anfragen nur noch bearbeitet, wenn sie aus einem Virusvariantengebiet kommen. ○ Bei internationalen Kontakten sollen Priorisierungskriterien angewandt werden. Soll mit BMG geklärt werden. ○ Nur auf Reisende aus Virusvariantengebieten fokussieren, oder Kontakt mit Beta oder Gamma-Variante.	
15	**Wichtige Termine** ! Fr. Merkel wird das RKI kurzfristig nächsten Dienstag um 11 Uhr besuchen. Sicherheitsfragen sind zu klären. Geplant ist ein Museumsbesuch, 2 Vorträge zur strategischen Ausrichtung des Hauses und zur Impfstrategie sowie eine Pressekonferenz.	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:23 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Mittwoch, 14.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Esther-Maria Antão
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, Folien hier SurvNet übermittelt: 3.738.683 (+1.548), davon 91.287 (+28) Todesfälle, deutlich mehr Fälle als am Vortag 7-Tage-Inzidenz: 7,1/100.000 Einw., leichter Anstieg Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.007.589 (58,9%), mit vollständiger Impfung 36.350.481 (43,7%), Zahl täglicher Impfungen rückläufig (insgesamt ~735.000 gestern) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: seit einer Woche kontinuierlich auf niedrigem Niveau steigend, in Großstädten, z.B. Bremen deutlicher Anstieg, auch HH, BE steigend, ostdeutsche BL auf niedrigem Niveau Geografische Verteilung Anzahl der Kreise mit 0 Fällen nimmt ab (gestern 34) 40% liegen zwischen 0-5 Fällen/100.0000 50% bei 5-25/100.000 zum ersten Mal drei LK die >25/100.000 liegen, diese sind über das Land verteilt (Bad Tölz, Trier, Neumünster) Düsseldorf liegt bei den Großstädten vorne, die meisten stehen zwischen 10-20/100.000, nur Dresden liegt mit 3 unter der 7-T-I von 5/100.000 Vorwochenvergleich: zahlreiche Kreise weisen Anstieg um mehr als Faktor 2 vor, die absoluten Zahlen sind noch gering, aber es ist eine erhebliche Zunahme in vielen LK zu sehen, z.B. in Augsburg von 11 ! 46/100.000 Im Vergleich zur Vorwoche insgesamt Zunahme um 30% Altersverteilung: in den Altersgruppen (AG) 20-24 und 25-30 sind Inzidenzen um die 19 (knapp unter 20) sichtbar, letztes Jahr gab es diesen Anstieg in KW32, jetzt früher (KW27) Zahl der Todesfälle bleibt rückläufig, im Schnitt werden 220-230 pro Woche übermittelt (mit Zeitverzug) DIVI IST-Behandlungen: Rückgang wird langsamer Expositionsländer importierter Fälle: Länder mit >25 Nennungen in den letzten 14 Tagen Spanien 345, Russland 76, Türkei 53, NL 34, Portugal 33, Griechenland 28, Kroatien 27 Grafik Anteil importierter Fälle orangefarben = Anteil Exposition im Ausland/alle Fällen blau Anteil derer mit Angaben zur Exposition im Ausland Wahrheit liegt wahrscheinlich dazwischen ! Anteil hat zugenommen und liegt bei 10-20% deutlicher Anstieg importierter Fälle aus Spanien über die letzten 3-4 Wochen Indikatorbericht: Inzidenz, R-Wert, Positivanteil langsam steigend	AL3

	Testanzahl sinkend Anzahl LK mit niedriger Inzidenz fallend Mobilität leicht steigend Inzidenz bei >80-jährigen relativ stabil Frage: sind Impfquotendaten auch auf Kreisebene verfügbar? Nein, nicht durchgängig da einzelne BL erst vor kurzem ans elektronische System angeschlossen wurden, dadurch steht nur ein reduzierter Datensatz zur Verfügung; es laufen aktuell intensive Gespräche mit dem DIM-Team darüber, wie diese Erfassung erfolgen kann **Testkapazität und Testungen** ***(nur mittwochs)***, Folien hier Anzahl durchgeführter Tests ist um 16-17% zurückgegangen 588.000 durchgeführte Tests in KW27 Anzahl positiver Tests 6.500 (1,1%), Positivanteil steigend im Vergleich zur Vorwoche Weniger Tests aber vermehrt Testung derer, die etwas haben Kapazitäten so gut wie unverändert VOC-Erfassung durch Labore (über Voxco) Anzahl der Labore, die berichten, ist zurückgegangen 75% aller durchgeführten PCR-Tests sind abgedeckt 20% noch Alpha-Variante Beta und Gamma niedrig Delta jetzt mit nahezu 2/3 vorherrschende Variante **ARS-Daten** ***(nur mittwochs)***, Folien hier Weniger Testungen, mehr positive Ergebnisse BL: Anstieg Positivanteil sichtbar in HH und HB, in TH, SL abfallend Altersklassen nach Orten (Arztpraxen, KH, andere) aufgeteilt: kein Anstieg und Positivanteil gleichbleibend weniger Testungen im KH größter Anstieg in Arztpraxen, insbesondere bei 5-14 und 15-34-jährigen, leichter Anstieg auch bei >80-jährigen Nach AG und Monat Testungen über alle Altersklassen gehen zurück, vor allem bei 5-14-jährigen Positivanteil leicht ansteigend bei 15-34, kaum bei jüngeren obwohl weniger getestet wird Testungen zu Delta Variante von KW25 zu 26 leichter Anstieg in KW 27 liegt Anteil bei 84% (bei ARS jedoch immer etwas höher als in anderen Erfassungssystemen) in wenigen Wochen sind >90% zu erwarten Ausbrüche Alten-/Pflegeheime und KH In KW24es keine Altenheim Ausbrüche, nun werden leider wieder Ausbrüche gemeldet Auch leichter Anstieg bei Ausbrüchen in KH Frage: gibt es Hinweise, dass Fälle mit Delta-Variante einen milderen Krankheitsverlauf haben? Nein, hierzu liegen keine Daten/Erkenntnisse vor, im letzten PHE-Bericht ist dies auch etwas missverständlich: in einer	AL3 FG37

	Tabelle erscheint die case fatality rate für Delta niedriger als für Alpha, aber mit der wichtigen Bemerkung, dass diese Ergebnisse nicht vergleichbar sind, da sie sich auf verschiedene Zeiträume und Altersgruppen beziehen	
	Syndromische Surveillance bis KW27 ***(nur mittwochs)***, Folien hier GrippeWeb ARE-Rate in Bevölkerung ähnlich der letzter Woche In AG 0-4 und 5-14 rückläufig (keine Fortsetzung des Trends), NW hat Ferien welches dies (mit) erklären kann Bei 15-34-jährigen seit KW24 Anstieg, Kontaktverhalten in diesen (allen) AG ist nicht mehr so, dass Übertragung verhindert wird, dies ist ein guter früher Indikator und sollte zur Kommunikation genutzt werden Der Zeitvorsprung durch die Impfung wird hierdurch möglicherweise verspielt ARE-Konsultationen läuft GrippeWeb häufig eine Woche hinterher weiterer Anstieg, v.a. bei Erwachsenen, NW-Werte sinkend auch durch Ferieneinfluss, der sich ebenfalls auf Testungen auswirkt BL: in den meisten insgesamt ein Anstieg sichtbar, stabil in BW, BE, NI, sinkend in NW, in den meisten Anstieg bei Kleinkindern ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Zahlen insgesamt leicht rückläufig Kleine Fallzahlen (um die 10) und nicht gut bewertbar SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 Anteil COVID-19 an SARI 3%, insgesamt Abstieg ganz kleiner Anstieg bei Intensivbehandlungen auf 7% (aber hier nur Stichprobe aus Sentinel) Corona-Kita-Studie Ausbrüche in Kindergärten: weiter rückläufig seit April, inkl. Nachmeldungen 39 neue Ausbrüche, in den Meldedaten ist (noch) keine Änderung ersichtlich Ausbrüche in Schulen: 19 neue Ausbrüche, weiterhin relativ positive Entwicklung, aber auch zunehmende Feriendichte in Deutschland (37%)	FG36
	Diskussion: AG-Anstieg jetzt (20-29-jährige) ähnelt dem von 2020, ist nur früher; einerseits Betonung, dass junge Leute unter den Maßnahmen leiden, andererseits werden ihnen auch Vorwürfe gemacht, wie könnte Kommunikation bzw. Vorgehen ohne Vorwurfshaltung laufen, falls Trend sich analog dem letzten Jahres fortsetzt? Ggf. Modellierung? Zielgruppenspezifische Kommunikation Wer sollte insbesondere adressiert werden? Primär junge Menschen, diese verhalten sich anders Es muss cool sein, sich impfen zu lassen Impfung dieser Gruppe ist ein wichtiges Thema auch in Zusammenhang mit kommendem Herbst Impfung Genesener/Impfabstand Strategie Genesene nur einmal zu impfen ist schwierig	Präs/alle

		Infektion ist vielleicht schlecht dokumentiert, wichtig ist, dass geimpft wird (mögliche frühere Erkrankung könnte depriorisiert werden) STIKO hat Impfabstand nach Genesung unter Vorbehalt einer vorherzusehenden Exposition gegenüber einer Immune-Escape Variante auf mögliche 4 Wochen verkürzt, dies muss viel stärker kommuniziert werden Abstand von 6 Monate ist jedoch noch erwähnt Begriff Escape Variante sollte eigentlich nicht mehr genutzt werden, bessere Formulierung und deutlichere Kommunikation ist wünschenswert Statt Antikörpertestungen sollten lieber zwei Impfungen angeboten werden ! FG33 leitet dies an STIKO weiter Aufsuchendes Impfen Wird vermehrt durchgeführt und in den Medien kommuniziert Manche Amtsärzte (z.B. Köln und Spandau) berichten, sie hätten wieder Zeit andere Sachen als KoNa zu machen, inkl. Impfungen In manchen Problemgebieten werden bereits aktiv aufsuchende Impfangebote gemacht Unkonventionelles Vorgehen ist sinnvoll und scheint nun auch gut von der Ärzteschaft akzeptiert zu werden Impfzahlen sinken ggf. auch durch die Urlaubszeit Aufsuchende Impfungen sollten in allen AG gefördert und Angebote noch leichter zugänglich gemacht werden, Befragungen zeigen nach wie vor große Impfwilligkeit Impfkampagne Unternehmen (s.a. unter Kommunikation) Eine große Gruppe von mittelständigen Unternehmen wollen eine Impfkampagne machen und haben um Texte (einfache Messages in einfacher Sprache) gebeten um aktiv zu Impfungen aufzurufen P1 übermittelt Material an Präs zur Weiterleitung *ToDo: Corona Kita Studie vom Agendatemplate entfernen, dies ist bei der FG36-Präsentation der syndromischen Surveillance beinhaltet* *! LZ und Position Krisenstabsprotokoll bitte umsetzen*	
		Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW27 ***(nur mittwochs)***, Folien hier 147 Einsendungen aus 42 Arztpraxen (1 mehr als Vorwoche) ungewöhnlich hohe ARE-Aktivität für die Sommerzeit, zumal einige Arztpraxen bereits im Sommerurlaub sind 76% positive Virusnachweise Weiterhin zahlreichste Einsendungen für AG der 0-4-jährigen Viruszirkulation (außer Corona) Stärkster Anteil Rhinoviren, über alle AG verteilt Zweitstärkster Anteil Parainfluenzaviren, diese haben saisonale Coronaviren abgelöst, hauptsächlich betroffen sind jüngere (<35), am stärksten 0-4-jährige Kein RSV Nachweis SARS-CoV-2 kein Nachweis in KW27, in den vorherigen zwei Wochen jeweils 1 Nachweis Saisonale Coronaviren: NL63-Welle scheint vorbei zu sein,	FG17

	Maßnahmen haben starke Veränderung des Infektionsgeschehens in 2020/21 bewirkt, Welle war 3-mal höher als normalerweise verzeichnet	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Sprachliche Anpassung der Risikobewertung zu zwei Aspekten, Dokument hier **1. Schutzwirkung der Impfung bei Delta im Vergl. zu Alpha**, Aspekte die eventuell getrennt voneinander abgebildet werden könnten: Schutzwirkung gegenüber Alpha bei Delta leicht verringert, jedoch nur bezogen auf milde Verläufe Schutzwirkung nach nur einer Impfung nur ein Drittel gegenüber der Delta-variante Ist es wirklich sinnvoll auf erste Dosis einzugehen? Leute sollen doppelt geimpft werden, es soll keinen Hinweis auf ein Auslassen der 2. Dosis erfolgen Grundsätzlich sind positive Formulierung vorzuziehen, „bei vollständiger Impfung genauso guter Impfschutz gegen schweren verlauf bei Delta-Infektionen“ **2. Public Health Einschätzung der Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland** ECDC differenziert Bewertung umständlich nach diversen Impf- und Vorerkrankungskategorien, wird hierfür nicht übernommen, Differenzierung nicht hilfreich, Vereinfachung ist wünschenswert Soll Gesamtbewertung für die Bevölkerung in Geimpfte und Ungeimpfte aufgeteilt werden? Gefährdung ist für vollständig Geimpfte generell niedriger Wenn jedoch eine große Welle kommt, dann betrifft es alle, für Geimpfte ist die Situation dann besser (nur moderat betroffen), besonders gefährdet wären dann Geimpfte mit Risikofaktoren und vulnerable Gruppen (sozioökonomisch) Eventuell Aufteilung in Gruppen möglich Insgesamt Gefährdung hoch Für vollständig Geimpfte moderat Bestimmte Gruppen sind bei beiden, Geimpften und Ungeimpften besonders gefährdet Individual vs. Public Health Für Individuen ist ggf. nicht zu verstehen, warum trotz Impfung noch ein moderates Risiko besteht Wenn mein Risiko minimiert wird, lasse ich mich impfen	Alle

	RKI-Risikobewertung erfolgt aus Public Health Sicht für die Bevölkerung, Betrachtung dieser in der jetzigen Situation inkl. Impfabdeckung, anlaufender Welle, VOC, usw., dies bedeutet nicht, dass Individuum nicht ein geringes Risiko hat STIKO sollte das individuelle Risiko bewerten Fazit Einzelne, gut verständliche Sätze mit je einem Sachverhalt Positive Formulierungen, wenn möglich FG36 (Walter Haas) und FG33 (Thomas Harder) überarbeiten die Abschnitte *ToDo: Fertigstellung der Risikobewertung zunächst durch FG33 zu impfbezogener Äußerung, dann an FG36 um zweiten Absatz bzgl. Gefährdung zu überarbeiten*	

5	**Kommunikation** **BZgA** Aspekte in Hinblick auf Steigerung der Impfquote bei jüngeren Menschen und hohen Stellenwert von aufsuchender Impfung und Bedarf an Kommunikation hierzu wird mitgenommen Ist eine größere Aktivität auf Bevölkerungsebene geplant durch BZgA oder BMG? BMG hat "Ärmel hoch" Kampagne, ob diese auf jüngere Gruppen fokussiert wird, ist unbekannt BZGA selbst macht keine groß angelegte Kampagne, sondern arbeitet mit an Kommunikationsmaßnahmen des BMG Beobachtung der Daten aus COSMO, COVIMO und entsprechende Anpassung der BZgA-Kommunikation, darüber hinaus ist aktuell nichts geplant Zielgruppe jüngere Menschen & Impfung Z.B. Influencer-Vaccination Challenge auf YouTube BZgA eruiert Möglichkeiten hierzu FG33 Natalie Grams hat erfolgreiche Videos mit BMG gemacht, eventuell ist hier eine Vernetzung möglich um Material für jüngere Zielgruppen zu entwickeln Viele Aspekte des Themas könnten mit mehr Humor angegangen werden (z.B. Angst vor Impfnachwirkung thematisieren) Z.B. hat @elhotzo bei seiner Impfung seine Impfreaktion thematisiert Impfkampagne Unternehmen Unternehmen wollen dazu beitragen, dass mehr Menschen sich impfen lassen, indem sie in ihren Geschäften Kunden zur Impfung motivieren Sie wollen auf eigene Kosten eine Kampagne machen, aber richtig, deswegen Kontaktaufnahme mit RKI um passendes und korrektes Material zu erhalten BZgA sucht passendes heraus und schickt es an Ronja Wenchel **Presse** In RKI-Dokumenten besteht ein Widerspruch bezüglich schwerer Krankheitsverläufe mit der Delta-Variante; im Gespräch mit Frau Merkel wurde gesagt, dass es aktuell keine Evidenz gibt in eine oder andere Richtung, in VOC-/Lagebericht klingt dies anders Allgemein sollen diese Hinweise entfernt werden, Presse kontaktiert die verantwortlichen OEs	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** **Altenheime** Was kann getan werden, um bei voraussichtlichem Fallanstieg im Herbst die Auswirkung auf Altenheime zu verhindern oder verringern?	FG37/alle

	FG37 hat mit P1 einen Flyer entwickelt, auch ein umfassendes Papier, das länger ist und kaum gelesen wird, Flyer wird nun aktualisiert und überarbeitet, auch bzgl. Impfung Es gibt ca. 14.000 Altenheime in Deutschland, wie können wir an diese herankommen, über GA? Andere Möglichkeiten? Nach §23a dürfen Institutionen abfragen, welches der Impf- und Serostatus der Beschäftigten ist, jedoch nicht für Bewohnende Austausch mit BMG (Ziegelmann, Sangs) ist geplant Ausbrüche Altenheime wurden von FG33/FG37 untersucht Bei Bewohnenden sind oft nur ca. 80% geimpft, wo angehörige Vormundschaft haben wird es z.B. nicht immer zugelassen, oder es kann nicht geimpft werden Häufig sind auch Verwandte nicht (genügend) geimpft Es gab auch Ausbrüche im Personal, die es evtl. hereintragen ~50-60% des Personals sind geimpft, Daten jedoch nicht offiziell vorhanden und nur aus bevölkerungsbezogenen Umfragen erhältlich Es gab auch Todesfälle und schwerere Verläufe unter Geimpften, dies ist erklärbar da Impfung keinen 100%-igen Schutz bietet Ein geringer Teil der Bewohnenden ist trotz Impfung ungenügend geschützt, ZBS1 ZBS3 gucken sich dies noch einmal an (aus Osnabrücker Ausbruch) Es ist wichtig, dies gut zu untersuchen und als Appell ans Personal und an Bewohnende und deren Familien zu nutzen Sensibilisierung durch Betriebsärzte erscheint nicht realistisch, diese waren bei den KH-Ausbruchsuntersuchungen nicht dabei 3. Impfung für ältere Menschen Wird STIKO 3. Impfung empfehlen? Aktuell fokussiert die STIKO sich auf immundefiziente Gruppen, dies ist wahrscheinlich die erste Gruppe, für die eine 3. Impfung empfohlen wird Es ist noch etwas unklar, ob diese durch die aktuelle Zulassung bereits abgedeckt ist Bei multimorbiden älteren Patienten ist zu untersuchen, ob geimpft werden soll, Einverständnis der Familie ist ggf. notwendig Bei alten und hochaltrigen möglicherweise geringerer Schutz nicht nur wegen waning immunity, sondern auch aufgrund ungenügender Immunreaktion und -Antwort, es ist auch die Frage, mit welcher Dosis ältere Person exponiert wird, dies könnte dort tätigen und Besuchenden mitgegeben werden STIKO sollte dies auch untersuchen um die epidemiologische Lage zu bedienen **RKI-intern** (nicht berichtet)	

7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* Die Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement für internationale Kontaktpersonen sollen geändert und fokussiert werden, wenn vom BMG bis heute DS kein Einwand kommt Reaktion in der EpiLag war wohlwollend, von der AG Infektions-schutz gab es keine Reaktion	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** Keine genannt	Alle
16	**Andere Themen** Monitoring Krankenhausaufnahmen Zusätzlicher Indikator soll ab nächster Woche regelmäßig vorne in den Tagesbericht aufgenommen werden AL3 und FG32 (Claudia Sievers) bereiten dies bereits vor, morgen erfolgt Rückmeldung hierzu Nächste Sitzung: Freitag, 16.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 16.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Djin-Ye Oh
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Christina Leuker
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ! Folien hier ! Weltweit: ! Datenstand: WHO, 15.07.2021 ! Fälle: ca. 188 Mio. (+14% im VG. Zur Vorwoche) ! Todesfälle: ca. 4 Mio. (2,2% Fallsterblichkeit) ! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ! Indonesien, Brasilien, Indien, Vereinigtes Königreich, USA (höchster Anstieg), Russische Föderation, Kolumbien, Iran, Spanien, Südafrika ! Karte mit 7-Tage-Inzidenz: ! Höchste Inzidenzen auf dem südamerikanischen Kontinent, südlich Afrika, NL, UK, Mittelmeerraum, Asien und Russland ! Epikurve WHO Sitrep: ! 25% Anstieg der Fallzahlen im östlichen Mittelmeerraum und 20% Anstieg in Europa. 50% Anstieg der Todesfälle in Afrika ! Andere Berichte: ! Niederlande: ! Sehr hohe 7d-Inzidenz von 337,6/100.00 Einw. ! Anstieg Fälle um 414% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (40,7% vollständig geimpft) ! Fallzahlen stiegen nach weitreichender Öffnung am 26.6.21 bei einer Inzidenz von 28,6/100.000 Einw., wo alle Maßnahmen bis auf die Einhaltung eines Abstands von mindesten 1,5m aufgehoben wurden ! Starker Anstieg der Fälle ab 2.7.21 ! Superspreading Event durch 2-tägiges Festival am 3+4.7.21. Altersgruppe 18-24 -Jährige am stärksten betroffen ! Hospitalisierungen sinken nicht mehr ! Portugal: ! 7d-Inzidenz: 199,4/100.00 Einw. ! Anstieg Fälle um 25% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (42,8% vollständig geimpft) ! Anstieg der Fälle ab Ende Mai, vor allem bei <50-Jährigen ! Hospitalisierungen steigen seit Anfang Juni ! Israel: ! 7d-Inzidenz: 41,9//100.00 Einw. ! Anstieg Fälle um 26% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (60,1% vollständig geimpft) ! Ausbrüche betreffen vor allem Altersgruppe der 10-19-Jährigen im Schulsetting (39,6%) ! Leichter Anstieg bei den Hospitalisierungen ! UK/USA: leichter Anstieg der Hospitalisierungen	ZIG1 (Rohde)

	Frage: Wurde da Tragen von Masken bei der Lockerung beibehalten? Antwort: Nicht genau bekannt, aber sehr wahrscheinlich nicht. Kommentare: 1. Info von WHO VOC Israel: 50% der Hospitalisierten sind geimpft, 8% der infizierten sind geimpft. 2. Herr Wieler wünscht sich Zahlen/ Daten zur Kommunikation in Interviews, dass auch junge Menschen hospitalisiert werden und schwere Verläufe haben. **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier ! SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.741.781 (+700), davon 91.337 (+18) Todesfälle ! 7-Tage-Inzidenz: 8,6/100.000 Einw. ! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.468.488 (59,5%), mit vollständiger Impfung 37.713.915 (45,3%) ! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: o Anstieg in den meisten BL, vor allem in Berlin. o o Betrachtet man Großstädte, so führt Düsseldorf mit einer 7d-Inzidenz von 29/100.000 Einw. gefolgt von Frankfurt am Main, Köln, München und Stuttgart o Zahl der LK ohne Fälle sinkt, aktuell sind es 22 LK. Auch Zahl der LK mit einer 7d-Inzidenz von <5 sinkt. o Steigende Zahl an LK mit einer 7d-Inzidenz >25 (aktuell 9) o Aktuell führen LK Birkenfeld und Trier mit einer 7d-Inzidenz von 43/ 100.00 Einw. o Starke Zunahme der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche in einigen LK ! Importierte Fälle in den letzten 14d: Die mit Abstand meisten Fälle (knapp 500) wurden aus Spanien eingetragen. ! Indikatorbericht: Alle Indikatoren weisen auf einen Anstieg der Fallzahlen hin, in allen BL außer Saaland ist R>1, kein Anstieg der Mortalität ! Hinweis: Indikatorbericht kann noch immer nicht veröffentlicht werden, weil noch immer die Freigabe durch die IT-Sicherheit aussteht. Frage: Ursache für die steigenden Inzidenzen bzw. für das starke Gefälle zwischen neuen und alten BL? Wird Contact Tracing betrieben?	Hamouda

	Antwort: Deltavariante noch wenig präsent im ostdeutschen Raum, Contact Tracing erweist sich als schwierig, da wenig Kooperationsbereitschaft der Gefragten vorhanden ist. Kommentar: Wichtig zu kommunizieren, dass AHA+L auch für Geimpfte gelten, aber ohne Wirksamkeit in Frage zu stellen. ! Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* ! (nicht berichtet) ! ARS-Daten ! (nicht berichtet) ! Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* ! (nicht berichtet) ! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten *(nur mittwochs)* ! (nicht berichtet) ! Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* ! (nicht berichtet) ! Importierte COVID-19-Fälle aus Spanien: ! Spanien an der Spitze der Exposiionsländer ! Ausbruch in Lloret de Mar: 106 COVID-Fälle. Rückführung nach D in Bussen über Frankreich, da Quarantäne-Kapazitäten vor Ort erschöpft ! Spanien wird bald zum Hochinzidenzgebiet erklärt ! Vorschlag: Folien (hier) an das BMG schicken, um Situation zu verdeutlichen? ! Antwort Frau Hanefeld: spricht Situation beim BMG an und streut Reisehinweise, die in Zusammenarbeit mit P1 erstellt wurden	Maria an der Heiden
2	**Internationales** *(nur freitags)* Ruanda: Austausch Genomsequenzierung Ruanda und Namibia: Entsendung von Emergency Medical Teams Irak: Austausch zu Labor und Sequenzierung, SEEG Mission nach Nordirak Neue **Einreiseverordnung** tritt am 28.7.21 in Kraft, die folgende Änderungen beinhalten wird: **a)** Einreise in Virusvariantengebiete zur humanitären Hilfe erlaubt. **b)** Kategorie ‚Risikogebiet' entfällt, so dass nur noch die beiden Kategorien ‚Virusvariantengebiet' und Hochinzidenzgebiet' verbleiben **c)** Generelle Nachweispflicht aller Einreisenden, unabhängig vom Transportweg ! WHO Emergency Committee Statement beinhaltet 9	ZIG (Hanefeld) Maria an der Heiden

	Empfehlungen, u.a.: **1.** Einhaltung evidenzbasierter nicht-pharmakologischer Maßnahmen **2.** WHO Ziel: 10% Durchimpfung aller Länder weltweit **3.** Maßhalten bei Einreiseeinschränkungen **4.** Community Engagement Link hier: https://www.who.int/news/item/15-07-2021-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Besprechung der aktualisierten Risikobewertung- Dokument hier Streichung des folgenden Satzes bis entsprechende publizierte Daten vorliegen: „Darüber hinaus liegen Daten vor, die auf potenziell schwerere Krankheitsverläufe hinweisen.“ Vorschlag Haas zur Umformulierung im Kommentarfeld abgelehnt	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten neu: Mitteilung der Einschätzung, dass Impfbereitschaft nicht wirklich abnimmt, sondern mit steigender Anzahl Geimpfter, der Anteil der ‚Impfverweigerer‘ bei den Ungeimpften steigt Impfkommunikation wird hochgefahren. Es ist ein Fernsehspot in Arbeit, der ab dem 23.7.21 ausgestrahlt werden soll bzw. schon vorher auf Youtube. Materialanpassung an ein digitales Paket für Universitäten und Hochschulen 1. Kommentar Wieler: Bitte ihm dieses Material zur Verfügung stellen, da er einen Vortrag hält bei der Hochschulrektorenkonferenz und ein Telefonat mit der Kultusministerkonferenz hat. 2. Vorschlag: Hausärzte sollen eine regelmäßige Impfsprechstunde anbieten, um Impfbarrieren zu reduzieren. Thomas Harder (FG33) erklärte sich bereit, dies zu übernehmen. **Presse** Frage: Ist es möglich, die aktuelle Lage im Lagebericht schärfer zu formulieren, um die in der Sitzung deutlich gewordene	BZgA (Dietrich) Presse (Wenchel)

	Besorgnis des Krisenstabs über die aktuelle Lage besser zu transportieren? **P1** nicht berichtet *ToDO* *Aktuelle Lage im Lagebericht schärfer formulieren (Maria an der Heiden, Claudia Sievers)*	P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Auswirkungen die Impfpolitik auf Kinder - Dokument Das Papier (entwickelt von FG32, FG33 und FG36) zählt weitere Faktoren neben der Impfpolitik auf, die ebenfalls eine Rolle spielen. Anschließend nennt es die Datenquellen, die zur Erhebung der o.g. Fragestellung herangezogen werden. Alterseinteilung: <12 Jahre>=, Bei Impfung: 12-17 Jahre Hinweis: Bitte Alterseinteilung konform für das gesamte Haus gestalten. Antwort: Das wird berücksichtigt. Frage: Gibt es eine Möglichkeit der Registrierung der Long-COVID-Fälle, z.B. über eine Meldepflicht? Antwort: Es gibt ein Konsortium, in dem auch FG33 und Abt,2 vertreten sind, die sich mit der Quantifizierung der Long-COVID-Fälle beschäftigen. Der Ansatz geht über die Registerdaten, da man so auch Kontrollgruppen berücksichtigen kann, da Symptome teilweise unspezifisch ***ToDo**:* *Long-COVID berücksichtigen (Buda in Zusammenarbeit mit Abteilung 2)* **RKI-intern** nicht berichtet	FG36 (Buda)

7	**Dokumente** Täglicher Lagebericht: Neues Format und die Verwendung der Hospitalisierung als Kennzahl Lagebericht wird komplett automatisch erstellt und erscheint Mo-Fr Es wird nur noch der 7d-R-Wert angegeben, ab Montag ach der Anteil Hospitalisierter (COVID Hospitalisierungen sind meldepflichtig) 7d-Inzidenz der Hospitalisierungen wird eingeteilt in die Altersgruppen Gesamt und über 60 Jahre Zusätzlich erscheint donnerstags ein wöchentlicher Lagebericht mit den Daten von Dienstag und Mittwoch Er beinhaltet die aktuelle Einordnung, VOC Bericht, Testzahlerfassung, klinische und syndromische Surveillance, Mortalitätssurveillance, Impfmonitoring, Impfdurchbrüche, Ausbrüche in Kitas/ Schulen, Exposition im Ausland *ToDo:* *Bitte an Frau Sievers: Layout für die Hospitalisierungen an Herrn Wieler schicken, der es an den Minister Spahn weiterleitet*	Sievers
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Impfdosen: am Mittwoch wurden 1 Mio. Impfdosen verabreicht Impfdurchbrüche/ Impfeffektivität zeigen keine Auffälligkeiten Ansprache Influencer Szene über Natalie Grams **Impfstoffe** Timeline für die Entwicklung von Impfstoffen für Kinder 12-17-Jährige: BioNtech/Pfizer: bereits zugelassen, Moderna: Ergebnisse in 2022, Novavax: Phase III Ergebnisse in 2023 erwartet Jünger als 12: 6-12-Jährige: AstraZeneca Ergebnisse der Phase II/III Studie zu Herbst 2022 erwartet 0,5-11 Jahre: Biontech/Pfizer: 2. Quartal 2022 und Moderna in 2023 **STIKO** Impfempfehlung für 3. Impfung für Immundefiziente Beratung der STIKO zur Impfempfehlung von 12-17-Jährigen FAQ: Zusatz 4 Wochen bei Genesenen wurde gestrichen und wird auch bei der STIKO eingebracht Frage: Gibt es eine STIKO Empfehlung für Schwangere und Stillende? Antwort: Ist in Arbeit! Frage: Wird es auch eine Empfehlung zur Booster-Impfung für Hochaltrige und Immunoseneszente geben? Antwort: Ist aktuell nicht priorisiert, aber Aspekt der Booster-	FG33 (Harder)

	Impfung für Immunoseneszente wird an STIKO weitergeleitet Frage: Wird ein Proteinimpfstoff für Kinder entwickelt? Antwort: Nein!	
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 565 Proben, davon: 3 SARS-CoV-2 238 Rhinovirus 141 Parainfluenzavirus ~~254~~ 54 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) 3 Metapneumovirus 50% der Proben stammten von Kindern, die jünger als 5 Jahre alt waren **ZBS1** In KW 28 bisher 88 Proben, davon 34 positiv auf SARS-CoV-2 (38,6%)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Therapiehinweise STAKOP: Keine AK Monotherapie mehr empfohlen wegen der Deltavariante Auf vielfältige Nachfrage hin, wird eine englischsprachige Version der Therapiehinweise veröffentlicht	IBBS (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** Frage: §10 Abs. 2 Nr. 1. der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung – SchAusnahmV: „Können die SARS-CoV-2 Varianten Beta und Gamma von dieser Regelung freigestellt werden?“ Antwortentwurf: keine Freistellung von geimpften oder genesenen Personen von der Pflicht zur Absonderung aufgrund eines Kontakts zu einer Person, die mit einer in Deutschland noch nicht verbreitet auftretenden Virusvariante des Coronavirus SARS-CoV-2 mit vom Robert Koch-Institut definierten besorgniserregenden Eigenschaften infiziert ist. Begründung: Beta und Gamma haben eine geringe Prävalenz in Deutschland und das Potential zur Immune-Evasion	Sievers
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* EinreiseV: siehe Punkt Internationales	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* Änderungen internationale Kontaktpersonenmanagement	FG38

	wird an ÖGD kommuniziert	
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Mittwoch, 21.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, (Folien hier) Neue Überblicksfolie aus dem automatisierten Lagebericht, mit ergänzender Kennzahl: Hospitalisierung SurvNet übermittelt: 3.748.613 (+2.203) Fälle, davon 91.416 (+19) Todesfälle, erstmals wieder über 2000 Neumeldungen seit längerer Zeit 7-Tage-Inzidenz: 11,4/100.000 EW, weiterer Anstieg Hospitalisierung: Im Vgl. zu gestern +222 Personen, Inzidenz Gesamtbevölkerung: 0,31/100.000 EW, Inzidenz Altersgruppe ≥ 60 Jahre: 0,99/100.000 EW Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.931.406 (60 %), mit vollständiger Impfung 38.843.476 (46,7%), Zahl täglicher Impfungen weiter rückläufig (insgesamt ~360.000 gestern), 50% vollständige Geimpfte sind noch nicht erreicht Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer Anstieg in allen BL, steiler Anstieg in B (21,8/100.000 EW), deutlich auch in HH und SL, östliche BL weiterhin stabil niedriges Niveau, am niedrigsten MV und SA (3,0/100.000 EW) Geografische Verteilung Anzahl der Kreise mit 0 Fällen nimmt ab, meist östliche BL 2/3 aller LK: 5-25/100.000 EW 18 LK > 25/100.000 EW 1 LK > 50/100.000 EW (Birkenfeld: 63) Inzidenzen in Berliner Bezirken: Friedrichshain/Kreuzberg 40, Marzahn/Hellersdorf 35, Charlottenburg/Wilmersdorf 28/100.000 EW Trend-Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz: deutlicher Trend nach oben (Faktor >2), Anstieg in einzelnen Kreisen um bis zu Faktor 22, allerdings niedriger Ausgangspunkt, daher insgesamt noch keine großen Zahlen Vorwochenvergleich: Zunahme der Inzidenz um 46 % Heatmap (nach Altersgruppe und Meldewoche): steigende Inzidenz bei den 15-30Jährigen (Verdoppelung bei den 15-19Jährigen, Anstieg bei den 25-29Jährigen) Die Entwicklung gleicht der im vergangenen Jahr, allerdings jetzt in KW 28, 2020 erst in KW 34, keine guten Aussichten Zahl der Todesfälle bleibt rückläufig, 350 in den letzten 2 Wo, im Schnitt 170/Woche Expositionsländer importierter Fälle: Import spielt eine zunehmende aber insgesamt noch untergeordnete Rolle An der Spitze ESP mit > 660 Fällen, gefolgt von NLD, HRV, GRC, TUR, RUS, AUT, ITA	AL3 (Hamouda)

	Anteil importierter Fälle an allen Fällen/an allen Fällen mit Angaben an allen Fällen: 11% an allen Fällen mit Angaben: 20% (Wahrheit liegt wahrscheinlich dazwischen, bei 10-20%) Expositionsländer deutlicher Anstieg importierter Fälle aus ESP, geringer Anstieg RUS, Spektrum spiegelt die bevorzugten Urlaubsländer (u.a. FRA, POR) Indikatorenbericht: Hervorzuheben: Indikator „Belastung“ (der Landkreise): LK mit steigender Inzidenz nehmen zu 7-Tage-R-Wert liegt in allen BL >1 (BB 0,95) Ungünstiges Gesamtbild	
	Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) Anzahl stabil im Vgl. zur Vorwoche 592.221 durchgeführte Tests in KW28 Positivenanteil leicht gestiegen: von 1,1 auf 1,6% Kapazitäten so gut wie unverändert, Auslastung <30%,	FG37
	Diskussion Auf der Heatmap dargestellte Entwicklung ist beunruhigend, weitere Zunahme durch Ferienende/Reiserückkehrer zu befürchten Frage: Warum niedrige Zahlen in östlichen BL? Antwort: Vermutlich aufgrund des geringeren Delta-Anteils in diesen BL, dürfte ein vorübergehender Effekt sein, der diese BL im Inzidenzanstieg etwas hinterherhinken lässt Die Großstädte ziehen voran: FFM mir 33/100.000 EW, Düsseldorf 33, Köln 23, die anderen Großstädte zwischen 10 und 20, Dresden und Leipzig <10/100.000EW Vorschlag: Heatmap sollte um eine Woche erweitert werden und könnte dadurch eines ganzen Jahres abbilden, ist eine sehr aussagekräftige, leicht verständliche Darstellung, sollte prominenter präsentiert werden, z.B. auf der Webseite Es gibt eine weitere Parallele zum letzten Jahr: Auch damals haben die Großstädte den Anfang gemacht bei der Inzidenzzunahme, dies sollte eindringlich kommuniziert werden, mit Betonung der Dringlichkeit der Impfung und der Einhaltung der Basishygienemaßnahmen, um eine Wiederholung zu verhindern Frage. Welche Bedeutung hat die Inzidenz noch? Es wurden von RKI-Seite schon immer neben der Inzidenz zahlreiche Indikatoren und Kennzahlen betrachtet Inzidenz zeigt veränderte Risikowahrnehmung und verändertes Risikoverhalten an, bei jungen Erwachsenen finden dadurch Übertragungen statt (z. B. auf Auslandsreisen, und in Großstädten), wenn der Infektionsdruck auf geimpfte vulnerable Personen steigt, nehmen dort die Infektionen zu Zunahme der Übertragungen liegt nicht an der Delta-Variante, sondern am Verhalten, deshalb sollte in der Kommunikation zusätzlich vor allem das richtige Verhalten zur Vermeidung von Übertragungen betont werden: Einhaltung der	Alle Wieler

	Basishygienemaßnahmen und Tragen von Masken In letzter Zeit treten gehäuft Ausbrüche im Rahmen von Sprachreisen und Abi-Fahrten auf, viele Kinder und Jugendlichen kommen als Infizierte oder als Kontaktpersonen zurück, da die Quarantäne vor Ort schwierig ist – könnte die Problematik im Lagebericht thematisiert werden?	FG 38
	Abwendung von der Inzidenz als Indikator wird auch in der Schalte zur Abstimmung der Risiko-, Hochinzidenz- und Virusvariantengebiete diskutiert, hier ist es hilfreich, auf diese speziellen Risikogruppen in der Mobilität hinzuweisen Steigende Inzidenz ist ein Indikator für eine Zunahme Infizierter und damit steigenden Druck auf Geimpfte, da die Impfeffektivität nicht 100% ist, in UK steigt die Zahl der Hospitalisierten, dies wird auch hier so sein In der Diskussion am Montag im BMG (mit J. Spahn) wurde das interessanterweise ähnlich diskutiert	ZIG
	ARS-Daten ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) Weniger Testungen im Krankenhaus, kaum Rückgang in Arztpraxen und anderen Testorten Anstieg des Positivanteils, noch <5%, deutlichster Anstieg in Arztpraxen und an anderen Orten Positivenanteil steigt vor allem bei den 5-14 und den 15-34Jährigen Anzahl der Testungen in allen Altersgruppen in etwa stabil Darstellung über die gesamte Zeit (2/20202-07/2021) Anzahl Testungen bei 0-4 und 5-14Jährigen im Januar stark gesunken, Positivenanteil gleichzeitig gestiegen bei nur geringem Rückgang der positiven Testungen/100.000EW dieser Altersgruppe Daraus ergibt sich: Im Jan/Feb wurden die Kinder zu wenig getestet, in der Kommunikation sollte darauf hingewiesen werden, dass mehr getestet werden sollte, die Kapazitäten sind vorhanden Testungen zu Delta Variante von KW25 zu 26 leichter Anstieg in KW 28 liegt Anteil bei 85% (264 Nachweise) Anteil von B 1.351 (Beta) mit 6,8% fast ebenso hoch wie Alpha mit 7,5% Ausbrüche Alten-/Pflegeheime und KH Es werden weiterhin Ausbrüche in AH gemeldet Deutlicher Anstieg bei Ausbrüchen in KH	FG 37 (Eckmanns)
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) 1. COVID-19-Intensivpflichtige 1. Lage ist weiterhin gut 2. 360 Patienten in Intensivtherapie (1300 Kliniken) 3. Niedriges Belegungsniveau	MF4 (Fischer)

	4. Langsamer Rückgang durch Langliegende (ECMO, invasive Beatmung) 2. Belastung der Bundesländer 1. Fast alle BL liegen unter der 3% Marke (Basisstufe des Control-COVID-Papiers) 2. Ausnahme Berlin: Wahrscheinlich durch Charité verursacht, dort werden überwiegend sehr schwere Fälle versorgt 3. Altersstruktur 1. 34% der Pat. gehören zu den 60-69Jährigen 2. Verschiebung zu jüngeren Altersgruppen 3. Von Mai bis jetzt Rückgang bei den 70-79 und 80+Jährigen, Anstieg bei den 50-59 und 60-69Jährigen 4. Jetzt auch Anstieg bei 40-49Jährigen 4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle 1. Weiterhin wird ein niedriges Belegungsniveau prognostiziert	FG 36 (Buda)
	Syndromische Surveillance bis KW27 ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) GrippeWeb ARE-Rate in KW 28 stabil i. Vgl. zur Vorwoche (3.500/100.000EW) Zunahme durch Lockerungen hat sich mit Ferienbeginn bei Kindern nicht fortgesetzt Anstieg bei >35-Jährigen, auch bei >60Jährigen Risikobewusstsein sinkt ARE-Konsultationen Anzahl ist leicht gesunken, liegt jedoch noch über den Niveaus 2018/19 und 2019/20, könnte ein Aufholeffekt sein In KW 28 760 Konsultationen /100.000 EW, dabei ein Rückgang bei Kindern und ein Anstieg bei 15-34Jährigen ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Zahlen unter dem Niveau der Vorjahre Geringer Rückgang bei Älteren, leichter Anstieg bei 0-4Jährigen SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 Anteil COVID-19 an SARI in stationärer Behandlung: Anstieg auf sehr niedrigem Niveau Anteil COVID-19 an SARI-Intensivfällen: Anstieg auf sehr niedrigem Niveau Anteile bleiben deutlich unter 10% Corona-Kita-Studie Ausbrüche in Kindergärten: weiter rückläufig, 10 Ausbrüche	FG17 (Dürrwald)

	gemeldet oder nachgemeldet In Schulen: 31 Ausbrüche, Entwicklung wird beobachtet **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW27** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) 126 Einsendungen aus 33 Arztpraxen (1 mehr als Vorwoche), leichter Rückgang hier, da einige Praxen in Urlaub sind Altersverteilung 50% der Einsendungen von 0-4Jährigen, alle anderen AG verteilen sich auf die übrigen 50%, geringster Anteil >60Jährige, größter Anteil 5-15Jährige 80% positive Virusnachweise Viruszirkulation (außer Corona) Starker Anstieg bei HRV und PIV, kein HRV-Nachweis bei >60Jährigen, RSV auf niedrigem, jahreszeitlich normalem Niveau, 1 Nachweis bei 0-4Jährigen 1 Sars-CoV-2-Nachweis :33 Jahre, vollständig geimpft, hoher Ct-Wert (39) aber symptomatisch, folglich Virusreproduktion -diese Konstellation ist in Zukunft häufiger zu erwarten (Ärzte fragen, wie damit umzugehen ist) Saisonale Coronaviren: kein NL63-Nachweis, OC 43 < 5% (überwiegend bei > 60Jährigen) **Delta-Variante in Deutschland** (keine Folien) Anteil Delta in KW 27: 83% Anteil Alpha 12% Im Gegensatz zu ARS-Daten: in KW 26/27 kein Nachweis von B1.351 (Beta) Leichter Anstieg von P1 Anteil o.g. VOC >98% Delta hat die Führung übernommen, P1 steigt Bundesländer: leichter P1-Anstieg (RP, SL) an den Grenzen zu Luxemburg, dort P1-Ausbruch im Rahmen des Nationalfeiertags, vorher Delta als häufigste Variante, dies könnte sich wieder zurückregulieren, erklärt den leichten Anstieg in RP und SL **Diskussion** Hinweis zum Pool-Screening: Wurde von C. Drosten kritisch beurteilt, nur bei niedrigen Inzidenzen sinnvoll, in der Fläche als tendenziell nicht umsetzbar dargestellt Gepoolte PCR-Testung in NRW mit guten Ergebnissen flächendeckend eingesetzt, dies zeigt die Machbarkeit BL bringen unterschiedliche Gegenargumente ein, im Vordergrund Kosten Es gibt eine Inzidenzgrenze, ab der zu viele Pools aufgelöst werden müssten, könnte wahrscheinlich berechnet werden Darstellung Michael Müller (ALM): Berechnung zeigt, dass für alle KiTa- und Schulgruppen etwa 800.000 Tests/Woche nötig wären, dies wäre leistbar Diesbezügliche Diskussion für Altenheime hat erst begonnen Es sollte kommuniziert werden, dass auch für Jüngere ein Gesundheitsrisiko besteht (im Durchschnitt 1-2 PIMS-Fälle/Jahr in D, jetzt wurden 380 beobachtet)	FG36 (Kröger) Alle

		Testungen sind definitiv machbar, es ist eine Kostenfrage, Finanzierung ist Ländersache, die Länder rechnen hier leider mit Centbeträgen	Wieler
		Zeitlicher Aufwand in Schulen ist hoch für Antigentest (2 Schulstunden/Woche), für Lolli-Pool-PCR-Tests genügen 2x10 Minuten Gegenstimme: Kapazitäten sind nur ausreichend für Pool-Screening an KiTas und Grundschulen, nicht bei älteren Schülern (aber hier wären ggf. Impfungen möglich)	
		Gespräche mit Minister Spahn sollen belegen, dass eine Expertenberatung in Anspruch wird, Folien werden (wie Presse- und Öffentlichkeitswirksam?) auf die BMG-Webseite gestellt, dieses Forum sollte für die Kommunikation deutlicher Messages über einfache und klare Folien genützt werden, auch die Darstellung zur Machbarkeit des Pool-Screenings könnte dort erscheinen	Hanefeld
		Zwischenfrage: Am 28.07 wird eine neue EinreiseVO veröffentlicht. Es werden nur noch Hochinzidenz- und Virusvariantengebiete ausgewiesen. Hierfür werden viele Faktoren berücksichtigt und verschiedene Datenquellen zusammengeführt. Definition von Virusvariantengebiet soll enger gefasst (auf VOC mit tatsächlichem Risiko beschränkt) werden. Ist es verhältnismäßig, bei einem Beta-Anteil von 10% und 90% Delta ein VV-Gebiet auszuweisen? (Beispiel Länder des südl. Afrika mit Beta =15%, auch Länder im südl. Amerika stehen dadurch unter wirtschaftlichen Druck). Würden diese zu Hochinzidenzgebiet, wäre – ggf. im Widerspruch zu den KoNa-Empfehlungen - keine 14-tägige Quarantäne angeordnet. Wie ist die Haltung hierzu? Wird, unter der Voraussetzung, dass das Infektionsgeschehen vor Ort berücksichtigt wird, allgemein als gangbarer Weg beurteilt, da die 14-tägige Quarantäneempfehlung im KoNa-Dokument nur für Kontakt mit <u>nachgewiesenem</u> Delta-Quellfall gilt, nicht bei V.a., und somit kein Widerspruch entsteht. Pool-Screening: Was sind konkret die Erfolge in NRW? Könnte man ähnliche Ergebnisse durch Testung aller symptomatischen SchülerInnen erzielen? In NRW werden GA-Daten erhoben, um Folgefälle festzustellen, innerhalb der Einrichtungen wurden kaum Folgefälle festgestellt, Übertragungen also vermieden Pooling-Methode ist verbessert, durch einführen aller Tupfer in ein Lösungsröhrchen wird eine Verdünnungseffekt vermieden, sehr frühe Detektion (bereits ab 100 Kopien) möglich Schule mit definierten Gruppen ist ideales Pool-Setting, erst bei Symptomatik zu testen, ist zu spät GÄ geben bei „wie wurde der Fall bekannt“ derzeit am häufigsten „Reihentest/Screening“ an Neues Thema: BMG-Morgenlage und GM-Konferenz äußern den Wunsch nach einem aktuellen Indikatoren-Set für die gezielte Ergreifung von Maßnahmen im Herbst/Winter (Anpassung an Delta). Auch in der AGI wurde ein Herbst/Winter-Strategiewechsel	Hamouda

diskutiert, auch eine Unter-AG gebildet, dort heterogenes Meinungsbild der BL, Schwierigkeit in den BL breite Akzeptanz für abgestimmte Maßnahmen zu erreichen
Das Papier „Vorbereitung auf den Herbst“ erscheint, mit BMG abgestimmt, demnächst auf der RKI-Webseite, das Indikatorset könnte eine Aufgabe für FG 36 werden
Wiederspruch: Wunsch nach Indikatoren und klaren Grenzwerten ist verständlich, jedoch nicht erfüllbar, Inzidenz ist der schnellste aller Indikatoren, die Hospitalisierung folgt später. Ein neuer Stufenplan mit definierten Grenzwerten kann aufgrund der vielen unbekannten Variablen, die im Spiel sind, derzeit nicht festgelegt werden. Es ist eine Anpassung an die jeweilige, derzeit nicht vorhersehbare Situation erforderlich
Allg. Zustimmung, ggf. soll der gegenwärtige Stufenplan, überarbeitet und angepasst, angeboten werden
Frage: Wenn die Pooltestung sich als so erfolgreiche erweist, widerspricht das unserer bisherigen Testempfehlung zur Testung Symptomatischer? Antwort: Beides ergänzt sich (u.a. abhängig vom Setting)

! **Vorstellung zweier Studien aus Kanada und Schottland zum Vergleich der Krankheitsschwere von Alpha und Delta** (Folien hier)

1. Schottland: Sheikh et al., Lancet 2021. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext
    1. Zeitraum 01.04. - 06-06.2021
    2. Healthcare Datensätze von 99% der schottischen Bevölkerung
    3. Definition Delta: S-Gen positive Proben
    4. 19.543 SARS-CoV-2-Infektionen, 7.723 S-Gen positiv
    5. 377 Hospitalisierungen (innerhalb 14 Tagen nach Test)
    6. Adjustiertes (Alter, Geschlecht, Zeit und Komorbiditäten) Ergebnis: Doppeltes Hospitalisierungsrisiko bei Delta (auch als Hospitalisierungsrate /100 Personenjahre angegeben: 36,2 (Alpha) vs. 62,4 (Delta)
2. Kanada: Fisman & Tuite medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.05.21260050
    1. Zeitraum 07.02. – 22.06.2021
    2. Retrospektive Kohorte aller SARS-CoV-2 Fälle in der Provinz Ontario

	3. 211.197 SARS-CoV-2-Infektionen, ~43.100 non-VOC, ~162.500 N501Y-VOC, ~5.600 Delta 4. 11.000 hospitalisiert, 2.300 ITS, 1.800 Tod 5. Adjustierte Odds für Hospitalisierung: Delta/Alpha 1,5 für IST: Delta/Alpha 2 für Tod: Delta/Alpha 1,6 3. Zusammenfassung: VOC-Infektionen sind in beiden Studien mit einem erhöhten Risiko von Hosp/ITS/Tod verbunden, dabei gilt non-VOC<Alpha<Delta 4. Impfdaten wurden nicht berücksichtigt 5. Sollte das Risiko deutlicher kommuniziert werden? **Diskussion** Erstautor mit Interessenkonflikt (AstraZeneca)? Daten schwierig zu beurteilen: Bei hoher Inzidenz führen hohe Viruslasten zu schwereren Krankheitsverläufen. Studien aus Deutschland mit kontrollierter Datenerhebung wären wünschenswert Möglicher Publikationsbias, Thema ist derzeit von großem Interesse In Deutschland sehen wir einen Shift von Delta zu jüngeren Altersgruppen, bei Hospitalisierungen in jüngeren Altersgruppen ist Delta etwas höher als Alpha, bei Hospitalisierungen in älteren Altersgruppen ist Alpha etwas häufiger als Delta, extrem schwierige Beurteilung durch unterschiedliche Phasen, wir vergleichen verschiedene Wellen mit unterschiedlicher Präsenz/Dominanz einzelner Varianten Verschiedene Phasen und verschiedene Kollektive werden verglichen, dadurch ist die Datenqualität der Studien schwer zu beurteilen, kann als Hinweis gewertet werden, noch keine ausreichende Datengrundlage Frage: Gibt es Studien, die für Delta eine <u>geringere</u> Krankheitslast zeigen? Wohl nicht, daher sollte man in der Kommunikation auch nicht zu vorsichtig sein Der Hinweis auf schwerere Erkrankungen durch Delta war früher ein Bestandteil der Risikobewertung, ist derzeit jedoch nicht enthalten PH-England hat bisher noch keine eindeutige diesbezügliche Stellungnahme veröffentlicht	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	ZIG

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** (nicht besprochen)	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** Ein neues Merkblatt ist erschienen: Entscheidungshilfe zur COVID-Impfung 12-17Jähriger : https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/schutzimpfung/Impfreihenfolge-und-ablauf.html#c15770 Derzeit erreichen die BZgA viele Bürgeranfragen: Brauchen Genesene mit einer Impfung 14 Tage Abstand, um vollständig geimpft zu sein? Genesene können laut aktueller Empfehlung schon nach 4 Wochen geimpft werden, dies ist in den Apps noch nicht aktualisiert. Genesene brauchen nach der einmaligen Impfung keine Wartezeit von 14 Tagen bis zum vollständigen Schutz, wenn sie innerhalb der 6 Monate nach Infektion geimpft werden, sie sind durch die Infektion geschützt, durch die Impfung entsteht kein unterbrochener Impfschutz Die technische Anpassung ist in Bearbeitung und wird nach einer kurzen Übergangszeit erfolgen (derzeit kann die App noch nicht differenzieren zwischen einmaliger Impfung J&J mit 14 Tagen Wartezeit und einmaliger Impfung nach Genesung ohne Wartezeit) **Presse** „Vorbereitung auf den Herbst/Winter“ Papier steht vor der finalen Freigabe Heatmap wird getweetet Auf das „Vorbereitung auf den Herbst/Winter“ Papier wird hingewiesen Die Bedeutung des Verhaltens für die Übertragung und die Krankheitsrisiken auch für Jüngere werden adressiert Hinweis: Über die derzeitigen Hygieneempfehlungen im Flyer (AHA+L und Masken nur für nicht Geimpfte) hinaus sollte für Herbst/Winter ein MNS für alle empfohlen werden, als Fremd- und Eigenschutz zusätzlich zur Impfung	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Wenchel) P1 (Leuker) Buda

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht besprochen) **RKI-intern** (nicht besprochen)	alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht besprochen)	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38
15	**Wichtige Termine** Donnerstag 22.07.2021 UAS Pandemie des Gesundheitsausschusses des Bundestags Teilnahme: Osamah Hamouda	Alle
16	**Andere Themen** (keine) Nächste Sitzung: Freitag, 23.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:48

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 23.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! BZgA
  - Martin Dietrich
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* ! Datenstand: WHO, 22.07.2021, Folien hier ! 191.773.590 Fälle (+ 8,3 % im Vergleich zu Vorwoche) ! 4.127.963 Todesfälle (2,2 %) ! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ○ Platz 1 - UK: aktuelle Inzidenz von ca. 486/100.000 Einw., Anstieg auch weiterhin, derzeit um 36 % im Vgl. zu Vorwoche ○ Platz 2 - Indonesien: derzeit stagnierende Inzidenz ○ Platz 3 - USA: Anstieg der Inzidenz um 54,2 % im Vgl. zur Vorwoche ○ Steigende Inzidenzen ebenfalls im Iran (+ 19,7 %) ○ In Spanien geringerer Anstieg (+ 4,8 %) der Inzidenz als in den Vorwochen, wird voraussichtl. zum Hochrisikogebiet erklärt trotz vergleichsweise starker Durchimpfung ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. weltweit nahezu unverändert ! Fall- und Todeszahlen weltweit (WHO SitRep, 20.07.2021): ○ Weltweite Fallzahlen derzeit weiter steigend ○ Trend der letzten 5 Wochen setzt sich fort ○ Fallzahlen der letzten 7 Tage verteilen sich relativ gleichmäßig, stärkste Steigerung in Europa mit 21 % und Western Pacific mit 30 % ○ Höchste Todesfallzahlen der letzten 7 Tage in amerikanischen Ländern (derzeit 39 %) ! COVID-19/ Niederlande / Hospitalisierung / Alter ○ Krankenhausaufnahmen nach Altersgruppe (AG) und Zeit: ansteigender Trend der allgemeinen Krankenhausaufnahmen in allen AG außer bei den < 20-Jährigen, höchster Anstieg in der AG der Hochaltrigen ○ ITS-Aufnahmen nach AG und Zeit: erneut langsam ansteigend, hier vor allem in der AG der 40 – 49 und 30-39-Jährigen (nicht in der AG der Hochaltrigen), weiter zu beobachten ! COVID-19/ Portugal / Hospitalisierung / Alter ○ Höchster Anteil an allgemeinen Krankenhausaufnahmen (GW – General Wards) in der AG der > 80-Jährigen (22,4 %), höchster Aufnahmeanteil bei ITS allerdings AG der 40-49-Jährigen (30,4 %) ○ Fälle unter Geimpften (EWRS): ▪ 3.805.467 vollständig Geimpfte in Portugal (14 d) ▪ Darunter 8.007 Fälle (0,21 %) ▪ Darunter wiederum 81 hospitalisierte Fälle ! COVID-19/ UK / Hospitalisierung /Alter ○ Datenquelle Office for National Statistics and PHE – Technical Briefing heute noch nicht veröffentlicht ○ Infektionen: Dominanz Schuljahrgang 12 bis 24 Jahre	ZIG1 (Rohde)

	○ Krankenhausaufnahmen: Dominanz >85-Jährige ○ Todesfälle: Dominanz älterer AG ○ Anm.: Datengrundlage von UK ONS bis 11.07. ! Delta – Variante / Krankheitsschwere ○ WHO-Einschätzung angepasst: in aktuellem SitRep erhöhtes Hospitalisierungsrisiko ausgewiesen, basierend auf zwei Publikationen (Preprint Kanada, aktuelles Technical Briefing) ! Montag Schaltung mit Staatskanzleien und Kabinett/BW ! key message: trotz hoher Impfraten nicht nur hohe Inzidenz sondern auch hohe Hospitalisierungsraten zu befürchten (siehe aktuell UK, NL, Spanien - Länder mit hoher Impfrate; in Dänemark Hospitalisierungsraten ebenfalls stiegend) ! Zahlen zu Libyen (hohe Inzidenz bei vergleichsweise niedriger Inzidenz in Nachbarländern): täglich 7 Tests/1.000 Einw. und 33 % Positivenanteil. Tunesien täglich 20 Tests/1.000 Einw. und 22 % Positivenanteil (Datenstand 12.07.2021), siehe Dashboard WHO **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier ○ SurvNet übermittelt: 3.752.592 (+2.089), davon 91.492 (+34) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 13,2/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 50.262.310 (60,4 %), mit vollständiger Impfung 39.896.523 (48 %) ! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: ○ Skala bis Inzidenz von 25, dennoch deutlich, wie Inzidenz in westlichen BuLä ansteigt, während sie in östlichen BuLä stagniert ○ Saarland: nebst Delta-Variante auch P1 (Gamma) stark vertreten, sollte beobachtet werden, Anm.: P1 wird auf Lux zurückgeführt (singuläres Ereignis aufgrund eines Ausbruchs mit P1 durch Feiertag, keine Verdrängung der Delta-Variante) ○ https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B77-Bevoelkerungsdichte-Kreise.html ! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) ○ Zahl der LK ohne gemeldete Fälle rückläufig ○ Hier ebenfalls höhere Fallzahlen in westlichen BuLä sichtbar (Populationsdichte, Industrie), v.a. Solingen (Inz.: 67,8) und Kaiserslautern (57,0) ! Trend – Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz ○ Zunahme um >Faktor 2 in Magenta, größerer Anstieg im Vgl. zur Vorwoche auch hier bspw. in Solingen (von 19 auf 108 Fälle) ! Wochenvergleich der 7-Tage Inzidenz ○ Derzeit > 10.000 Fälle, Zunahme um ca. 42 % im Vgl. zur Vorwoche ! Expositionsländer importierter Fälle	Abt. 3 (Hamouda)

	○ Importzahlen auf letzte 14 Tage bezogen: v.a. aus Spanien (mit zunehmender Tendenz, derzeit 737 importiere Fälle), NL, Türkei, Griechenland, Kroatien ! Indikatorbericht für die Bundesländer: bereits kommuniziert ! Wöchentliche Sterbefallzahlen Deutschland ○ Weiter rückläufig, derzeit im Rahmen üblicher Mortalität der Vorjahre ○ Anmerkung: Berichtszeitraum bezieht nicht mehr 2020 mit ein ! 7-Tage-Inzidenz pro AG nach Bundesländern (Heatmap): in Berlin bei 20-25-Jährigen Inzidenz bereits im 60er-Bereich, auch in HH und NRW deutlich höhere Inzidenz bei jungen Erwachsenen als im Bundesdurchschnitt, in BuLä mit geringen Fallzahlen wie Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen oder Brandenburg Inzidenz bei jungen Erwachsenen niedriger als im Bundesdurchschnitt ! 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz pro AG (Heatmap): erster Entwurf analog zur 7-Tages-Inzidenz: in zweiter Welle v.a. Hochaltrige betroffen, in dritter Welle durch Impfung abgefangen, momentan sehr niedrig ! 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz pro AG (Heatmap) nach Bundesland: in Bremen, HH, Niedersachsen geringere Hospitalisierungsraten verzeichnet, diese Länder zeigen jedoch geringste Vollständigkeit der Angaben zur Hospitalisierung (cave: Verzerrung somit nicht auszuschließen), sollte durch neue MeldeVO an Vollständigkeit zunehmen ! Diskussion: kann die vierte Welle bereits als begonnen definiert werden? ○ Grundsätzliche Zustimmung ○ Sollte allerdings ggf. mit Einschränkung kommuniziert werden („am Beginn"), aber: Verzug zu Beachten (Zeitpunkt Ansteckung bis Meldung / Meldeverzug, bei derzeitiger Verdopplungsrate in praxi weitaus höher als ausgewiesen) ○ Alte Zielstellung „flatten the curve" zu kommunizieren, auch mit Blick auf Entwicklung in der UK **Modellierungen** ! Nicht berichtet	
2	**Internationales** *(nur freitags)* **Neue EinreiseVO** ! Gestern veröffentlicht worden ! U.a. war der zweite Teil ausführlich kommentiert worden ! Vereinfachung des Systems / Entfallen der Risikogebiete ist nicht akzeptiert worden ! Vielmehr handelt es sich um eine Verlängerung der bisherigen EinreiseVO ! Dreispurige Aufteilung (Risiko-, Hochinzidenz- und	ZIG (Hanefeld)

	Virusvarianten-Gebiet) ist beibehalten worden ! Entlistung von Ländern Südafrikas als Virusvariantengebiet kommende Woche angestrebt aufgrund der großflächigen Ausbreitung der Delta-Variante (epidemiologischer Anstieg auf Ausbreitung der Delta-Variante zurückzuführen) ! Entlistung auch für humanitäre Einsätze aufgrund von Quarantänezeiten von Relevanz: derzeit Hilfeersuchen aus Namibia weiter in Bearbeitung sowie ein Einsatz in Ruanda in Diskussion ! In Südamerika wächst politischer Druck aufgrund der Reisebeschränkungen durch Ausweisung als Risikovariantengebiet (Verbreitung der Gamma-Variante) ! Anmerkung in EinreiseVO vorhanden, dass das RKI auf der Website ausweist, welche Virusvarianten Immune Escape-Potential besitzen o Austausch dazu mit BMG erfolgt, BMG wünscht Aussage dazu, ob Beta- und Gamma-Variante Immune Escape-Potential besitzen o Evidenzlage ändert sich laufend, Ausweisung wäre mit sehr viel Aufwand und Kontroversen verbunden o Es ist nicht Aufgabe des RKI, Impfstoffwirkungen bzw. Escape-Varianten für Impfstoffe auszuweisen bzw. eine eigene Einschätzung dazu vorzunehmen, welcher Impfstoff gegen welche Variante wirksam ist o Auftrag ist in kleinerer Runde mit FG17 und FG33 zu besprechen (Vorschlag, Montag mit Herrn Wichmann einen Vorschlag zu diskutieren) o ECDC-Tabelle: Spalte „Evidence for impact on immunity“ in der Variantentabelle o Bei Pressestelle bereits erste Bürgeranfragen dazu, wo diese Daten zu finden seien	

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Synergien zwischen Projekten wie CWA und CovPass weiten sich aus Volumen aktueller Projekte (u.a. CWA, CovPass, SORMAS, DEMIS) zu hoch DEA: Beauftragung der Jülich Company seitens BMG zu Kompatibilitätsfragestellung, führt zu vielen Hürden (Datenbefugnisse fraglich etc.) Umsetzung der Handhabung von Genesenen in CovPass und Abbildung der Varianten in CWA mit Herausforderungen verbunden Impfzertifikatausstellung durch Apotheken aufgrund zweier Vorfälle der Erschleichung von Zertifikaten gestoppt, Aufklärung soweit erfolgt, Wiederaufnahmezeitpunkt der Ausstellung jedoch unklar ! CovPass durch IBM ausgestellt, Hürden in der Zusammenarbeit Digitale Impfzertifikate bereits häufig für digitale Einreiseanmeldung erforderlich (Impfpass-Foto-Upload nicht fälschungssicher, daher durch einige Gesundheitsämter ausschließlich Akzeptanz des QR-Codes) Für die baldige Impfung durch ca. 400 Gesundheitsämter sind auch die Zertifikate und die CWA- / IT-Strukturen anzupassen DEMIS und weitere digitale Projekte rücken langsam in de Fokus der öffentlichen Wahrnehmung, Erwartungen steigen, Unterstützung von außen zur Umsetzung Gesundheitsämter und digitale Projekte = Schlüsselfunktionen der Zukunft Herr Wieler hatte Abteilungsleitender aufgefordert, allen FG-Leitungen die neue, bereits beschiedene Struktur von MFI darzulegen - zwei Unterabteilungen: FG IT und ein FG für Management digitaler Projekte, zwecks Ressourcenbündelung schließen sich Herr Wieler, Herr Hamouda und Herr Schmich kurz	FG21 (Schmich)
4	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht berichtet	
5	**Kommunikation** **BZgA** Veröffentlichung des TV-Spots zum Impfen: heute zunächst auf digitalen Kanälen und privaten Sendern, ggf. auch über öffentlich-rechtliche Sender als politisches Signal https://www.youtube.com/watch?v=tC0wkfwVUS0 360° Agile Kommunikationskonzeption (15/ 30 /60 sec für verschiedene Formate, geobasiert auf Social Media zur Verbreitung) Mittwoch: Termin mit Migrationsbeauftragten zur Impfakzeptanz ! Bereitstellung digitaler Pakete für die Länder mit speziell auf diese Personenkreise zugeschnitten	BZgA (Dietrich)

	Formaten (Sprache, Detailgrad, Medienplattformen: differenzierte Betrachtung erforderlich) ! Verbreitung auf Landesebene Zentrale Aspekte: Vertrauen und Risikowahrnehmung Schulferienende: zentrale Informationsangebote für Schulen werden vorbereitet unabhängig der landesspezifischen Konzepte Betroffenendokumentationen (v.a. auch von jüngeren Bevölkerungsgruppen) könnten erneut zirkuliert und auf Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zugeschnitten werden, um das Risikobewusstsein zu fördern **Presse** Nicht berichtet bzw. siehe TOP 6, RKI-intern **P1** Nicht berichtet	Presse (Wenchel) P1 (Lein)
6	Erlass von gestern, bis 30.07. zu bearbeiten: Einordnung der Aussagekraft der Inzidenzen und Hospitalisierungsraten bei steigenden Impfquoten ! Maße der Einschätzung erforderlich Tagung Untergruppe AGI zu Strategiewechsel vergangenen Dienstag, Austausch mit Herrn Rottmann und Holtherm sowie Herrn Haas und Frau Buda ControlCovid war Evidenz-basiert, Evidenz für Delta-Variante noch nicht ausreichend vorhanden Schwierigkeit, dass Länder klare, justiziable Indikatoren wünschen, während lokale Gegebenheiten einen erheblichen Einfluss besitzen ! Grenzwertfestlegung schwierig ! neuer Rahmen auf Basis des ControlCovid-Papiers erarbeitet, da diese Indikatoren weiterhin - auch unabhängig der Impfung - gültig sind Leitindikatoren: 1. 7-Tages-Inzidenz als Maß für Ausbreitungsgeschwindigkeit 2. Hospitalisierungsrate der AG > 60 als Maß für Krankheitsschwere 3. Anteil Covid-Fälle an allen ITS-Fällen als Maß für Krankenhausversorgung/Auslastung Wechsel der Warnstufe nur dann, wenn mind. zwei der drei Leitindikatoren festgelegte Kriterien erfüllen Unabhängig von den verschiedenen Stufen sind Präventionsmaßnahmen einzuhalten bzw. anzustreben: vollständige Immunisierung, AHA-Regeln etc. Grafische Ausarbeitung mit P1 geplant RKI weist die Anzahl der asymptomatischen und symptomatischen COVID-19 Fälle mit abgeschlossener Impfserie und einem Mindestabstand von 14 Tagen zwischen Erkrankungsbeginn bzw. Diagnose nach der letzten Impfung	FG38 (Hamouda)

aus (Wochenbericht S.18 erste Zeile Covid-19 Fälle mit vollständiger Impfung – auch alle asymptomatischen Fälle, in der Zeile darunter werden symptomatische Fälle/Impfdurchbrüche ausgewiesen)
Altersspezifische Umsetzung von Inzidenzen nicht umsetzbar (zu geringe Datenlage, zu viele Variablen)
Geschwindigkeit der Ausbreitung, Schwere der Belastung des Gesundheitssystems und Grenzen der KP-Nachverfolgung als Parameter der Belastung der Gesundheitsämter ! Basis für lokale Behörden, lokale Maßnahmen zu beschließen
Hospitalisierung der AG > 60 Jahre sensitiverer Indikator trotz Impfung v.a. auch dieser AG und Verschiebung der Inzidenzen und Hospitalisierungsraten hin zu jüngeren AG
Laut Modellierung ist diese AG weiterhin bei steigender Inzidenz die AG, die am häufigsten hospitalisiert würde, ein geringerer Wert für Hospitalisierung insgesamt muss berücksichtigt werden, daher ist dieser Indikator weiterhin sinnvoll und somit ggf. sensitiver, zudem werden beide (Gesamtbevölkerungsinzidenz und Inzidenz AG 60 +) im Lagebericht ausgewiesen
Nachtrag: Infektionen nach Impfung in UK: Prozent Positive nach vollständiger Impfung bei AZ 0,1 % und bei Biontech 0.1 %; Analyse der Daten Dezember 2020 - Ende Mai 2021 (Delta dominant)
https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19infectionsurveytechnicalarticleanalysisofpositivityaftervaccination/june2021

RKI-intern

Anfragen an Fachgebiete durch Presse/Fachöffentlichkeit – wie sind diese zu reduzieren
FG33: bei bestimmten Anfragetypen Verwendung von Standardschreiben
Zirkulieren der Standardschreiben wenig sinnvoll, da schnell veraltet und in großer Zahl vorhanden
IBBS:
Therapieanfragen ! Gründung „Beratungsnetzwerk“ (Anfragen erheblich gesunken, regelmäßig bis zu 300 Teilnehmende);
Austausch mit Fachgesellschaften ! konzertiert in wöchentlichen Telefonkonferenzen;
Einzelfallanfragen ! „Praxisberichte von Klinikern für Kliniker“ zusätzlich zu Übersichtsberichten
Presse und Rechtsreferat: standardisierte Antworten sollten an frühe Stelle gesetzt werden
Antworten auf einzelne medizinische oder statistische Anfragen nicht umsetzbar, dazu viele als IFG-Anfragen getarnte Recherche-Aufträge ! über L zurück an Lagezentrum und Presse
Anfragen, die bei einzelnen OEs eintreffen, können ggf. an Presse zurückgeschickt werden mit der Bitte um freundliche

	Absage Es wird darum gebeten, daran zu denken, dass jede Abbildung, die rausgeschickt wird, zu weiteren Anfragen führt, bspw. nach Rohdaten (viele Abbildungen sind mit Verweis auf das Dashboard zu finden) Es sollte, wenn möglich, insgesamt vermehrt auf das Dashboard verwiesen werden Diskussion der Übereinstimmung des internen RKI-Hygienekonzeptes mit externem Konzept gesondert oder kommenden Mittwoch zu führen (Bspw. AHA plus L-Regel; MNS in geschlossen Räumen bei ausschließlicher Anwesenheit Geimpfter nicht erforderlich)	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* Nicht berichtet	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! STIKO-Beratung zur Impfung der 12-17-Jährigen am Mittwoch erfolgt, erneut am folgenden Mittwoch zu Modellierungen ihres möglichen Impacts auf den Pandemieverlauf ! Zulassung von Moderna für 12-17-Jährige für heute oder Montag erwartet, nach BioNTech/Pfizer zweite Zulassung ! Genauere Beobachtung der Impfdurchbrüche bei Jansen, derzeit unauffällig und keine Hinweise auf Waning, Kontakt zu PEI und Rückmeldung bei Veränderung ! Anm.: Waning der Immunität in Modellierung ggf. zu berücksichtigen, da neutralisierende AK mehr Schutz vor Transmission vermitteln als T-Zellen; STIKO-Modellierung allerdings basierend auf Evidenz aus klinischen Studien, daher noch kein Waning berücksichtigt	FG33 (Harder)
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** Mittwoch ausführlich berichtet, derzeit v.a. Rhinoviren und Parainfluenzaviren im Sentinel **ZBS1** Von 149 Fällen 77 positiv (ca. 52 %), bei allen Positivproben Hinweise auf das Vorliegen der Delta-Variante Bislang 323 Proben von Impfdurchbrüchen, seit Anfang/Mitte Juni hier fast ausschließliches Vorliegen der Delta-Variante	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* Nicht berichtet	IBBS (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* Nicht berichtet	Alle
12	**Surveillance** *(nur freitags)* Nicht berichtet	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* Desinfektion von Flugzeugen nach IATA Direktive (ZIKA-Erfahrung, Desinfektion nach 7 Tagen, Einflug nicht ohne Desinfektionsbescheinigung möglich), Diskussion anberaumt	FG38 (an der Heiden)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* Internationale Kommunikation weiterhin sehr auslastend trotz Priorisierungsanstrengungen Wochenbericht von gestern wurde sehr gut angenommen, vielfach zitiert, viele Berichte zu neuer Strategie	FG38 (an der Heiden) Presse (Wenchel)
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:19 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Mittwoch, 28.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
  -
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! P1
  - John Gubernath
- ! P4
  - Susi Gottwald
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Christoph Peter

Protokoll:
Maren Imhoff, ZfKD/FG38

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, (Folien hier) SurvNet übermittelt: 3.761.169 (+2.768) Fälle, davon 91.586 (+21) Todesfälle Zunahme hat sich verlangsamt (s. Wochenvergleich) 7-Tage-R-Wert = 1,07 Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Aufspaltung alte/neue BL: Anstieg in neuen BL auf niedrigem Niveau; BL mit höchsten Inzidenzen: HH, BE, HB, SL Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz: Anteil Kreise mit niedriger Inzidenz sinkt; ca. 10 % > 25/100.000; 2 Kreise (LK Lüneburg, SK Solingen) > 50/100.000 Trend-Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz: Inzidenzanstieg gegenüber Vorwoche teilweise um Faktor 5 und höher (LK Mecklenburgische Seenplatte: Faktor 21,0; LK Miltenberg: Faktor 8,3); Kreise mit bedeutendem Inzidenzanstieg über gesamtes Bundesgebiet verteilt; Küste mit deutlichem relativem Anstieg, absolute Fallzahlen gering Wochenvergleich der 7-Tage-Inzidenz: Zunahme um 21 % (aktuelle Woche: 15/100.000, Vorwoche: 12,4/100.000); Anstieg hat sich verlangsamt Todesfälle während der letzten 14 Tage nach Landkreis: Todesfälle weiter auf niedrigem Niveau, ca. 150/Woche 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap): deutliche Zunahme in Altersgruppen 15-30 J., höchste 7TI in AG 20-24 (45/100.000) und AG 15-19 (40/100.000).; in 2021 deutlich kürzere Phase mit niedriger Inzidenz als 2020 (in KW 30/2020 in allen AG 7TI < 10) 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter COVID-19-Fälle nach LK: 7TI insgesamt sehr niedrig; kleine absolute Fallzahländerungen bewirken Inzidenzsprünge Verlauf 7-Tage-Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle, Juni-Juli 2021: 7TI in allen Altersgruppen < 1/100.000 Expositionsländer importierter Fälle: in den letzten 14 Tagen zunehmend Fälle mit Exposition im Ausland; Anteil an Fällen *mit* Angaben zum Expositionsort: 20 % (Anteil gesamt: 10 %); Länder mit den meisten Nennungen: ES (n=762), TR (220), GR (155), HR (153) **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* (Folien hier) Anzahl Testungen -2 % im Vergleich zur Vorwoche Positivenanteil angestiegen:	AL3 (Hamouda)

	Testkapazität unverändert Vergleich mit Vorjahr: in 2020 lag der Positivenanteil über einen Zeitraum von 13 Wochen < 1 %, in 2021 lag er für einen wesentlich kürzeren Zeitraum von 2 (??) Wochen < 1 % Anteil VOC: 95 %, Delta > 90 % **Diskussion** Anstieg der Gamma-Variante in Nachbarregionen zu Luxemburg: kann auf umschriebene Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit dem Nationalfeiertag zurückgeführt werden, Delta scheint sich hier wieder durchzusetzen (Information aus EpiLag) Auswirkungen der Flutkatastrophe: schwer einzuschätzen entscheidend für Übertragungen ist nicht der Aufenthaltsort, sondern das Verhalten	
	ARS-Daten ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) seit KW26 Verdopplung der Positivenanteile (KW29: 1,5 %) in den letzten Wochen deutlicher Rückgang bei Testungen in Testzentren/GÄ (Kategorie „Andere“) Personen in der AG > 80 J. werden überwiegend in KH getestet, sie sind die am häufigsten getestete AG und die AG mit dem niedrigsten Positivenanteil Anstieg des Positivenanteils in AG 15-34 J. (KW29: knapp 10/100.000) Anteil Delta seit KW26 > 50 %, in KW29 knapp 90 % Ausbrüche in Alten-/Pflegeheimen und KH: leichte Zunahme im Vergleich zur Vorwoche (med. Einrichtungen: 8; Pflegeeinrichtungen: 3) **Diskussion** Ist der Impfstatus der Betroffenen bei Ausbrüchen in Pflegeheimen bekannt? - kann nachgereicht werden; aktuell ist nichts über vermehrte Impfdurchbrüche in Heimen bekannt	FG37 (Abu Sin)
!	**Zahlen zum DIVI-Intensivregister** ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) 1. COVID-19-Intensivpflichtige 1. 28.07.21: 363 COVID19-Patient*innen auf ITS 2. weiterhin niedriges Belegungsniveau, aber es zeichnet sich eine Trendwende ab 3. leichte Beatmungsfälle anteilig zunehmend 2. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: überwiegend < 3 %, auffälliger Anstieg in HH 3. Altersstruktur: Verschiebung in jüngere AG, Zunahme der absoluten Zahlen in AG 30-39 J. und AG 18-29 J.; anteilig AG 60-69 J. (ca. 32 %) und AG 50-59 J. (ca. 22 %) am stärksten betroffen	MF4 (Fischer)

	4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle (SPoCK): es wird eine (geringe) Zunahme des Belegungsniveaus prognostiziert, v. a. in Kleeblatt Nord und Kleeblatt Süd-West **Diskussion** Ist etwas darüber bekannt, ob leichter erkrankte Personen jetzt früher auf ITS behandelt werden? – Anstieg der ITS-Fälle bei jüngeren Personen häufig darauf zurückzuführen, dass sie die Normalstation „überspringen“ und sofort auf ITS behandelt werden.	FG36 (Buda)
	Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) GrippeWeb: ARE-Rate in KW29 stabil i. Vgl. zur Vorwoche (Vorwoche: ca. 3.500/100.000; aktuelle Woche: ca. 3.200/100.000), Anstieg der vergangenen Wochen hat sich nicht weiter fortgesetzt ARE-Konsultationen: Anstieg hat sich nicht fortgesetzt, in KW29 ca. 780 Konsultationen/100.000; in AG 5-14 J. im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (ca. KW25/26) deutlich mehr Konsultationen (2020: ca. 1.000/100.000; 2021: ca. 1.500/100.000) ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Zahlen mit Ausnahme der AG 0-4 J. auf niedrigem Niveau; verantwortliche(r) Erreger in AG 0-4 J. unklar SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 bis KW 29: Anteil COVID-19 an SARI in stat. Behandlung steigt an (8 %); Anteil COVID19 an SARI-ITS-Fällen in KW 29 bei 20 % Ausbrüche in Kitas: seit Mitte Juni < 15 Ausbrüche/Woche Ausbrüche in Schulen: viele nachträgliche Übermittlungen; aktuell wenige Ausbrüche; zunehmend betroffene Altersgruppe: 11-14 J. **Diskussion** regionale Verteilung der SARI-Fälle bekannt? kann über PLZ des Wohnortes ermittelt werden, bei der Interpretation zu beachten: insgesamt sehr kleine absolute Zahlen	FG17 (Dürrwald)
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) Ferienzeit macht sich bemerkbar: 97 Einsendungen in KW 29 (33 weniger als in der Vorwoche, Rückgang einsendender Arztpraxen um -19) 77 % positive Virusnachweise (-3 %), kein SARS-CoV-2, keine Influenzaviren; mehrere Mehrfachinfektionen nachgewiesen, verteilt über unterschiedliche Altersgruppen PIV in KW29: PIV macht erstmals höchsten Anteil der Nachweise aus (knapp 50 %); ausschließlich PIV3 fehlende Basisimmunität Altersverteilung KW29: in AG 16-34 J. bei > 60 % der Einsendungen HRV nachgewiesen, bei < 10 % PIV	

	saisonale Coronaviren: „größter Zug ist durch“, OC43 und NL63 jeweils <5 % **Diskussion** Von einigen Beteiligten wird das Bedürfnis geäußert, die am RKI vorhandenen Daten und das Lagebild transparenter und zielgerichteter an politische Entscheidungsträger und andere Externe (u. a. Journalisten, Landesbehörden) zu kommunizieren, beispielsweise in Form einer Webinar-Reihe. Hintergrund: Beklagt wird u. a. die häufige Fokussierung in politischen Diskussionen und medialer Berichterstattung auf nur einen Indikator zur Bewertung der Lage. Einwände: Die für eine Webinar-Reihe erforderlichen Kapazitäten sind nicht vorhanden (Organisation, Einladung, Moderation usw.). Erfahrungsgemäß werden solche Angebote/Hilfestellungen ausgenutzt und ziehen negative Folgen nach sich („Wenn der kleine Finger gereicht wird, wird der Arm ausgekugelt.“). Das RKI erklärt und ordnet ein, muss sich aber auch damit abfinden, dass nicht alle erreicht/überzeugt werden können. Der Vorschlag ausgewählte Journalisten in die Krisenstabssitzung einzuladen wird mit Hinweis auf den Schutz der Mitarbeiter und auf die journalistischen Interessen (häufig nicht: sachliche Information) abgelehnt.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Der leichte Fallzahlanstieg wird in der aktuellen Version (Stand: 16.07.2021) noch nicht reflektiert („*Nach einem Anstieg der Fälle im 1. Quartal 2021 und deutlich rückläufigen 7-Tage-Inzidenzen und Fallzahlen im Bundesgebiet seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.*“). Dokument mit angepasster Formulierung („*…steigen die Fallzahlen langsam wieder.*“) liegt hier.	FG38 (Rexroth)
5	**Kommunikation** **BZgA** Merkblatt zur Corona-Schutzimpfung ist in verschiedenen Sprachen erschienen: https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/materialienmedien/informationen-in-anderen-sprachen.html >> Merkblätter >> Die Corona-Schutzimpfung – sicher und wirksam! (barrierefreies	BZgA (Peter)

	PDF) **Presse, P1** Anfragen zu Risikogebieten: RKI verweist auf AA, AA verweist auf RKI, das stiftet Verwirrung – kann das RKI offensiver kommunizieren, dass es nicht über die Ausweisung von Risikogebieten entscheidet? demnächst Tweet mit Visualisierung von Impfquoten nach Altersgruppen **Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21** viele Anfragen zu Änderungen in § 4 (Änderungsverordnung hier), danach erfolgt durch das RKI eine Feststellung und Bekanntmachung der „hinreichenden Wirksamkeit" von Impfstoffen gegen Virusvarianten; diese Feststellung ist maßgeblich für die Einreisebestimmungen für vollständig geimpfte Einreisende aus Virusvariantengebieten **Diskussion** Verantwortlichkeit: Feststellung der Wirksamkeit ist nicht Aufgabe des RKI; Verlagerung der Verantwortung auf das RKI ist nicht tragbar; Frage der Wirksamkeit berührt unmittelbar AM-Recht, pharmazeutischer Hersteller muss Wirksamkeit belegen, ist Voraussetzung für die Zulassung; dies muss dem BMG unter Einbindung des Rechtsreferats vermittelt und die Verordnung geändert werden Fachliche Beurteilung: Feststellung der variantenspezifischen Wirksamkeit auf Basis von Studiendaten ist schwierig bis unmöglich (Schwellenwert „hinreichender" Wirksamkeit? relevante Endpunkte?) Bekanntmachung auf der Internetseite unter www.rki.de/covid-19-risikogebiete, dass RKI keine Feststellung im Sinne der Verordnung getroffen hat; genaue Sprachregelung wird noch diskutiert (?) *TODO: Bericht an BMG (FF: FG33, Einbindung Rechtsreferat); Sprachregelung für Internetseite und Anfragen (FF: Presse?)*	Presse (Wenchel) P1 (Gubernath) FG38 (Rexroth)
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Diskussion zu Dokument der AGI UAG „Strategiewechsel" (nicht alle Beteiligten sind mit dem Dokument vertraut): E-Mail von BMG/Korr mit Arbeitsauftrag an AGI, ein Dokument zum „Strategiewechsel" (d. h. weg von der Inzidenz als alleinigem Indikator für Maßnahmen) abzustimmen; RKI-ControlCOVID-Papier wird in der E-Mail als gute Grundlage genannt, deshalb wird kein direkter Arbeitsauftrag an das RKI gesehen, das Strategiewechsel-Dokument zu koordinieren oder abzustimmen; RKI beteiligt sich durch fachliche Beratung (Leitindikatoren: 7Tage-Inzidenz/100.000, 7Tage-Hospitalisierungsinzidenz, Anteil COVID-19-ITS-Fälle an	AL3 (Hamouda)/ alle

	Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Bettenkapazität, s. ControlCOVID-Papier); aktueller Entwurf des Strategiewechsel-Dokuments liegt dem RKI nicht vor; Auftrag des BMG und Einwände des RKI werden schriftlich fixiert; ursprüngliches Papier wird dem Erlassbericht beigefügt; Berichtsfrist endet am 30.07.; Schlusszeichnung im Haus bis 29.07., 18:30 Uhr; heute (28.07.) 17:00 Uhr erneute Diskussionsrunde in AGI UAG **RKI-intern** (nicht besprochen)	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht besprochen)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38
15	**Wichtige Termine** (keine)	Alle
16	**Andere Themen** (keine) Nächste Sitzung: Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:05 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Ulrike Grote
- ! MF1
  - Stephan Fuchs
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Marica Grossegesse
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
  - Angela Fehr
- ! ZIG4
  - Heinz Ellerbrok
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

Protokoll:
Nadine Litzba, Abt. 3

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (Folien hier) Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle: Knapp 196 Mio Fälle, Anstieg 2,6%, im Vgl. zu Anstieg von 8% in letzter Woche geringeres Wachstum; Todesfälle > 4 Mio, CFR 2,14%, ebenfalls geringer als letzte Woche Anstieg in 6 Ländern, in 5 Ländern gehen Fallzahlen zurück, UK (-37%) im Vgl. zur Vorwoche 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit Höchste 7TI in Amerika, insbes. Mittelamerika, Zentralasien, Südeuropa und südliches Afrika WHO AFRO meldete Ende Juni eine 3. Welle für afrik. Kontinent, seit Anfang der Woche geht Anzahl der Fälle zurück, Fälle v.a. in Südafrika, Namibia, Botswana, Simbabwe; Gründe für Anstieg waren Ermüdung der Bevölkerung bzgl. NPI, Delta in 21 afrik. Ländern nachgewiesen, beste Daten aus Namibia und Südafrika, Delta domininierende Variante in Namibia, Beta inzwischen Anteil von 5%, Südafrika ebenfalls großer Anteil Delta, Beta 22%. Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep: Ältere Daten als Folie 1, höchste 7TI in Amerika und Europa, höchsten Anstieg Todesfälle in Nord- und Südamerika und Südostasien **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.766.765 (+2.454) Fälle, davon 91.637 (+30) Todesfälle Kontinuierlicher Anstieg der 7TI, Anzahl der Hospitalisierten ganz leichter Anstieg zur Vorwoche DIVI Intensivregister niedriges Niveau, leichter Rückgang, Anzahl der Impfungen nimmt weiter zu, >50% mit vollst. Impfung ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Durchschnitt 7TI bei 17, Verdreifachung, Anstieg in allen BL, mehr oder weniger stark, v.a. nördliche BL betroffen, HH und Berlin höchste 7TI, SH war sonst immer niedrig, nun auch hohe 7TI ○ Nachfrage zu Anstieg der 7TI und Hochwasser in RP und NW: RM aus RP, dass kein Anstieg der 7TI in Zusammenhang mit Hochwassergebieten sichtbar ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz: LK Ahrweiler relativ hohe 7TI, laut LK haben die aufgetretenen Fälle aber keinen Bezug zu Hochwassergebieten, höchste 7TI (>50/100.000 EW) in Wolfsburg, Lüneburg und Berchtesgadener Land ○ Verbreitung VOC in Deutschland, 29. KW: Delta dominierende Variante, beachten: Legende der Abb. zu versch. Dominaten unterschiedlich	ZIG1 (Romo Ventura) FG32 (Diercke)

	○ Sterbefallzahlen Deutschland: Niveau der Vorjahre, weiterhin niedrige Sterbefallzahlen **Diskussion** Gibt es Bezug zwischen den Zahlen der Verstorbenen und den Verstorbenen auf ITS? Kein direkter Bezug möglich da ggf. nicht zeitgleich gemeldet, ITS-Zahlen von DIVI Könnten wir einen Ausbruch in den Katastrophengebieten erkennen? GA fragt die Fälle nach dem möglichen Infektionsort, dabei würden ggf. andere LK aufgeführt. Aber Erfassung nicht systematisch, wird in EpiLag erwähnt und Herdkennung vergeben. **Modellierungen** *(nur freitags)* 1. Nicht besprochen	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Projektantrag zur ad hoc Unterstützung von Namibia bis 31.12. gewährt, 790.000 € Projektantrag zur Unterstützung des Africa CDC: Aufstockungsantrag für laufendes Projekt, Staff Exchange zur Unterstützung der Response, 10.08.2021 – 12.2022	ZIG (Ellerbrok)
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* **CWA** ○ Version 2.6 seit Mittwoch verfügbar: CWA kann nun lokale 7TI für bis zu 5 Kreise anzeigen Man kann überprüfen, ob Zertifikat für ausgewähltes Land zum Zeitpunkt der Reise gültig ist CWA kann Teststellen anzeigen, die an CWA angebunden sind, zudem Editionsfunktion verfügbar ○ Evaluation der CWA: Der 2. Teil der wissenschaftlichen Evaluation ist fertiggestellt. Kernergebnis: 80% der Nutzer waren von der Warnung der CWA überrascht, Hinweis auf Nutzen, Bericht der Evaluation ist fertiggestellt kann geteilt werden. *ToDo: FG21 teilt den Bericht zur Evaluation mit Krisenstabsverteiler* ○ CovPass App: 80 Mio Impfzertifikate ausgestellt, Apotheken werden nun langsam wieder angebunden ○ DEA: 10 Mio Anmeldungen **Vorstellung des Projekt mit der Firma Netcheck** 2.Aktuelle Schätzungen der effektiven Reproduktionszahl von SARS-CoV-2 anhand von Massenkontaktdaten seitens der Firma Netcheck 3.Kooperation mit Firma Netcheck, Firma sammelt Bewegungsprofile, GPS-basiert, bilden Kontaktnetzwerke ab, Kontakte innerhalb von 8qm für mind. 2 min, genauer als es CWA über Bluetoothprotokoll kann. 4.Daraus wird Kontaktindex ermittelt und Frühwarnsystem entwickelt, bildet auch Freundschaftsparadox ab. 5.Kontaktindex stimmt gut mit dem Verlauf des R-Werts von	FG21 (Scheida) MF1 (Fuchs)

	vor 17 Tagen überein 6.Kontaktindex musste für stärkere Übertragung der Delta-Variante angepasst werden, zusätzlich Effekt der Impfung eingebaut und Teststrategie, UV-Index hatte nicht viel Einfluss, derzeit hat Kontaktindex noch rohe Fassung, Anpassung noch nicht abgeschlossen 7.Aber Frühwarnsystem hat am letzten WE angeschlagen, sehr hoher Kontaktindex: Vermutet wurde zunächst Effekt von CSD, aber größerer Einfluss durch Fußballspiele am WE (z.B. in Kaiserlautern) und schlechtes Wetter. Unklar, ob sich das auch nun im R-Wert in den nächsten Tagen niederschlagen wird. Seit Dienstag fällt der Kontaktindex wieder. 8.Firma Netcheck arbeitet auch eng mit Hr. Brockmann zusammen. 9.Datenerhebung durch verschiedene Handyapps als Opt-in-Option (u.a. Autonavigations-App). Zustimmung der Weitergabe von zeitlichen und räumlichen Daten. Daten von 1,4 Mio Deutschen werden derzeit genutzt, vermutlich eher junges bis mittleres Alter (20-50-Jährige). Aber MF1 nicht bekannt welche Apps dies sind – daher weiteres derzeit schwer zu bewerten: Fußballspiele scheinen sehr gut abgebildet zu werden, ggf. haben mehr Fussballfans die App. 10. Opt-in-Verfahren grds. nicht repräsentativ 11. Datenschutz: Daten dürfen nicht in voller Auflösung geteilt werden, aber räumliche Darstellung z.B. in Form von Landkarten möglich (welches Fußballstadium). 12. MF1 nimmt Kontakt mit Max von Kleist auf zur Kalibrierung mit Sequenzdaten/Inzidenzschätzer 13. Hintergrund-Paper von Netcheck: https://www.pnas.org/content/118/31/e2026731118/tab-article-info 14. Kontakt zu Abt.3 auch von Netcheck gewünscht. Auch CWA an Kontakt interessiert *ToDo: Abt.3 prüft wer aus Abt.3 für das Projekt mit Netcheck zur Verfügung stehen wird.*	

4	**Aktuelle Risikobewertung** Die Risikobewertung soll an die aktuelle Lage angepasst werden. Einschätzung des Risikos unverändert. Änderungen (siehe auch hier): 15. „Insgesamt nimmt die Anzahl der Fälle weltweit ab“ wird gestrichen 16. „…seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.“ zu „…zwischen Ende April und Anfang/Mitte Juli in allen Altersgruppen steigen nun die Fallzahlen wieder an.“ geändert 17. Hinweis auf Reisen bei Häufungen aufgenommen 18. Hinweis zu Impfstoffverfügbarkeit und Impfpriorisierung gestrichen, ergänzt: „Da genügend Impfstoff zur Verfügung steht, konnte die Impfpriorisierung aufgehoben werden…“. 19. Bei VOC wird Hinweis auf Länder gestrichen. In anderen RKI-Texten meistens 2 Namen: WHO-Benennung und Pangolin-Bezeichnung, daher auch hier beides. 20. Text zu schweren Verläufen bei Delta ergänzt: „Internationale Studien weisen darauf hin, dass die inzwischen in Deutschland dominierende VOC B.1.617.2 (Delta) zu schwereren Krankheitsverläufen mit mehr Hospitalisierungen und häufiger zum Tod führen kann.“ 21. Der letzte Satz zur Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems wurde angepasst: „Da die verfügbaren Impfstoffe einen guten Schutz vor der Entwicklung einer COVID-19-Erkrankung (insbesondere vor schweren Erkrankungen) bieten, ist davon auszugehen, dass mit steigenden Impfquoten auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einhergeht.“ 22. Einige redaktionelle Änderungen	
5	**Kommunikation** **BZgA** „Hello Again“-TV-Spot läuft Heute wird Schulpaket versendet– digitales Informationspaket für Schulen, da in ersten BL Schulanfang Semesterstart: für Unis soll ähnliches digitales Info-Paket vorbereitet werden Diskussionen zu nächsten Studien: Aspekt Migration: Informationsbedarfe und Informationskanäle sollen in nächsten Studien berücksichtigt werden Bitte, dass AHA+L-Maßnahmen weiterhin beworben werden, in TV-Spots werden Massenveranstaltungen ohne Maske gezeigt. Eine kommunikative Linie wäre wichtig! Fachlich eindeutig, auch CDC betont, alle AHA-Maßnahmen auch für Geimpfte. BZgA hält AHA + L für weiterhin wichtig, Aber Widerspruch in Erzählsträngen: Impfansporn sollte nicht gedämpft werden. Daher Entscheidung der BZgA beide Stränge zu teilen. Im Anschluss soll wieder AHA + L beworben werden (weitere Diskussion unter allgemeinen RKI-Strategie Fragen) **Presse, P1** Personen werden immer mit Maske dargestellt, es sei denn sie	BZgA (Dietrich) FG36 Presse (Wenchel)/P

	werden getestet. Threat für VOC auf Fr. verlegt, da Daten erst Do im Wochenbericht veröffentlicht werden Impfquotenmonitoring: dies Woche erstmalig Grafiken nach Altersgruppen	1 (Lein)
6	**Allgemein** ! Kommunikation AHA+L-Regeln, CDC Papier (siehe hier): ○ Verzicht auf Masken sollte nicht Incentive für die Impfung sein, da AHA+L noch länger gelten muss. ○ Kommunikationsstrategie: Propagieren der AHA + L Regeln sollte jetzt passieren, denn jetzt finden die Übertragungen schon statt ○ BZgA: Wichtiger Hinweis. Fernsehspot ist im Umlauf, jedoch war Weglassen von Masken nicht als Hauptmotiv zur Impfung gedacht ○ Auch BZgA steht dahinter, dass AHA+L weiterhin gilt ○ BZgA nimmt den Punkt mit in Steuerungskreis und es wird Kommunikationsstrategie überlegt, dass die AHA+L-Regeln gezielt dazugespielt werden. ○ Abnutzung von AHA+L vorhanden, ggf. muss andere Linie dazu entwickelt werden. ○ CDC-Daten: mRNA-Impfung schützt nur bedingt vor asymptomatischer Infektion, höhere Übertragbarkeit auch bei Geimpften, Schutzwirkung Durchschnittswerte und individueller Schutz abweichend ○ Impfdurchbrüche nicht überraschend. Was will man verhindern? Was will man erreichen? Will man etwas Transmission zulassen, v.a. schwere Fälle verhindern? ○ Effizienz ist und bleibt populationsbezogen. Wir haben 3 Säulen, die alle 3 bestehen bleiben müssen, ergänzen sich gegenseitig, kein Ersatz: ○ Impfungen, Basismaßnahmen, TTI. ○ Massenveranstaltungen müssen vermieden werden und es darf nicht alles gelockert werden. **RKI-intern** Update Strategiepapier und Inzidenzberechnungen: ○ Strategiepapier ging gestern an AGI-Verteiler und BMG, Versendet an Krisenstab, noch nicht der endgültige Stand ○ Es wurde von Gruppe akzeptiert, dass das RKI nicht als Autor, sondern nur als beratende Einrichtung genannt werden möchte. ○ AHA+L bleibt: Einigkeit, dass Basismaßnahmen gelten müssen ○ Aber Impfquote soll berücksichtigt werden, Indices sollen eingefügt werden ○ Es gab Diskussionen in Gruppe, dass nur Haushaltangehörige quarantänisiert werden, wird sich aber höchstwahrscheinlich nicht durchsetzen lassen. Aber unklar wie Kontaktnachverfolgung noch gewährleistet werden soll. ○ Es wurde Strategiewechsel von Containment zu	FG36/Alle FG38/AL3/ Alle

	Protection propagiert. Dies zeigt, dass das Gesamtkonzept nicht verstanden wurde, nämlich, dass alle Schienen benötigt werden (mit versch. Priorisierungen je nach Belastung des Systems) ○ Höhere tolerable Grenzwerte nur auf den ersten (intuitiven) Blick korrekt: Indikator Inzidenz ist abgeschwächt und die gleichen Werte stellen ein höheres Transmissionsgeschehen dar: Erhöhung der Inzidenzschwellenwerte führt zu hohem Infektionsdruck auf nicht geimpfte, empfängliche Bevölkerung, insbesondere der Kinder unter 12 J. und Ältere. Unklar wie hoch der tolerable Infektionsdruck ist. ○ Schwierigkeit von einer bevölkerungsweiten Inzidenz auf Maßnahmen in Schulen etc. zu schließen. Gibt es Möglichkeit mit Inzidenzen in Altersgruppen zu arbeiten (unter 12, 12-60, über 60)? Es wurde in Gruppe auch über altersdiff. Abstufungen gesprochen, aber Papier soll in Verordnung auf Landesebene übersetzt werden, dies macht es schwierig. ○ In Papier nun 3 Indikatoren: Übertragung, Schwere und Belastung. Im RKI Sinn, dass Hospitalisierung und Intensivbettenbelegung auch betrachtet werden. Vorschlag, dass 2 Werte erhöht sein müssen, um nächste Stufe auszulösen. Allerdings Belastung als Indikator ggf. schwierig für einige LK mit Maximalversorgungs-KH. ○ Heatmap und Dynamik des Geschehens sind wichtige ebenfalls zu bedenkende Parameter; sollten differenziert dargestellt werden. ○ Auch Influenza muss bedacht werden: Bei normaler Influenzasaison leicht Überlastung mit zusätzlichen COVID-Fällen. ○ Frage, ob Schwellenwerte in ControlCOVID-Papier angepasst werden müssen? ○ RM aus Politik: Anpassung erwartet, wenn Inzidenzwerte gleichbleiben, wird die Akzeptanz nicht da sein. ○ Vielleicht an Grenzwerten festhalten, aber Änderung der Maßnahmen bei den Grenzwerten? Z.B. Schließen des Einzelhandels nicht schon bei Stufe 2. Aber in jedem Fall Vermeiden von Massenveranstaltungen. ○ Eine Anpassung der Schwellenwerte und Maßnahmen des ControlCOVID-Papiers sollte vorbereitet werden. Eine Veröffentlichung sollte ggf. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. ○ Fortsetzung der Diskussion dazu in der nächsten Woche. ! Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21: ○ Satz zur Feststellung der hinreichenden Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Virusvarianten weiterhin in Einreiseverordnung. ○ Es gibt viele Anfragen dazu, unklar wie wir damit umgehen.	FG38/Presse

	○ Nachfrage an BMG-Erlasspostfach und Antwort von Hr. Sangs, dass es bei der Ausweisung durch das RKI bleibt ○ Es handelt sich jedoch nicht um eine Aufgabe des RKI, soll in Erlassbericht formaler formuliert werden. *ToDo: FG33 und AL3 bereiten bis Anfang nächster Woche einen Erlassbericht vor.* ! Antikörperstudien: ○ Befürchtung, dass in Herbst durch zeitlich begrenzten Impfschutz von Hochbetagten erneut viele Erkrankungen ○ Studie zu AK-Prävalenz in HCW v.a. in Alten- und Pflegeheimen? Auch um Problembewusstsein zu befördern ○ AK kein gutes Schutzkorrelat, aber ggf. bei gut angelegten Studien gut zu diskutieren. ○ STIKO befasst sich mit dem Thema, betrachtet auch internationale Studien (siehe auch Update Impfen).	AL1/FG33
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* STIKO diskutiert derzeit über die Impfempfehlung für Kinder: Moderna wird auch für 12-17-Jährige mit Risiko empfohlen Überlegungen, ob die Empfehlung auch auf gesunde Kinder ausgedehnt wird, Treffen dazu nächste Woche, Impfziel muss neu definiert werden: bisher Ziel Verhinderung von schweren Fällen/Todesfällen und Überlastung des Gesundheitssystems. Wenn auch Verhinderung von leichten Fällen, psycholog. Folgen etc. als Ziel aufgenommen werden, würde das die Bewertung ändern Modellierung: durch Impfung der Jugendlichen keinen Einfluss auf Verlauf der 4. Welle, stattdessen ist Impfung der 18-65jährigen jetzt wichtig Empfehlungen zu Booster stellen sich als komplex dar (versch. Grundimmunisierungen, Immundefiziente, Ältere etc.), wird auch in WHO/SAGE Arbeitsgruppe COVID-19 Vaccination diskutiert, bisher nur bei Sinovac/Sinopharm empfohlen, v.a. von Politik und Pfizer gefordert, bisher nicht ausreichend Daten vorhanden, Israel bildet Ausnahme mit Booster-Empfehlung, ggf. durch sehr enges Impfschema Nächste Woche Veröffentlichung der monatlichen Erhebungen der Impfakzeptanz: Erstmals Diskrepanz zw. Erhebungsinstrument und DIM, ggf. durch Impfungen in Betrieben, hier viel nicht berichtet und im DIM-System eher Untererfassung, d.h. bei 18-60jährigen möglicherweise Untererfassung der Zahl der Geimpften. Weitere Diskussionspunkte zu Boosterimpfungen: 1. Israelische Boosterempfehlung für über 60-jährige vor dem Herbst basiert auf neuen Studiendaten. Diese zeigen in der Altersgruppe > 60 einen Abfall des Schutzes vor schwerer Erkrankung von 97 auf 81%. 2. Diese Daten sollte man sehr ernst nehmen, sie passen zur	FG33 (Wichmann) FG17

	Immunseneszenz (=abgeschwächte Immunfunktion mit zunehmendem Lebensalter) 3. Die israelische Impfkampagne war eine der ersten und effektivsten Impfkampagnen der Welt, es kamen ausschließlich mRNA Impfstoffe zum Einsatz. Das zuvor erwähnte enge Impfschema (Dosierungsintervall 3 Wochen) fand auch bei vielen Pflegeheimbewohnern in Deutschland Anwendung, v.a. zu Jahresbeginn 4. In Deutschland sind Menschen >60 häufig mit Astra Zeneca geimpft, einem Impfstoff, dessen Effektivität per se bereits unter der Effektivität von mRNA-Impfstoffen liegt. 5. Es besteht deswegen Anlass zur Sorge, dass ein substantieller Teil von Menschen >60 auch in Deutschland unzureichend vor schwerer Erkrankung geschützt sein wird. In Kürze sollen Ergebnisse einer Modellierung veröffentlicht werden, um zu verdeutlichen was man bisher erreicht hat: Verhinderung von bis zu 40.000 Todesfällen Im Paper soll auch die Wirkung der NPI erwähnt werden, da die Maßnahmen zusammen zur Verhinderung von Todesfällen geführt haben. *ToDo: Ole Wichmann gibt diese Info an die Gruppe der Autoren weiter*	FG36/FG38
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht besprochen) *ToDo: Thema für nächste Sitzung: Bewertung der derzeitigen Empfehlung einer 10-tägigen Isolation bei Daten zur verlängerten Virusausscheidung von Delta bis zu 13 Tagen*	ZBS7 FG36 (Haas)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht besprochen)	FG38

15	**Wichtige Termine** VC mit Holtherm und Karagiannidis zu Quotient Hospitalisierung/ITS-Belegung (TN: Wieler, MF4, FG33, FG36)	Alle
16	**Andere Themen** (keine) Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:15 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 04.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
  - Katharina Lang
- ! ZIG1
  - Angela Fehr
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Christoph Peter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.777.446 (+3.571), davon 91.704 (+25) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 18,5/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 51.423.707 (61,8%), mit vollständiger Impfung 43.708.441 (52,6%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Leichter Anstieg der Inzidenz ▪ Hamburg, Berlin, SH und NRW haben relativ hohe Inzidenzen. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Im LK Ahrweiler und LK Berchtesgadener Land liegen die Inzidenzen fast bei 50, dies ist nicht auf Ausbrüche unter Helfern zurückzuführen. ▪ Im Trend sind mehr Anstiege als Abnahmen zu sehen. ▪ Im Wochenvergleich ist die Karte geringfügig dunkler geworden. ○ Todesfälle während der letzten 14 Tage nach Landkreis ▪ Innerhalb der letzten 14 Tage wurden 291 Todesfälle übermittelt. ▪ Viele LK mit 0 Todesfällen. ▪ Einige LK stechen hervor: LK Greiz, LK Hohenlohekreis, LK Ludwigslust-Parchim. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Deutlich schnellerer Anstieg der Inzidenzen als im Sommer letzten Jahres. ○ 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter Fälle nach Landkreis ▪ Geringe Inzidenzen, manche LK sind etwas auffällig. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach	FG32 (Rexroth)

	Altersgruppe ▪ Insgesamt niedrig. Die meisten Hospitalisierten gehören zur Altersgruppe der 80+ Jährigen. ○ Expositionsländer importierter Fälle ▪ In der Grafik sind sehr viele Pfeile dazugekommen. ▪ Am häufigsten wurden Reiseländer genannt: Spanien, Türkei, Niederlande, Kroatien, Griechenland. ○ Exposition im Ausland ▪ Anteil sinkt etwas. ○ Entwicklung Trend ▪ Nur beim 7-Tage-R-Wert pos. Entwicklung, dieser nimmt leicht ab.	Abt.3 (Seifried)
	○ Warum wird Indikatorbericht nicht veröffentlicht? ▪ Wird an die BL weitergegeben. ▪ Problem: anderer Stichtag als im Lagebericht, deshalb unterscheidet sich der R-Wert. ▪ R-Wert aus Lagebericht soll genommen werden. *ToDo: Prüfen, wann der Indikatorbericht veröffentlicht werden kann, als pdf ist ausreichend.* ○ Warum bewegt sich R-Wert nach unten? ▪ Fallzahlen steigen weniger stark als in den Wochen davor. Bei kleinen Fallzahlen und starkem Anstieg reagiert R-Wert sehr stark. Dynamik hat geringfügig abgenommen.	FG37 (Abu Sin)
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Weitere Abnahme der Testzahlen ▪ Positivenanteil auf 2,96 gestiegen. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten sind nach wie vor vorhanden. Auslastung	FG36 (Tolksdorf)

	bei < 30%. ▪ Im Sommer 2020 war der Positivenanteil 13 Wochen <1%, in diesem Jahr nur 2 Wochen. **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Rückgang der Anzahl Testungen, Positivenanteil z.B. in NRW gestiegen. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ In allen AG Rückgang Anzahl Getesteter auch bei >80 Jährigen, die jedoch weiterhin am häufigsten getestet werden. ▪ In alle AG Anstieg der Positivenanteile am stärksten bei 15-34 und 5-14 Jährigen. ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort und Altersgruppe ▪ In Arztpraxen konstanter Anteil an Testungen, Positivenanteil ist am höchsten. ▪ Auch in KH leichter Anstieg des Positivenanteils auf niedrigem Niveau. ▪ In anderen Abnahmeorten Abnahme der Anzahl Testungen, Anstieg des Positivenanteils. ▪ Auch in älteren AG Anstieg der Positivenanteile. ○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen ▪ In KW30 11 aktive Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen. ▪ 8 aktive Ausbrüche in med. Einrichtungen. ▪ Ob Ausbrüche vermehrt unter Geimpften stattfinden, kann aus diesen Daten nicht abgeleitet werden. ! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate im Bereich der Vorjahre. ▪ Rückgang bei Kindern	FG17 (Dürrwald) MF4 (Fischer)

	○ ARE-Konsultationen ▪ Insgesamt stabil geblieben, bei 0-4 Jährigen noch Anstieg. ▪ Rate bei Kindern höher als in Vorsaisons. ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Bei Kindern sehr leichter Anstieg im Rahmen der Fallzahlen aus den Vorjahren. ▪ Bei Älteren niedrigere Fallzahlen als in Vorjahren. ▪ Anteil COVID an SARI-Fällen: leichter Anstieg hat sich nicht fortgesetzt. ▪ Anteil COVID an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung: Anstieg aus letzter Woche setzt sich nicht fort, auch letztes Jahr Schwankungen zu dieser Jahreszeit. ○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen ▪ 13 neue Ausbrüche, seit Mitte Juni weniger als 15 Ausbrüche pro Woche. ▪ 53 neue Schulausbrüche trotz hoher Feriendichte, viele Nachmeldungen für KW 29. ▪ Vorwiegend 11-14 Jährige involviert. ! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ 114 Einsendungen aus 28 Praxen in KW 30, leichte Steigerung gegenüber Vorwoche. An der Altersverteilung hat sich wenig verändert. ○ 80% positive Virusnachweise (+3%), keine Influenzavirusnachweise, kein SARS-CoV-2, kein HMPV. ○ Rhinoviren: ▪ am häufigsten, knapp > 40% ▪ über alle AG verteilt ○ Parainfluenzaviren: ▪ Rückgang, hat noch nichts zu sagen ▪ alle PIV-3 ▪ vor allem Kinder betroffen	

- RSV:
  - leichter Anstieg
  - Berichte aus einigen Regionen, dass RSV bereits deutlich zirkuliert, üblicherweise ist dies erst Ende des Jahres der Fall.
- SARS-CoV-2:
  - 2 Wochen in Folge kein Nachweis
- Saisonale Coronaviren:
  - NL63: kein Nachweis in KW 30
  - OC43: leichter Anstieg
  - 229E: nur sporadisch
  - HKuV1: nicht nachgewiesen

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- COVID-19-Intensivpflichtige
  - 387 werden aktuell behandelt, 24 mehr als in Vorwoche.
  - Schweregrad: Der Anteil leichter Beatmungsfälle nimmt zu.
  - In allen BL auf niedrigem Niveau, nur Hamburg und Berlin in Stufe 1 der Rest liegt darunter. Hamburg hat sich nach Anstieg wieder stabilisiert.
- Altersstruktur
  - Daten von 92% aller gemeldeten Fälle
  - Verschiebung in junge AG, 46% sind < 60 Jahre.
  - Anstieg bei 80+, 30-39 und 40-49 Jährigen
  - Relativ stabil bei 50-79 Jährigen
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
  - Stagnierung oder marginale Anstiege prognostiziert.

! Hat sich der Fall-Verstorbenen-Anteil über die Monate verändert?

	○ Wird am Freitag betrachtet. ! Grund für Rückgang Testungen und Anstieg Positivenanteil? ○ Evtl. liegt es an der zunehmenden Anzahl Geimpfter, die nicht mehr getestet werden. ○ Jüngere und Geimpfte gehen bei leichten Symptomen vermutlich seltener zum Arzt. ○ Das Verständnis, dass man sich bei Symptomen testen lassen soll, auch wenn man geimpft ist, fehlt in der Bevölkerung. ○ Dieses Jahr sind Antigentests verfügbar, evtl. suchen Symptomatische eher ein Testzentrum als den Arzt auf. ○ Verschiebung durch breit aufgestellte Testzentren mit Antigentests, interessant zu betrachten, wenn die kostenlosen Schnelltests auslaufen. ○ Schwierig zu interpretieren aufgrund der Reisezeit. ○ Letztes Jahr massive Testung von Reiserückkehrern. ○ Vermutlich auch geringere Bereitschaft von Ärzten zur Testung. ○ ARE-Rate ist zurzeit niedrig. ○ Bei Aufnahme in Krankenhäuser gehört Testung zur Routine. Deshalb ist dort die Testzahl weiter hoch und die Positivenrate niedrig. ○ Labore fahren Kapazitäten zurück. Es sollte empfohlen werden Kapazitäten stattdessen für besonders vulnerable Gruppen in Pflege und Bildungseinrichtungen zu nutzen. ○ Ärzte sollten umfangreich niederschwellig testen, Testung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen sollte aufrechterhalten werden. ○ Diese Empfehlungen wären ein gutes Thema für die nächste Pressekonferenz. Es ist unklar, wann eine PK geplant ist, vor der Bundestagswahl vermutlich nicht. ○ Zu überlegen ist, ob das RKI dann wieder selbst eine PK durchführt. *ToDo: Presse formiert sich bei BMG, ob weitere PK geplant sind.* *ToDo: Tweet mit Fr. Seifried zu diesem Thema abstimmen. Sollte vorher in AG Diagnostik angesprochen werden.*	

	○ Vorschlag: Nutzung der Testzentren für PCR-Testung. Antigenteste dürfen Laien durchführen, PCR ist ärztliche Angelegenheit, Testzentren müssten mit Laboren zusammenarbeiten. ○ Zur Aufteilung wurde im Epid.Bull. Stellung genommen. Was soll im professionellen Rahmen und was kann von Laien durchgeführt werden? ○ Welche Informationen aus Diagnostik und welche Datenquellen sind für die Beantwortung dieser Frage nötig?	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! (nicht berichtet)	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Nichts Neues **Presse** ! Vom Deutschlandfunk Lob für Wochenbericht ○ Botschaften können im Wochenbericht gut verbreitet werden. Message wird besser wahrgenommen als bei täglichen Berichten. ○ Bis zum Ende der Pandemie sollte dieses Format (ein ausführlicher Bericht pro Woche) beibehalten werden. ! Viele Anfragen zu Einreisebestimmungen: Gibt es Bestrebungen zur Vereinheitlichung von Bestimmungen auf europäischer Ebene und der Anerkennung heterologer Impfungen? ○ Noch gibt es keinen Konsens hinsichtlich heterologer Impfungen. ! Es wird häufig nach Daten zum Impfstatus bei Verstorbenen und Hospitalisierten gefragt. Können und wollen wir diese Daten bereitstellen? ○ Könnten diese entweder im Wochenbericht genannt oder erklärt werden, warum dies nicht sinnvoll ist?	BZgA (Peter) Presse (Wenchel) Wieler

	○ Erklärung zu Impfdurchbrüchen gewünscht ○ Bei Todesfällen ist eine Sprachregelung vorhanden. *ToDo: Im Wochenbericht Grund nennen, warum es schwierig ist, entsprechende Zahlen auszuweisen, Hr. Harder klärt dies mit Hr. Michaelis und Hr. Wichmann.* ! Am Montag findet ein Interview von Hr. Steingart mit Hr. Wieler statt. Das sollte gut vorbereitet werden. ! Impfen: Demnächst erscheint ein neuer Report zur COVIMO-Befragung. Erstmalig wird es eine große Diskrepanz zwischen den DIM- und den COVIMO-Daten geben. ○ Woher kommt das? Wird in der Befragung der Anteil überschätzt? COVIMO ist Grundlage für Prognosen. ○ Unterschätzen die DIM-Daten den Anteil der Geimpften? Betriebsärzte sind nur zum Teil an DIM angeschlossen. Impfstoff von Johnson und Johnson verfälscht die Statistik. ! Diskrepanz muss erklärt werden, eine gute Sprachregelung ist notwendig, wenn COVIMO-Report veröffentlicht wird. *ToDo: Klärung der Diskrepanz, Suche nach Möglichkeit der Validierung. FF FG33* **Wissenschaftskommunikation** ! VOC und Teile des Wochenberichts werden in Kommunikation aufgenommen. ! Weiter Themen: Kinder und Jugendliche, Impfen	P1 (Gubernath)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Masken bei Geimpften in Innenräumen ○ 2 Probleme bei Verzicht auf Masken bei Geimpften: Vernachlässigung der Risikogruppen und es ist nicht einfach festzustellen, ob jemand geimpft ist oder nicht. ○ Formulierung soll angepasst werden: In Innenräumen sollten grundsätzlich alle Masken tragen, es sei denn alle sind geimpft und keine Risikogruppen anwesend. ○ Alle Papiere sollen entsprechend angepasst werden. ○ Fachliche Meinung soll mit guter Kommunikation einhergehen.	Alle / FG33 + FG36 VPräs

	ToDo: Alle prüfen Papiere und passen Formulierung an. ○ Bitte an BZgA dies in alle Materialien zu übernehmen. Hr. Peter nimmt die Bitte mit. FG14 steht der BZgA als Ansprechpartner zur Verfügung. ! Indikatoren: Auftrag des Bundeskanzleramts ○ Hr. Schaade hat Werbung für Lolli-Pool-PCR Tests gemacht. 1/3 der Länder sieht diese kritisch, der Rest hat sie bereits eingeführt oder plant dies. ○ Aus der Runde der Testkoordinatoren: Pooltestung wird aufgrund von Kosten hinterfragt. Testung wird vom Bund nicht übernommen, muss aus Ländermittel finanziert werden. ○ Kultusministerkonferenz: Mittel sind nicht vorhanden. ○ Wenn im Herbst Zahlen steigen, könnte Testkapazität wieder an Grenze kommen. ○ Fr. Seifried steht in regem Austausch mit Laboren und Verbänden. Diese wären in der Lage bei Planungssicherheit die Kapazitäten zu steigern. ○ Aufgabe RKI: anregen, begründen, in Foren einbringen *ToDo: Thema soll für Interview mit Hr. Wieler auf Sprechzettel.* ○ Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz würde, basierend auf einer Studie, die Quarantäne gerne durch tägliches Testen mit Antigentests ersetzen. ○ Auftrag aus Bundekanzleramt: Quarantäneempfehlungen für Schulbereich zu ändern, Quarantäne nur 2 Sitzreihen davor und dahinter. ▪ Aufgrund von Delta werden die aktuellen Regelungen beibehalten. ▪ Es wäre sinnvoll, die für Alpha durchgeführte Studie für Delta in Schule und Kita zu wiederholen. ▪ Es handelte sich um eine vom GA initiierte Ausbruchsuntersuchung. ○ Kontaktpersonenmanagement war sehr differenziert formuliert, zurzeit kein Anpassungsbedarf. *ToDo: Mit in AGI nehmen, in Ausbruchssituationen sollten Untersuchungen zu Delta gemacht werden, RKI unterstützt gerne.* ○ Die Modifizierung der Indikatoren wurde gestern an BMG	FG38 / Alle

	und Kanzleramt geschickt. Das Kanzleramt möchte aber einen einzigen Indikator, die Hospitalisierungsinzidenz. Dies könnte in Zukunft den Cut Off für Maßnahmen darstellen. ○ Kann RKI diese Daten liefern? Einordnung notwendig, dass ein Indikator nicht optimal ist ! Info zu GMK-Beschlüssen und Bitte aus AGI zum KP-Management ○ Wunsch einer Überarbeitung des Kontaktpersonenmanagements aus AGI. ○ Es wird berichtet, dass ÖGD eine 4.Welle nicht stemmen kann. Die Menschen haben wieder viele Kontakte. Der ÖGD muss sich auch wieder auf seine anderen Aufgaben fokussieren. ○ Länder würden gerne Containment aufgeben. Ist eine grundsätzliche und eine Ressourcenfrage. ○ RKI bleibt dabei, wurde so auch kommuniziert. RKI kann keine Convenience-Empfehlung machen. ○ Im Moment sind schon Priorisierungskriterien gesetzt. Zunächst keine Änderungen, Abwarten der Entwicklung. ○ Ergebnisse vom Schulministerium NRW: flächendeckende Pooltestungen in Schulen und Kitas, keine Übertragungen in Bildungseinrichtungen. ○ Zeichen dafür, dass wenn Maßnahmen durchgeführt werden, Infektionen mit PCR-Testung frühzeitig erkannt werden. Deshalb sehr geringe Ausbreitung, zeigt Effektivität der Pooltestung. ○ Vorschlag: Erfahrung sollte publiziert werden. Interpretation sollte nicht sein, dass Delta ist nicht ansteckender als Alpha ist, sondern dass mit PCR-Testung frühzeitig Infektionen erkannt werden können. **b) RKI-intern** ! Info zur Einreiseverordnung: Impfeffektivität bei Varianten ○ Wenn es eine FAQ dazu gibt, sollte diese regelmäßig überarbeitet werden. Bisher in FAQ nur ein Satz. ○ Tabelle zu P1 (Gamma) soll auf Reiseseite veröffentlicht werden. Kann das RKI Änderungen selbständig vornehmen?	

	○ BMG ist hoheitlich, schicken komplette Seite. ○ Statt „nicht ausreichend wirksam bzw…“ sollte die Formulierung: „für die Feststellung keine ausreichenden Daten vorhanden“ verwendet werden. ○ Insgesamt nur 7 Studien, davon nur 1 Studie mit Biontech und Moderna mit sehr kleinen Fallzahlen. *ToDo: Wird BMG vorgeschlagen, FF Fr. Rexroth* ! Bitte vom Kanzleramt: Wie viele Personen gibt es in Deutschland, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können oder keine ausreichende Immunantwort bilden. Ist eine Abschätzung möglich? ○ Kinder unter 12 sollten mitgezählt werden. Beantwortung der Frage erst nächste Woche, wenn STIKO-Empfehlung vorliegt. *ToDo: FG33 hält Rücksprache mit Geschäftsstelle, Antwort über BMG an Kanzleramt*	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nichts zu berichten ! Gibt es Daten zu einer längeren Virusausscheidung bei Delta? *ToDo: Fr. Lang nimmt Frage mit ins Fachgebiet.* *ToDo: Evtl. könnte sich ZBS1 das ansehen. Klärung, ob eine retrospektive Betrachtung aus klinischen Proben möglich ist.*	ZBS7 (Lang)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38

15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 06.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:36 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 06.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Barbara Hauer
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Livia Schrick
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Maud Hennequin
- ! ZIG1
  - Angela Fehr
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ***(nur freitags)*** (Folien hier) ! Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 06.08.2021 ○ Fälle: 220 Mio.-Grenze überschritten (+6,3%) im Vgl. zur Vorwoche), CFR 2,1% ! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ○ Platz 1 USA, Anstieg um fast 50%, überwiegend südl. Staaten betroffen: Georgia, Louisiana, Florida ○ Platz 4 Brasilien, Rückgang ○ Platz 5 Iran, starker Anstieg (20%) Brasilien und Indien auf Platz 1 und 2 mit sinkendem Trend ○ Platz 7 Türkei, neu in den Top Ten, Anstieg um 53%, R-Wert 1,46, CFR niedrig (vermutlich Untererfassung) ○ Platz 10 Thailand, Anstieg um 20% ! Fall- und Todeszahlen weltweit (WHO SitRep): ○ Weiterhin weltweit Anstieg der neuen Fälle um 3% ○ Todesfälle: Rückgang um 8% ○ Regionen Eastern Mediterranian und Western Pacific mit Anstiegen >30% ○ Europa: neue Fälle -9%, Todesfälle -2% ○ Länder mit starker Zunahme im Juni und aktueller Abnahme: Niederlande, UK, Spanien, Portugal, Malta, Zypern ! COVID-19/Niederlande ○ Abnahme der Fälle: -44% ○ Ende 06/2021weitreichende Öffnungen ○ Anfang 07/2021 Anstieg der Fallzahlen, u.a. Festival mit >1000 assoziierten Fällen in den NL, 10.07.2021Rücknahme der Öffnungen, ab 17.07.2021 sinkende Fallzahlen ○ Zahl der Hospitalisierungen niedrig, 80+Jährige und 90+Jährige am stärksten betroffen ! COVID-19/ UK ○ Aktuell Abnahme der neuen Fälle um 21 % ○ Niedrige neue Fallzahlen nach Step1 und Step2 der Roadmap (08.03 bzw. 12.04), nach Step3 (17.05) Anstieg der neuen Fälle, hierbei viele Jüngere (SuS) betroffen, in dieser Zeit auch Fußball-EM Events	ZIG1 (Singer)

	○ Seit 28.06. auch Anstieg der Hospitalisierungen, jedoch im Vgl. zum Winter geringer, Hospitalisierungen und Todesfälle betreffen überwiegend 70+Jährige ! Zusammenfassung ○ Starke Fallanstiege durch Kombination aus Lockerungen/Superspreading-Events/Ausbreitung der Delta-Variante ○ Hoher Anteil der Fälle in jüngerer ungeimpfter Bevölkerung ○ Hospitalisierungsrate niedriger im Vergleich zu vorherigen Wellen ○ Anteil Geimpfter in UK, NL und SP in etwa gleich (ca. 60%) ○ Mögliche Ursachen für den Rückgang der Zahlen: Saisonaler Effekt, in UK hohe Seroprävalenz (90%) im Juli gemessen, EM beendet, in NL und Spanien Verschärfung von Maßnahmen	Wieler
	! Diskussion ○ Rückgang in UK ist relativ, nach wie vor hohe Inzidenzen >250/100.000 EW ○ Frage: Wurden die Öffnungsmaßnahmen wissenschaftlich begleitet, gab es Testkonzepte? Welche Rolle spielen die Schulferien? ○ Wichtige Information: Trotz hoher Impfraten bei Älteren steigende Hospitalisierung in höheren Altersgruppen, ggf durch einen steigenden Infektionsdruck? ○ Information aus dem zweiwöchentlichen Call mit UK, FR, NL und SP: ○ UK: Grund für Datierung von Step 4 auf 19.07. war die Schließung aller Schulen und Universitäten an diesem Tag (b is 07.09.2021). Modellierungen dort gaben Hoffnung, dass eine 4. Welle so vermieden werden kann ○ Öffnung in NL war an Testpflicht und Impfstatus gebunden, diese Regeln wurden aber nicht eingehalten ○ Zog Anstieg der Fallzahlen bei Kindern in UK auch Anstieg der Hospitalisierung von Kindern nach sich? ○ Während der gesamten Pandemie 4000 Hospitalisierungen von Kindern, davon 1000 in der letzten Woche – dies zeigt klaren Anstieg *ToDo: Verfassen eines Berichts an das BMG, Federführung ZIG1,*	*ZIG 1* FG 32 (Diercke)

	systematische Aufarbeitung aller Begleitumstände und Bedingungen der Öffnung in den o.g. Ländern, Auswirkungen auf Inzidenz und Hospitalisierung, Deadline: Im Lauf der nächsten Woche **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.784.433 (+3.448), davon 91.754 (+24) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 20,4/100.000 EW. ▪ Weiterhin kontinuierlich ansteigend ○ Hospitalisierungsinzidenz deutlich <1, kein Anstieg der schweren Verläufe ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 51.643.732 (62,1%), mit vollständiger Impfung 44.567.060 (53,6%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Im Juli noch homogenes Bild aller BL ▪ Aktuell höchste Inzidenzen im Norden: HH, BE, SH >30/100.000 EW, dort Ferienende ▪ TH, SN, SA mit den niedrigsten Inzidenzen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 4 LK ohne Fälle (allerdings zwei davon mit techn. Übermittlungsproblemen) ▪ Zahl der LK <25/100.000 EW nimmt zu ▪ 8 LK > 50/100.000 EW ▪ HH, BE (z.B. Kreuzberg), Köln stärker betroffen ▪ Regionen im Süden und Südosten weniger betroffen ○ Verbreitung von VOC in Deutschland 30. KW ▪ Delta in fast allen BL über 90%, bundesweit bei 95%, kaum Fälle mit anderen Varianten ○ Fall-Verstorbenen-Anteil im Verlauf im Vgl. zur Inzidenz ▪ Zu Beginn der Pandemie am höchsten (wenig Diagnosemöglichkeiten, nur schwerere Fälle wurden erkannt), in der 2. Welle bei max. 5%, in der 3. Welle sinkt der FVA (Impfschutz in Altenheimen etc. bemerkbar)	Diercke

	○ Sterbefallzahlen Deutschland (Destatis) ▪ Derzeit keine Übersterblichkeit in Deutschland ! Diskussion ○ Frage: München zeigt auf der Deutschlandkarte im Gegensatz zu anderen Ballungsräumen geringe Inzidenzen, ist das korrekt? ○ Tabelle der epidemiolog. Situation in Großstädten wird gezeigt: Hier liegt München auf Platz 8 von 12 mit einer Inzidenz von 23,1/100.000 EW (Platz 1 Düsseldorf mit 42,8) ! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* ! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* ! **Virologische Surveillance** *(nur mittwochs)* ! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* ○ (nicht berichtet)	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Aktuelle Aktivitäten: Labortrainings in Namibia und Montenegro	ZIG 1 (Fehr)
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! CWA ○ 32 Mio. Downloads bisher ○ 490.000 positive Testergebnisse wurden geteilt ○ Derzeit im Vordergrund: Evaluationsbericht, wurde getwittert ○ Heatmap mit Hinweis auf Fallzahlanstieg in jüngeren Altersgruppen wurde gepostet ○ Zusammen mit P1 geplant: Aufforderung, Kontaktpersonen zu informieren bzw. ein Kontakttagebuch zu führen ! DEA ○ 10 Mio. Anmeldungen sind eingegangen ! CovPass-App ○ 30 Mio. Downloads ! CovPassCheck-App ○ Geringe Download-Zahlen ○ Veranstaltende müssen mehr dafür sensibilisiert werden, dass erst nach Scan des QR-Codes und PA-Kontrolle	FG21 (Scheida)

	Sicherheit besteht ! Digitales Impfzertifikat ○ Ausstellung über Apotheken wieder möglich (zumindest liegt keine gegenteilige Information vor) ○ Bisher wurden 85 (?)Mio. Zertifikate ausgestellt ○ Frage: sind das nur abgeschlossenen Impfungen? *ToDo: Detaillierte Aufgliederung der Zahlen zum Digitalen Impfzertifikat, Federführung FG 21, Kooperation mit FG 33*	*FG21 Scheida, FG33 Harder*
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	FG36

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Digitalpaket Schule wurde versendet ! Weiteres Digitalpaket zur Kommunikation an Hochschulen ist in Arbeit, da Semestervorbereitung der Hochschulen begonnen haben ! Frage/Hinweis: Werden hierbei auch die digitalen Produkte, inbes. CWA erwähnt? ! Informationsmaterialien für Menschen mit Migrationshintergrund wurden vervollständigt ! Thema „Maskentragen“ wurde im Steuerungskreis aufgenommen, wird abhängig von der Evidenzlage in die künftige Motivwahl einbezogen, im aktuellen Spot steht Impfmotivation als Zielsetzung im Vordergrund ! ! Angebot von Melanie Brunke (FG14) zum bilateralen fachlichen Austausch zum Thema MNS ! Frage zu den nachlassenden Impfzahlen (Knick): Könnte hier ein Sättigungsprozess im Sinne einer logistischen Funktion eine Rolle spielen (der Anteil derer, die nicht zum Impfen bereit sind an den Ungeimpften nimmt mit der Zahl der Geimpften zu)? Und ist bei der Modellierung der erwarteten Impfquote von 85% ein Sättigungsmodell (bzw. biomathematisches Regressionsmodell) einbezogen worden? ○ Die Daten der COVIMO -Studie zeigen einen kontinuierlichen Abfall der verimpften Dosen auf ca. 400.000 /Tag, könnte an Ferien/Reisezeit liegen, Modellierung (genügend Impfstoff und Termine vorhanden) zeigt, dass diese Quote erreichbar ist ○ Was kann eine Sättigungsfunktion über das	BZgA (Dietrich) Brunke

	Angebot/Nachfrage -Verhältnis hinaus zeigen?	
	○ Medien stellen Impfkampagne als nicht funktionierend dar - wäre eine Möglichkeit zu erkennen, an welcher Stelle des erwartbaren Verlaufs man sich befindet und wann/an welchen Stellen man eingreifen/nachsteuern sollte	*FG 33 (Harder)*
	○ Einwand: Sehr theoretischer Ansatz, Kommunikation der drohenden 4. Welle an die Bevölkerung ist effektiver und sollte im Vordergrund stehen, Vorhersagen wegen sich ständig ändernden Bedingungen nicht möglich	Dietrich
	ToDo: Herr Harder stellt einen Kontakt zwischen Herrn Dietrich (BZgA) und Herrn Scholz und Frau Waize (RKI, gesundheitsökonomische Expertise, Modellierungen) her, um die Möglichkeiten dieses Ansatzes zu eruieren	Harder
		Dietrich
	! Frage: Gibt es Daten zum Effekt aufsuchender Impfangebote?	
	○ BZgA arbeitet an einer Anleitung zur Organisation aufsuchender Impfangebote, zur Unterstützung derjenigen, die Impfaktionen organisieren wollen, Konzept ist in Ausarbeitung, soll bei dieser eigentlich kommunalen Aufgabe unterstützen (bspw. Landessportbund im Saarland)	(Hennequin)
	○ Aus den DIM-Zahlen sind aufsuchende Angebote nicht abzubilden, möglicherweise gibt es in den COVIMO -Daten Angaben dazu, über welche Angebote eine Impfung erfolgte	
	! Frage: Gibt es schriftliche Einladungen von Bürgermeistern? Persönliche Ansprache würde einige Menschen motivieren	(Lein)
	○ BZgA kann Bürgermeister nicht ansprechen, ist auch nicht Inhalt des Digitalpakets, weist in kommenden Diskussionen aber gern darauf hin	
	○	
	Presse	
	! Neue Heatmap wurde getweetet	
	! Tweet zu Testung ist in Vorbereitung	
	! Auf die heutige online-Vorabveröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin „Die Impfung gegen COVID-19 in Deutschland zeigt eine hohe Wirksamkeit gegen SARS-CoV-2-Infektionen, Krankheitslast und Sterbefälle (Analyse der Impfeffekte im Zeitraum Januar bis Juli 2021) wurde	

	hingewiesen ! Tweet zur erwarteten STIKO-Empfehlung zur Impfung von Kindern und Jugendlichen ist in Vorbereitung **P1** ! Hinweis auf heutige Veröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin wurde platziert ! Zwei Grafiken zum Thema „Flatten the curve“ werden gezeigt ! Aufforderung, sich impfen zulassen, um Kinder im Umfeld zu schützen, wurde veröffentlicht ! Letzte Woche wurde ein Tweet zum Führen eines Kontakttagebuchs veröffentlicht	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Nicht besprochen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	
7	○ Dokument soll als ergänzende Handreichung zu den vorhandenen Empfehlungen eine Entscheidungshilfe bieten ○ Gleichzeitig wird noch einmal dargestellt, welche Aspekte für die Entscheidungsfindung relevant sind ○ Hinweis nach Vorstellung des Dokuments: Formulierung „Schutzmaske“ sollte vermieden werden, besser einheitlich als MNS bezeichnen ○ Als Fußnote empfehlenswert: Hinweis darauf, dass FFP-2 Masken keinen Unterschied in der Bewertung der Kontaktsituation machen ○ Tragen eines MNS „reduziert das Infektionsrisiko“ anstatt „schützt vor Infektion“ ○ Einwand: Entscheidungsspielraum für GÄ ist grundsätzlich gut, laut AGI-Diskussion besteht jedoch der Wunsch nach pauschalen, standardisierten, einfachen, schnellen und rechtssicheren Vorgaben ○ Pauschale Beurteilung ist nicht möglich, Einschätzung kann nur individuell und vor Ort stattfinden und muss dort begründet werden ○ Das Dokument betont, dass keine pauschale Entscheidung möglich ist. Haltung: Es sollen keine Klassen geschlossen werden um Non-COVID-Folgen zu vermeiden, dennoch werden Ausbrüche stattfinden, auf die individuell reagiert	FG36 (Hauer) Alle

werden muss
- Manche GÄ reagieren bereits sehr differenziert und brauchen keine pauschale Empfehlung
- Einrichtungsspezifische Gefährdungsbeurteilung vorab sollte empfohlen werden (GÄ können sich mit den Schulen im Vorfeld in Verbindung setzen)
- Was bedeutet „Liegen <u>überwiegend</u> Faktoren vor“? Die Tabelle lässt das offen, schwierig für GÄ
- Ein Score/eine Checkliste mit Gewichtung wäre Überoperationalisierung, setzt wissenschaftliche Erfassung und Begleitung voraus, ist komplex
- Besser Primärprävention in den Vordergrund rücken: Impfung von Erwachsenen schützt Kinder, symptomatische Kinder nicht zur Schule schicken
- Frage: Angenommen ALLE Erwachsenen im Umfeld der SuS sind geimpft, könnte man bei Ausbrüchen dann auf alle Maßnahmen verzichten?
- Dagegen sprechen Long-COVID-Verläufe, kognitive Defizite, die nach Infektion festgestellt wurden, vulnerable Personen im Umfeld der Kinder mit eingeschränktem Immunschutz
- Dafür spricht, dass die STIKO den Nutzen einer Impfung nach wie vor nicht höher bewertet, als das Risiko durch die Erkrankung
- Die Quarantäneempfehlungen werden in den Grundschulen wahrscheinlich nicht dauerhaft in der derzeitigen Strenge angewendet werden
- Wie ist das Vorgehen bei Influenzaausbrüchen?
- COVID-19 gleicht nicht der Influenza, Wissen zu Folgen bei Kindern ist begrenzt, Maßnahmen sollten beibehalten werden, um Schulöffnung aufrecht zu erhalten, Kindergesundheit sollte auf einer Ebene mit Erwachsenengesundheit betrachtet werden
- Die (psychosozialen) Folgen und daraus entstehenden Defizite bei Kindern durch wiederholte Schulschließungen müssen gleichzeitig mit der Erkrankungsfolgen betrachtet werden
- Hinweis: Pool-PCR-Tests sollten im Dokument propagiert werden, aus relativer Viruslast in der Probe etc. könnten Algorithmen für den Umgang mit Ausbrüchen/Quarantäne entwickelt werden
- Das Testkonzept in dieses Dokument aufzunehmen würde zu Kleinteiligkeit führen, passt besser in die „Grundsatzbewertung sichere/unsichere Schule“
- Vorsitzende der KMK hat darauf hingewiesen, dass Pooltestungen nicht bezahlt werden können und Kohortierung am Personalmangel scheitert
- Schaden durch psychosoziale Folgen ist hoch, durch die geringeren Krankheitslast bei Kindern ist schwer dagegen zu argumentieren

! Fazit: Das Dokument kann so veröffentlicht werden, als geeigneter Zeitpunkt wird nächste Woche (nach der Besprechung mit den Ländern in der AGI, in der auch das BMG

	informiert wird) festgelegt. Fachlicher Input wird weiterhin angenommen, ohne erneute Abstimmung	
8	**Update Impfen** ***(nur freitags)*** ! Online-Veröffentlichung zur Diskrepanz der DIM und COVIMO-Zahlen in Vorbereitung ○ Vier potentielle Quellen werden benannt: COVIMO überschätz Impfquote durch Selektionsbias, nur Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen werden befragt, Betriebsärzte werden nicht korrekt abgebildet, im DIM werden J&J-Impfungen nicht korrekt abgebildet ○ Die Wahrheit liegt wahrscheinlich zwischen den beiden Datenquellen ○ Heutige Veröffentlichung im EpiBull zum bisherigen Erfolg der Impfkampagne beschreibt, dass etwa 70.000 Meldefälle, 77.000 stationäre, etwa 19.600 intensivmedizinische Fälle sowie mehr als 38.000 Sterbefälle verhindert wurden ○ Vermittelt eine gute Impfmotivation nach außen ! Heute findet die STIKO-Sitzung zur Kinder- und Jugendlichenimpfung statt, Ergebnisse werden erst nach Beendigung kommuniziert ○ Ist dort thematisiert, dass die Entscheidung nicht durch den öffentlichen und politischen Druck beeinflusst sein, bzw. als Reaktion darauf erfolgen sollte? ○ Ja, wurde von Prof. Mertens eingebracht ! Wichtig für die Diskussion zur Booster-Impfung: Erste Publikation mit Hinweisen auf klinisches Waning erschienen (Fortführung einer Zulassungsstudie) https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261159, Alle 8 Wochen nimmt die Wirksamkeit von Biontec/Pfizer um etwa 6% ab, insgesamt aber gute Wirksamkeit von 85% ○ Wird es bei weiter zirkulierenden Infektionen zu eine natürlichen Boosterung der Impfung kommen? ○ Ist möglich, aber aus dieser Studie nicht abzulesen ○ Führte steigender Infektionsdruck zum Nachlassender Wirkung? ○ Inzidenzlage im Studienbereich war eher niedrig, trotzdem wurde der Effekt beobachtet ! Seit gestern wird das STIKO-Geschäftsstellen-Postfach von Querdenker -Mails geflutet ○ ! Ute Rexroth bietet Unterstützung an, es gab ähnliche Probleme im Lagezentrum, automatisches Verschieben kann eingerichtet werden.	FG33 (Harder)

9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)*	
	FG17 ! Virologisches Sentinel hatte in der letzten Woche 42 positive Proben, davon: ○ ¾ von Kindern ○ Einige für Rhinovirus ○ Einige für saisonale Coronaviren (NL-63 und OC43) ○ 21 für Parainfluenzavirus (Typ3) ○ Kein Sars-CoV-2 Nachweis, kein Influenzanachweis	FG17 (Biere) ZBS1 (Schrick)
	ZBS1 ! In KW 30 bisher 141 Proben, davon 48% positiv auf SARS-CoV-2 getestet.	(Abt1) Mielke
	Bericht aus AG-Diagnostik ! Hinweise für Praxen: Häufig wird bei Geimpften zurückhaltender getestet, hier soll gegengesteuert werden, Schwelle zum Test sollte bei Symptomatik für Geimpfte und Ungeimpfte gleich hoch sein ○ Hinweis: Bitte an das Flussschema zur Testung denken und ggf. mit aktualisieren ! Aktualisierung zur Testung von Mitarbeitern in Alten- und Pflegeheimen geplant, da nicht alle Mitarbeiter dort geimpft sind, sollte die Teststrategie aufrechterhalten werden, Daten werden derzeit zusammengestellt, federführend FG 37, begleitend FH14 und AG-Diagnostik ! Frage: Für Immunsupprimierte und andere vulnerable Gruppen ist diese Empfehlung klar. Sollten sich aber Geimpfte vor bspw. Restaurantbesuch testen lassen? ! Daten werden gerade gesammelt, Frage des neg. prädiktiven Werts eines negativen Tests bei Geimpften ist komplex, Evidenz muss gesucht werden, die Faktenlage ist nicht eindeutig ! Impfquote, Testung, Masking und Impfwirkung spielen eine Rolle, fachlich komplex ! Nächste Woche kann dazu, nach Diskussion in der AG-Diagnostik, mehr berichtet werden ! Derzeitige Haltung: Geimpfte Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen sollten Teil der Teststrategie sein, Test vor	

	Restaurantbesuch für Geimpfte nicht nötig ! Hinweis auf Publikation: Übertragung von Sars-CoV-2 einer vollst. geimpften HCW auf Partner ! Einzelfälle sind immer möglich	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Vorstellung eines Flussschemas für Hausärzte zum therapeutischen Einsatz monoklonaler AK ○ Soll nächste Woche nach Abstimmung mit STAKOB und FG COVRIIN zirkuliert werden ○ MAK werden bisher nicht ausreichend angewendet ! Wie ist das Setting für MAK (PEP ?) Im Bereich vulnerabler Gruppen? ○ Es gibt noch keine Empfehlungen von ZBS7/RKI dazu ○ Frage wird mitgenommen und beim nächsten Mal beantwortet	ZBS7 (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! KoNA gestaltet sich zunehmend schwierig ○ Großzügigkeit beim Platzwechsel ○ Ungenaue Listenführung ○ Sehr personalintensiv: 10 Personen/Tag ! Wegfall der Risikogebiete erforderte die Anpassung zahlreicher Dokumente, es werden nur noch Hochrisikogebiete (ab Inzidenz 200, in Drittstaaten auch ab Inzidenz 100 möglich) und Virusvariantengebiete ausgewiesen	FG38 (Rexroth)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Erlassbeantwortung weiterhin fordernd ○ Es wird von RKI-Seite weiter freundlich hartnäckig darauf hingewiesen, dass Mitarbeiter nicht direkt angesprochen werden	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** ! Keine angekündigt	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 11.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:01 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 11.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Nadine Litzba
- FG12
  - Annette Mankertz
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- FG 38
  - Ute Rexroth
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Ines Lein
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ZBS7
  - Katharina Lang
- ZIG1
  - Sofie Gillesberg Raiser
- BZgA
  - Christoph Peter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.799.425 (+4.996), davon 91.817 (+14) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 25,1/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 52.108.008 (62,7%), mit vollständiger Impfung 46.227.957 (55,6%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Weiter kontinuierlicher Anstieg, erhöhte Infektionsaktivität ▪ Relativ heterogenes Bild, nicht gleich über Deutschland verteilt ▪ Steigt in Hamburg steil an, mögliche Gründe: Reiserückkehrer, Schule hat wieder begonnen. ▪ Auch in SH und BE hohe Inzidenzen ▪ In anderen BL ist die Lage noch relativ ruhig. ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Anzahl LK mit Inzidenz >50 steigt weiter an. ▪ Norden und NRW stark belastet ▪ Höchste Inzidenz in Flensburg ▪ Vor allem Städte betroffen ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ In allen AG steigen Inzidenzen an. ▪ Bei 15-19 und 20-24 Jährigen sind Inzidenzen am höchsten. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe ▪ Ganz leichter Anstieg ▪ Deutschlandweit noch unter 1	FG32 (Diercke) Abt.3 (Rexroth) FG37 (Eckmanns)

	○ Expositionsländer ▪ Infektion im Ausland bei ca. 20% aller mit Angaben ▪ Typische Urlaubsländer (Spanien, Türkei, Niederlande, Kroatien, Griechenland) + Russische Föderation wurden am häufigsten genannt.	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Positivenanteil weiter gestiegen auf fast 4%. ▪ Deutlicher Anstieg bei relativer Konstanz der Anzahl Testungen. ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Letzten Sommer längere Phase mit niedrigem Positivenanteil: 13 Wochen <1% vs. 2 Wochen < 1%.	
	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Positivenanteil steigt an, Anzahl Tests sinkt noch. ▪ Direkter Vergleich zum gleichen Zeitraum im letzten Jahr: im Moment werden weniger PCR-Testungen durchgeführt als vor einem Jahr (< 300.000). ▪ Positivenanteil steigt bei 5-14 Jährigen am stärksten, bei 60+ Jährigen entspricht die Kurve dem Verlauf im Vorjahr. ▪ In Krankenhäusern wurden in etwa genauso viele Teste wie im letzten Jahr durchgeführt, in andere Einrichtungen ähnlich viele wie im letzten Jahr. ▪ Deutlich weniger Teste wurden in Arztpraxen durchgeführt: nur halb so viele Teste wie im letzten Jahr.	FG36 (Tolksdorf)
	○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Am meisten Testungen wurden bei >80 Jährigen, am wenigsten bei 5-14 Jährigen durchgeführt. ▪ Der Positivenanteil ist am höchsten bei 5-14 Jährigen, am zweithäufigsten bei 15-34 Jährigen.	FG17 (Dürrwald)

	▪ Die Anzahl positiver Testungen /100.000 Einw. ist bei 15-34 Jährigen am höchsten. ▪ Dieser Anstieg ist überraschend, da noch in vielen BL Schulferien sind. ○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen ▪ Noch kein starker Anstieg, aber Ausbrüche nehmen tendenziell zu.	
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. ▪ Bei Kindern (0-14 Jahre) und bei Erwachsenen (35-59 Jahre) Rückgang bzw. leichter Rückgang.	MF4 (Fischer)
	○ ARE-Konsultationen ▪ Bei Kindern ist der Konsultationsindex leicht zurückgegangen. ▪ In etwa die Hälfe der BL Rückgang der ARE-Raten bei Kindern.	Schaade
	○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Insgesamt stabile Werte in den letzten Wochen. ▪ Sehr leichter Anstieg, jedoch nicht in den ältesten Altersgruppen, hier sind die Fallzahlen eher niedriger als in Vorsaisons. ▪ Anteil COVID unter SARI-Fällen: nach Plateau (7 Wochen < 10%) in KW 31 schon wieder über 10%. ▪ COVID-Fälle in Intensivbehandlung sind vergleichbar mit letztem Jahr.	
	○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen ▪ 27 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte, Anzahl bleibt aber niedrig. ▪ Anzahl Ausbrüche in Schulen relativ niedrig, nur 2 Ausbrüche in KW 31.	FG36 (Kröger)
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur*	

	mittwochs) (Folien hier) ○ 83 Einsendungen (-31) aus 25 Praxen in KW 31 ○ Niedrigste Einsenderate in diesem Jahr. ○ 73% positive Virusnachweise (-7% im Vergleich zur Vorwoche), Rückgang der Rhinovirusnachweise, kein Influenzavirus, kein HMPV ○ Rhinoviren: Rückgang vor allem bei 35-60 Jährigen ○ Parainfluenzaviren: wurden am häufigsten nachgewiesenen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen ○ RSV: leichter Anstieg ausschließlich bei 0-4 Jährigen, stärkerer Anstieg zu erwarten ○ SARS-CoV-2: gestern ein positiver Nachweis ○ Saisonale Coronaviren: ▪ NL63: 2.Woche in Folge nicht nachgewiesen ▪ OC43: aktiv sporadisch aktiv über mehrere Altersgruppen verteilt	Schaade Presse Fischer Diercke
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 448 behandelt, 61 mehr als letzte Woche ▪ Leichte Beatmungsfälle steigen an, invasiv beatmete nehmen langsam wieder zu. ○ Anteil der COVID-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten ▪ Besonders auffällig: NRW, Anstieg von 24 auf 122 Patienten ▪ Im Saarland und RP steilere Anstiege ○ Anteil Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene ▪ Von Seiten der Politik Interesse an Daten auf Kreisebene ▪ Es handelt sich um Standorte der KH nicht Wohnorte der Patienten. Zwar hohe Korrelation zwischen Patienten-Wohnort und Standort, jedoch nur Aussagen für Versorgungscluster (von Bedeutung für Rettungsstellen) möglich.	Eckmanns Mielke

- Altersstruktur
  - Von 92% aller gemeldeten Fälle übermittelt
  - Verschiebung in die jüngeren Altersgruppen.
  - Die AG der 60-69 Jährigen nimmt prozentual ab, jüngere AG zu.
  - Absolute Anstiege bei 30-59 und bei 80+ Jährigen
  - 60-79 Jährige stabil
- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen
  - Vor allem Anstiege in Nord, Süd-West und West prognostiziert, Lage insgesamt moderat stagnierend.

! **VOC/Delta-Variante** *(nur mittwochs)* (Folien hier)

- Übersicht VOC in Erhebungssystemen
  - Trend bei Genomseq. hat sich fortgesetzt. Delta liegt bei knapp 98%, Alpha nur noch bei knapp 2%.
  - Es gibt eigentlich nur noch eine Variante, die das Geschehen beherrscht.
  - Gleiche Entwicklung auch in Testzahlerfassung und IfSG-Daten
- Verteilung aller VOC und VOI
  - Vielfalt der Virusvarianten nimmt rapide ab, in KW 30 nur noch 7 Varianten detektiert.
- Anteil der Genomsequenzierungen
  - Liegt bei > 20%, in KW 29 bei knapp 30%

! Trendumkehr ist zu sehen. Sollte im Wochenbericht deutlich gemacht werden, sachlich nicht alarmistisch.

- Nicht Schulen, sondern Freizeitverhalten in den Ferien ist Treiber der Pandemie. Eltern mit schulpflichtigen Kindern sollten deshalb möglichst durchgeimpft sein.

! Häufig Fragen zum Anteil von Impfdurchbrüchen auf Intensivstationen. Geht das aus DIVI-Daten hervor?

- DIVI würde das gerne erfassen, laut

	Intensivregisterverordnung ist Impfstatus nicht vorgesehen. Frage kam jedoch auch schon vom BMG, demnächst Verordnungsanpassung. ○ Daten zu Impfdurchbrüchen werden im Wochenbericht veröffentlicht. Daten stammen aus Meldewesen. Nächste Woche sollen ausführliche Analysen veröffentlicht werden. ○ Die Definition von Impfdurchbrüchen ist relativ kompliziert. Schwierige Analyse, kann im Intensivregister nicht in der nötigen Tiefe erfasst werden. ○ Im DIVI-Register könnte abgefragt werden, wer von den COVID-Patienten, die auf ITS aufgenommen werden, geimpft ist. Hier handelt es sich um eine etwas andere Information als bei Impfdurchbrüchen. ○ Im Meldewesen wird mitgeteilt, wenn ein Patient auf Intensivstation kommt. Dieser Meldeinhalt ist in der Verordnung enthalten. Im Moment ist unklar, wie vollständig die Daten sind. Die Kommunikation soll gestärkt werden. ○ Zunächst wird die Publikation aus den Meldedaten nächste Woche abgewartet. Nach der Publikation kann mit BMG in Dialog getreten werden, ob eine Erfassung im DIVI gewünscht wird. ○ Meldung ans DIVI ersetzt nicht die Meldung im Rahmen des Meldesystems (gesetzliche Verpflichtung). ○ Deshalb evtl. besser keine Doppelerfassung, damit Compliance nicht leidet. ! Dass in Arztpraxen mehr getestet werden soll, sollte breit kommuniziert werden. ○ Morgen kommt ein Tweet dazu. ○ Abbildung zu Arztpraxen wird morgen in Lagebericht aufgenommen. Aufruf an Praxen mehr zu testen. ! Wie kommt es, dass Alpha von Delta ersetzt wurde? ○ Konkurrenzprinzip, welches Virus ist schneller. ○ Ausdruck einer epidemischen Potenz, virulentere, zur Persistenz besser befähigte Variante setzt sich durch. ○ Prävalenz eines Erregers in der Population, die im Übertragungsgeschehen am bedeutendsten ist. Anteil in Population der Hochaltrigen geht zurück. Die Variante, die	

	in der Population, die am aktivsten ist, verbreitet ist, breitet sich aus. ! Erlass zu Influenza bis nächste Woche: Was ist im nächsten Herbst zu erwarten, wie kann das eingeordnet werden? ○ FG17 kann nicht einschätzen, ob schon in diesem Jahr mit einem verstärkten Auftreten von Influenza zu rechnen ist. ○ In einer der nächsten Saisons ist damit sicher zu rechnen. Wann ist schwer einzuschätzen. ○ Influenzaimpfungen sollten nicht vernachlässigt werden. ○ Ist genug Influenzaimpfstoff vorhanden? *ToDo: Zahl für nächste Krisenstabsitzung ermitteln.*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! auf Freitag verschoben	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Planen Themenseite zum Thema Long Covid, soll diese Woche noch veröffentlicht werden. ! Hierzu viel aus FAQ vom RKI übernommen. **Presse** ! Bei Twitter wurde die halbe Million Follower überschritten. ! Geplant Wochenberichte mit Tweet zu begleiten. ! Im Krisenstab soll jeweils mittwochs besprochen werden, was Hauptbotschaft ist. ! Erweiterung des Schulpapiers ist bereit zur Veröffentlichung. ○ Soll dazu getwittert werden? keine neue Empfehlung ○ Wenn „zur bestehenden Quarantäneempfehlung“ dazu geschrieben wird, dann ja.	BZgA (Peter) Presse (Wenchel) P1 (Lein)

	Wissenschaftskommunikation ! Tweets werden zum Wochenende retweetet. Heatmap erscheint sinnvoll. ! Bespricht Presse nochmal intern. Ein Tweet jede Woche könnte dazu führen, dass sich die Botschaft abnutzt.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Einordnung MPK-Beschlüsse ○ RKI hat ganz gut Gehör gefunden. ○ Formel soll präsentiert werden. Weiter Inzidenz, aber auch Anzahl Impfungen und Hospitalisierungsinzidenz? ○ Noch hat das RKI keinen Auftrag über das, was schon geliefert wurde, hinaus. RKI hat sich schon mit konkretem Vorschlag geäußert. ○ Es sollte kommuniziert werden, dass das RKI nicht davon ausgeht, dass das komplexe Geschehen in einer Formel abgebildet werden kann. Verschiedene Möglichkeiten mit einem Indikatorenset werden mit dem BMG erörtert. ! Quarantänedauer und KoNa-Anlässe ○ Aus der AGI kommt der Wunsch, im Zusammenhang mit den Schulöffnungen (und demnächst Großveranstaltungen) das Containment zu überdenken. Es gibt sehr starke Widerstände, die Infektionsketten weiterhin nachzuverfolgen. ○ Eine Aufgabe des Containments sollte das RKI durch Empfehlungen nicht auch noch stützen, ist nicht im Interesse des RKI. ○ In welchen Settings sollen Kontaktpersonen noch nachverfolgt werden? Kann Quarantänedauer verkürzt werden? ○ Es gibt Hinweise, dass die mediane Inkubationszeit bei Delta kürzer sein könnte. FG36 sichtet zurzeit die Daten zur Inkubationszeit bei Delta. Gibt es evidenzbasierte Hinweise, dass die Quarantäne verkürzt werden könnte? ○ Das akzeptierte Restrisiko muss nicht das RKI festlegen. ○ Es wäre sinnvoll an Dingen, die festgelegt wurden, festzuhalten oder sie aufzugeben und sie nicht immer	Alle Schaade Rexroth

	wieder zu modifizieren. Ob es sinnvoll ist, variantenspezifisch nach zu justieren, sollte geprüft werden. ○ Könnte die Quarantänezeit wie im Kontext Reisen verkürzt werden? In die Diskussion in FG36 soll mit aufgenommen werden, ob auch innerhalb Deutschlands eine Verkürzung auf 5 Tage mit Test möglich wäre. ○ Hintergrund der Diskussion ist, die Akzeptanz der Maßnahmen zu verbessern. ○ Eine Quarantänezeitverkürzung würde das Signal senden, dass die aktuelle Situation doch nicht so schlimm ist. ○ Wer würde eine Freitestung bezahlen und wer würde sie durchführen? ○ RKI sollte in sich stimmige Empfehlungen machen, die Umsetzung ist nicht Problem des RKI. ○ Frage: Wird am Konzept des Containments festgehalten, und wenn ja, welche Modifikationen sind unter Delta möglich?	Bremer
	○ Aufgabe von Containment wäre politische Entscheidung. Es gibt keinen fachlichen Grund an den Maßnahmen etwas zu ändern. ○ Länder haben sich dafür stark gemacht, KoNa fallen zu lassen. Haltung der Bundesregierung ist zurzeit, die KoNa soll aufrechterhalten werden. Muss von GA vor Ort unter Berücksichtigung der Ressourcen entschieden werden. ○ Kann im Moment nicht abschließend diskutiert werden. Quarantänedauer 5 Tage + Testung wäre sinnvoll, wenn dies fachlich begründet werden kann. ○ Zu rigide sollte das RKI nicht sein, wird nochmal diskutiert.	Ziese
	b) RKI-intern ! „Immunisierungsquote“ in der Bevölkerung ○ Anfrage von Hr. Kubicki nach der Immunisierungsquote der Bevölkerung: Für die Antwort wurden Impfungen + Genesene und Ergebnisse der SeBluCo-Studie herangezogen. Gibt es Modellierungen dazu? Laut den letzten Ergebnissen aus SeBluCo ist die Antikörperquote sehr niedrig. ○ Soll sich das RKI mit dem Thema weiter auseinandersetzen? Laut BMG handelt es sich um eine Frage, die untersucht werden sollte.	

	○ Eine weitere Welle SeBluCo durchzuführen wäre sinnvoll. ○ Ende des Jahres werden Daten der 2.Welle des RKI-SOEP vorliegen (repräsentativer Stand). ○ Wäre bis dahin eine mathematische Hochrechnung sinnvoll? ○ Eine konservative Rechnung dürfte zeigen, dass noch keine Bevölkerungsimmunität vorhanden ist. ○ Seroprävalenzen werden aufgrund von Studien ermittelt. Bei Genesenen ist der Infektionszeitpunkt unbekannt und nicht klar, ob sie noch geschützt sind. Richtig belastbar sind nur Zahlen zur vollständigen Impfung. ○ Was ist der Mehrwert einer Modellierung, wenn keine Aussagen zur protektiven Potenz der Antikörper gemacht werden können. ○ Würde man davon ausgehen, dass alle Genesenen immun sind und von einer Untererfassung um den Faktor 3, käme man auf ca. 12 Mio. Genesene. Der Anteil der Genesenen mit Impfung kann nicht rausgerechnet werden. Die Dunkelziffer-Fälle sind zum Teil vermutlich auch geimpft. ○ Muss konservativ gerechnet werden. *ToDo: Mit FG33 besprechen, ob Modellierung sinnvoll ist.* ○ Limitationen der Interpretation liegen vor. In FG33 werden zurzeit die Unsicherheiten eines Antikörpernachweises zusammengetragen (Erlass bis 18.08.). Abt. 1 hat hierzu Text für FG33 erarbeitet.	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	○ Schlussfolgerungen: In Altenheimen ist weitergehende Vorsicht angebracht. ○ FG37 steht in intensivem Austausch mit BMG: Maske + AHA gehört nach wie vor dazu, sowie Impfungen bei Bewohnern	FG37 (Eckmanns)

	und Personal. Mitarbeiter dürfen befragt werden (Hr. Sangs). ○ Argument für weitere Testungen in Heimen ○ Warum steigt Kurve wieder? ▪ Nachlassende Impfeffektivität? Hängt möglicherweise mit Delta zusammen, sehr vorsichtig zu interpretieren. ○ Flyer zum Schutz von Bewohnern im Heim wird nochmal überarbeitet. Sinnvolle Teststrategie noch zu integrieren. ! Zur Information: Erhebung zur Kindergesundheit geplant ○ Es ist geplant, an die laufende GEDA-Studie eine Kindererhebung für 2-17 Jährige anzuhängen. ○ Befindet sich noch in Konzeptionsphase, Finanzierungsmöglichkeiten werden gesucht.	Abt2 (Ziese)
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, 13.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende:12:55 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 13.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- Abt. 1
  - Annette Mankertz
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Ute Rexroth
  - Nadine Litzba
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Barbara Biere
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG32
  - Michaela Diercke
- FG33
  - Ole Wichmann
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ZBS1
  - Livia Schrick
- ZBS7
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- P1
  - Ines Lein
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZIG
  - Heinz Ellerbrok
- ZIG1
  - Sofie Gillesberg Raiser
- BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Gleiche Länder wie letzte Woche Steigerung der Fallzahlen in USA, Iran, Thailand, UK Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Hohe Inzidenzen auf allen Kontinenten/in allen WHO-Regionen Steigerung besonders in West Pazifik Region und in Amerika Anteil der Fälle weltweit in Amerika und Europa am größten Anzahl Todesfälle steigt, besonders in West Pazifik, Europa USA Fallzahlen aktuell sehr hoch und steigend, die Delta-Variante überwiegt, vor allem in südlichen Staaten Inzidenzen bei 0-17-jährige zurzeit niedriger als in der letzten Winterwelle (Nov 2020 – Feb 2021), jedoch Hospitalisierungsrate höher als während der Winterwelle für diese AG Keine Details zu kleineren Altersgruppen (nur 0-17) Impfquoten in den USA sind nicht so hoch, und stark abhängig von den demografischen Gruppen Auch wenn die AG-spezifische Inzidenz niedrig ist, eher hohe Hospitalisierungsinzidenz bei den Kindern, könnte an der Delta-Variante liegen	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.810.641 (+5.578), davon 91.853 (+19) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 30,1/100.000 Einw., steigt langsam an Hospitalisierungsinzidenz bei knapp 1/100.000, im RKI-Stufenplan liegt der erste Grenzwert bei 3 10% der Kreise (39) haben eine 7-T-I >50/100.000 Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 52.240.943 (62,8%), mit vollständiger Impfung 46.653.588 (56,1%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: In HH weiter steiler Anstieg, Datenübermittlung von dort findet am Vormittag statt (also eher Vortagszahlen) In NW und fast allen anderen BL auch Anstieg zu sehen, kein steiler Anstieg ST, SN, TH Tendenz R-Wert: heute 1,3, Anfang August gab es einen Rückgang mit Annäherung an 1, nun wieder steigend, dies ist auch über die nächsten Tage zu erwarten Geografische Situation: höhere Inzidenzen im Norden, Westen, Süden, hier wieder Kreise mit sehr hohen 7-T-I Sterbefallzahlen: aktuell ist keine Übersterblichkeit sichtbar Hospitalisierungsinzidenz: bei 5-14-jährigen am niedrigsten und nur leicht angestiegen, bei 0-4- nur sehr leichter (unauffälliger) Anstieg	FG32

	Diskussion geografische Verteilung Inzidenz in Städten immer höher 5 östliche BL (außer Berlin) aktuell niedrigste Inzidenzen Umkehrung des Geschehens in der 3. Welle SN: niedrigste Impfquote und sehr niedrige Inzidenz SH: Warum ist die Inzidenz hier aktuell so hoch, wie könnte dies erklärt werden? Hypothesen: Gesamtdurchseuchung, Tourismusbewegungen/ Urlaub, Ferienende SH war bisher relativ wenig stark betroffen, Akzeptanz der Maßnahmen ggf. gesunken Überlagerung vieler Aspekte ist möglich, dies sollte genauer untersucht werden, wird in Meldedatengruppe eingebracht Rückmeldung aus SH zu Inzidenzhöhe nennt drei Gründe Schulferien/ Urlaubsreisen Schulbeginn Sondersituation in besonderen Umfeldern Kollegen berichten, dass eine Verlangsamung des Anstieges sich andeutet	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Letztes Wochenende wurde ein gemeinsamer Einsatz mit der SEEG im Nordirak beendet, ZBS1 und ZIG4 haben diesen unterstützt, es ging um die Typisierung von VOC Diese Woche Einsatz zur Stärkung der Laborkapazitäten in Montenegro Heute beginnt ein Einsatz nach Namibia zur Fortführung der Stärkung regionaler Laborkapazitäten, inkl. Personalschulung	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* Folie hier CWA Wird weiterhin beworben 32 Mio. Downloads, 490.000 geteilte positive Ergebnisse Nächste Woche wird neue Version herausgegeben Weiterer Schritt in der Vereinbarung mit Luca zur Interoperabilität Heatmap wurde sehr erfolgreich 3-mal gepostet (Twitter) CWA-Twitter-Account Erreicht insgesamt viele und ist wichtige Plattform Nicht nur auf CWA bezogen, auch Möglichkeit RKI-Berichte sichtbarer zu machen (>70.000 Views) In 2 Monaten 18.000 Follower Vorteil der Retweets durch große Accounts Stimmung in der community ist positiv, wenig negative Stimmen CovPass -App: 14 Mio. Downloads DEA ~45.000 Anmeldungen pro Tag Anpassung an Reise-VO wurde eingebaut, nächste Woche erneut Kommunikation hierzu	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung** Dokument hier Anpassung der Risikobewertung, u.a. angesichts des raschen Anstiegs der Fallzahlen (30% pro Woche) Todesfallzahlen weiterhin niedrig, jedoch Anstieg intensivmedi-zinisch betreuter KKH-Aufenthalte Infektionsketten sind zunehmend weniger nachvollziehbar Noch stets gibt es Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen Anpassung der Formulierung zu den Varianten Verweis auf die unzureichende Impfquote Neuformulierung des Impfschutzes durch aktuelle Impfstoffe im Sinne von „guter Schutz auch vor schwerer Erkrankung (>90%)“ Wichtiger Schutz durch generelles Maskentragen	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Nichts zu berichten **Presse** Wochenbericht gestern wurde durch Tweet zum Testen begleitet und positiv aufgenommen, Ansatz wird fortgesetzt RKI Social Media Team erfährt mehr negative Kommentare über Twitter als das CWA-team **P1** Nichts zu berichten	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3

7	**Dokumente** Aktualisierung von zwei FAQs und zu FFP2 FAQ zu FFP2 hier Streichung missverständlicher Passage zum Dichtsitz FAQ zu Masken hier Anpassung der Passage zur Übertragung in öffentlichen Innenräumen bezogen auf das Zusammentreffen von Personen mit unbekanntem Status Geimpfte, die trotz Impfung infiziert sind (Impfdurchbrüche bei ca. 79%), scheiden Delta fast so aus wie ungeimpfte nicht alle geimpften die exponiert sind scheiden Delta aus, nur die, die Infektion erleiden, nur Impfdurchbrüche, wurde auch von PHE so dargestellt STIKO empfiehlt 1 Dosis für Genesene, es sei denn, es sind immundefiziente Personen, die voraussichtlich nicht gut auf die Impfung ansprechen Arbeitsplatz wird als öffentlicher Raum betrachtet, jedoch ist hier Risikobewertung möglich(er) Neue Formulierung sowie weitere kleinere Anpassungen wurden abgestimmt	FG14/alle
8	Wenn ein Restrisiko bei Geimpften akzeptiert wird, sollte an anderer Stelle auch großzügiger mit Maßnahmen umgegangen werden (z.B. Schulklassen in Quarantäne) Viruslast kommt von virologischen Daten, epidemiologische Daten stehen noch aus, aus KKH-Sicht besteht die Sorge, dass Geimpfte nach Delta-Kontakt ggf. auf medizinisch vulnerable Personen treffen, wie wird hiermit umgegangen, werden sie getestet auch wenn geimpft, oder nicht? Bei Arbeit im KKH/ in diesem Setting sollte (generell mehr) getestet werden Können Geimpfte/Genesene (in Bezug auf Delta) ohne Test ins Stadion, in den Club usw. FG33 soll dies bitte anhand der vorhandenen Daten bewerten, bis Mittwoch den 24.08. *ToDo: FG33 Bewertung der vorhandenen Daten bezüglich Maßnahmen bei Delta-Kontakt bei Geimpften/Genesenen* Impfauffrischung Wenn Nebenwirkungen der 3. Impfung nicht bedenklich sind, lieber früher als später Impfung um Transmission zu reduzieren Menge Bestellter Influenza-Impfstoffe [ID4122] Letztes Jahr war nicht genug Impfstoff verfügbar Kontakt mit PEI, denen Bestellmengen gemeldet werden 25 Mio. Impfdosen, von welchen 10 Mio. Hochdosisimpfstoff, der vor allem für >60-jährige indiziert ist, ca. 20 Mio. >60-jährige ! zu wenig Impfstoff Bundesreserve ist geplant, aber deren Größe unbekannt Impfkampagne wird intensiviert, diese soll im Herbst starten	FG33

	und auch zu COVID-19-Impfung aufrufen, BZgA ist involviert Bis dahin wird ggf. auch Ko-Administration anvisiert (aktuell wird zeitlicher Abstand empfohlen) **Impfstoffe** RCT Biontech zu waning immunity, Folien gerne noch hier ablegen Beobachtungszeitraum 6 Monate, Datenschluss Ende März, also vor Delta-Zirkulation Gesamteffektivität von 92% bei ≥ und < 65-jährigen, inklusive Risikogruppen Ergebnisse legen keine Unterschiede nach Alter oder Risikogruppen nahe Stratifizierung nach Zeit: 6% Rückgang im Impfschutz alle 2 Monate, bei 6 Monaten noch 84% Schutz vor schwerem COVID-19 bei Delta-Variante war bei Biontech hoch bei zwei Impfungen Schutz durch natürlich Infektion liegt bei ~73%, niedriger als bei Impfung USA Kohorten-Studie 20.000 TN mit Biontech, 20.000 mit Moderna geimpft Auswertung von Schutz vor Infektion Dominanz im Juni-Juli war Delta Schutz vor Infektion war bei Biontech geringer als bei Moderna, und generell niedriger als bei Alpha, Verhinderung von Infektion bei 50% (Biontech) bzw. 75% (Moderna) Moderna hat höhere Dosierung, durch höhere Titer ggf. höherer Schutz Schutz vor Hospitalisierung war bei beiden sehr hoch, 75-80 (nach anderen Daten um die 90%) Leichtes Waning ist zu beobachten, dies betrifft zunächst den Schutz vor Infektion Moderna scheint etwas überlegen bezüglich der Erhaltung des Schutzes vor Infektion – passt auch zu israelischen Daten, UK-Daten lagen höher (79%) Keine Daten zur waning immunity bei heterologem Impfschema (Astra und dann mRNA-Impfstoff), generell scheint dies gut zu funktionieren, in UK und Israel war dieses Schema eher eine Ausnahme Fraglicher ist der Umgang mit 1-mal mit Jansen Geimpften Studien noch keine zum Waning und klinischer Wirksamkeit mit harten Endpunkten Können wir noch sagen „bei Impfung keine Testung z.B. für Restaurantbesuche“? Bei der aktuellen Datenlage ja **STIKO** Neues Stellungnahmeverfahren wird Montag geöffnet Impfung von Jugendlichen, da manche Impfstoffe ab 12 zugelassen sind, wird abschließend diskutiert Auffrischimpfung, hierzu viele Rückfragen aus den BL wegen GMK Beschluss, vieles ist noch zu klären (welche Gruppen, welcher Impfstoff, ab 80 Jahren?, in Alten- und Pflegeheimen?, zeitlicher Abstand)	

	Evidenz wurde noch nicht aufgearbeitet, Indikation sollte klar stehen und sinnvoll sein (z.B. nicht auf drohendem Verfall von Impfstoff basieren)	
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte 51 Proben 2 weitere SARS-Nachweise aus 3 BL (kein Link vermutet) Rhinoviren und 0 Influenzaviren Influenza Update Südhalbkugel Es zirkuliert vor allem B Victoria Generell mehr Influenza als im Vorjahr Analysen durch WHO stehen noch aus Influenza scheint nicht so unterdrückt zu sein, dass die Daten nicht interpretierbar sind, diese liegen im 3-stelligen Bereich und ermöglichen Rückschlüsse **ZBS1** 222 Proben, davon 54% positiv Außerdem 541 Proben über BECOSS-Studie (Corona Schulstudie Berlin) Aufdeckung der Übertragungswege im Schulkontext 3 Zeitpunkte sind zur Probenahme geplant Federführung durch Charité	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Delta-Variante (VL, Shedding) [Antwort auf Frage Krisenstab 04.08.2021, ID4089] Müssen die Empfehlungen angepasst werden, abhängig davon, wie lange relevante Ausscheidung von Delta belegt ist? Virus hat nach vorhandenen Daten initial eine höhere Viruslast aber generell keine höhere Ausscheidung im Vergleich zu herkömmlichen Varianten Empfehlungen werden so belassen, es besteht kein Grund, von den 14 Tagen als Entlasskriterium abzuweichen	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* Letzte Woche wurde berichtet, nichts Neues diese Woche	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)*	FG38

	Erlasse werden weiterhin auch von diversen Personen vom BMG (und nicht ausschließlich der dedizierten Email-Adresse) im RKI-LZ angenommen	
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:47

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 18.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Nadine Litzba
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffczyk
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - John Gubernath
  - Esther-Maria Antão
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS7
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.835.375 (+8.324) Fälle, davon 91.921(+22) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 40,8/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 52.803.002 (63,5%), mit vollständiger Impfung 48.109.314 (57,8%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Weiterhin steigende Inzidenz ▪ Wie letzte Woche sehr unterschiedliche Werte in den BL ▪ Sehr hohe Zahlen in HH, BE, NW, SH ▪ Anstieg bin HH und BE hat sich verlangsamt, steiler Anstieg in NW, Beruhigung in SH (wurde in EpiLag-Telko bestätigt) ▪ Im geografisch mittleren Bereich zeichnen sich langsame Anstiege ab: TH, SN, BB ▪ Regionale Unterschiede wahrscheinlich durch unterschiedliche Schulferien/Teststrategie begründet, in HH und BE (bereits Ferienende) sind v.a. 5-14Jährige vom Anstieg betroffen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Anzahl LK mit Inzidenz >50 steigt weiter an. ▪ Schwerpunkt liegt in NW, auch in BY und BW sind jetzt einzelne Kreise betroffen, ▪ Spitzenreiter ist weiterhin Flensburg mit 116/100.000 Einw., gefolgt von Berlin/Neukölln, Wuppertal und Bonn ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ In allen AG Anstieg der Inzidenzen ▪ Weiterhin liegen bei 15-19 und 20-24Jährigen die	FG32 (Diercke) Rexroth

	Inzidenzen am höchsten ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe ▪ Anstieg in allen Altersgruppen ▪ Bei +80Jährigen jetzt > 2/100.000 Einw. ▪ Starker Anstieg auch bei den 0-4Jährigen auf jetzt >1 ○ Expositionsländer ▪ Nicht besprochen	FG37 (Eckmanns)
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Positivenanteil ist sprunghaft auf >6% gestiegen ▪ V.a. in den Arztpraxen wird nicht niederschwellig genug getestet ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten sind vorhanden, unter 30% Auslastung **ARS-Daten** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Positivenanteil steigt weiterhin an ▪ Vergleich der BL: Postivenanteil in HH jetzt > 15%, NRW 10%, Anstieg auch in RP, geringer Anstieg in den östl. BL ▪ In den Arztpraxen sprunghafter Anstieg des Positivenanteils auf >10% ▪ Jetzt 50.000 Testungen, im gleichen Zeitraum 2020 waren es 100.000 Testungen ▪ Im gesamten Pandemieverlauf lag der bisher höchste Positivenanteil bei 15%, derzeit bei 10 % ▪ Es sollte mehr getestet werden ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ In der Altersgruppe der +80Jährige wird am	FG36 (Buda)

	häufigsten getestet, mit dem geringsten Postivenanteil, dies scheint in Arztpraxen stattzufinden, da in Pflegeheimen PCR nicht erstattet wird ▪ Die niedrigsten Testzahlen und der höchste Positivenanteil zeigen sich bei 5-14Jährigen, möglicherweise bedingt durch POCT- Testungen an Schulen, die dann erst zur PCR-Bestätigung kommen ▪ Der Positivenanteil nach Altersgruppe und Woche liegt am höchsten bei 5-14Jährigen, gefolgt von 15-34Jährigen ▪ Die Anzahl positiver Testungen/100.000 Einw. ist bei 15-34Jährigen am höchsten, gefolgt von den 5-15Jährigen ○ Anzahl der VOC->Nachweise (ohne B.1.1.7) ▪ Anstieg von B.1.351 (Beta) auf mehr als 50 Nachweise (8%) ▪ B.1.617 (Delta) überwiegt bei weitem	FG17 (Biere)
	○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen ▪ Anstieg auf niedrigem Niveau	MF4 (Fischer)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Rückgang der ARE-Rate ist im Vergleich zur Vorwoche ▪ Gesamtzahl jetzt < 2 Mio (Vorwoche 2,2 Mio) ▪ Hauptrückgang bei Kindern (5-14), aber auch Rückgang bei 15-34 und 35-59Järigen, stabil bei >60Järigen ▪ Anstieg bei 0-4Jährigen ○ ARE-Konsultationen ▪ Rückgang der Rate auf 545/100.000 Einw. (450.000 Konsultationen) ▪ Feriendichte ist weiterhin hoch ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Niveau entspricht dem der Vorjahre	FG36

	▪ Anstieg bei den 35-59Jährigen	(Kröger)
	▪ 15-34Jährige befinden sich im oberen Bereich des erwarteten sommerlichen Niveaus	
	▪ Anteil COVID unter SARI-Hospitalisierungen: Anstieg auf 20% aller Hospitalisierungen, bei ITS sogar auf 27%	
	▪ SARI-Fälle mit/ohne COVID-19: 2.Woche in Folge Anstieg des SARI-Fälle mit COVID-Diagnose, insbesondere bei den 35-59Jährigen	Kröger/Eckmanns
	○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen	
	▪ 20 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte, relativ ruhig in diesem Bereich	
	▪ 32 neue Ausbrüche in Schulen, relativ niedrig, noch hohe Feriendichte	
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier)	
	○ 92 Einsendungen aus 25 Praxen in 13 BL	
	○ 75% von <15Jährigen	
	○ Virusnachweise in 65 Proben (71%)	
	○ In KW 32 1 Sars-CoV-2 Nachweis (Baby)	
	○ Kein Influenzanachweis	
	○ Rhinoviren: 30% der Proben	
	○ PIF 3: 30% der Proben	Fischer
	○ RSV: Einige Nachweise (ggf. Beginn einer Welle)	Diercke
	○ Endemische Coronaviren: OC43 sporadisch, kein Nachweis von NL 63	
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier)	
	○ COVID-19-Intensivpflichtige	
	▪ 597 Behandelte, 149 mehr als letzte Woche	
	▪ Anstieg bin vielen BL	Diercke
	▪ Anstieg in allen Behandlungsgruppen	

	▪ Deutlicher Anstieg bei Erstaufnahmen: Ende Juli 20 pro Tag, jetzt 35-40 pro Tag ○ Anteil der COVID-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten ▪ Besonders auffällige Anstiege: HH, HB, BE, NRW, RP ▪ Anteil in 12 BL < 3%, in 4 BL > 3% (HH 5%) ○ Anteil Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene ▪ Anstieg breitet sich von Westen her aus ○ Altersstruktur ▪ Von 91% aller gemeldeten Fälle übermittelt ▪ 52,7% der Behandelten aus der Gruppe der <60Jährigen (letzte Woche 48%) ▪ Altersmedian ist erstmals in die Gruppe der 50-59Jährigen gesprungen ▪ Die AG der 60-80Jährigen nimmt prozentual ab ▪ Relativ steiler Anstieg bei 40-49Jährigen und >80Jährigen ▪ 0-29Jährige konstant niedrig ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient:innen ▪ Anstieg für Gesamtdeutschland prognostiziert ▪ Deutlicher für Nord, West und Südwest, aber auch Aufwärtstrend für Süd und Ost ! **VOC/Delta-Variante** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen ▪ Trend bei Genomsequenzierung hat sich fortgesetzt. Delta liegt bei 98, 5%, Alpha nur noch bei 1,2%, Gamma 0,1 %, im Unterschied zu ARS-Daten keine Nachweise von Beta ▪ Auch RKI-Testzahlerfassung und IfSG-Daten zeigen ähnliche Zahlen *ToDo: Abgleich mit ARS-Daten und Klärung: Beta-Varianten müssten ja gemeldet werden, warum liegt hier eine Diskrepanz vor?*	Schaade Mielke Mielke/ Schaade Rexroth/Siffczyk

- Verteilung aller VOC und VOI
  - Von Pangolin wurden 13 Delta-Sublinien (AY.1-13) definiert (nach Auftreten, nicht nach Eigenschaften)
  - Delta und Subvarianten dominieren
  - Vielfalt der Varianten nimmt weiterhin ab: nur 2 nicht VOC/VOI Varianten
  - B1.621: von ECDC als VOI, von WHO bisher als „*Alerts for Further Monitoring*“ geführt, seit Januar in DE 74 Nachweise, max. 3/Woche, letzte Woche kein Nachweis
- Anteil der Genomsequenzierungen
  - Im globalen (12,62%) Vergleich ganz gut (4,69%)

! **Diskussion**

- Zahlen zeigen eindrücklich, wie weit RKI im Voraus ist, was die Indikatoren betrifft. Positivenrate hat letztes Jahr gut mit ITS-Belegung korreliert, ist das dieses Jahr auch so, ggf. früher durch stärkeren Eintrag aufgrund geringerer Hygienemaßnahmen beim Reisen?
- Zeichnen sich die 80+Jährigen, deren Zahl auf Intensivstationen zunimmt, durch bestimmte Eigenschaften aus?
- DIVI: Keine Details aus DIVI-Daten zu entnehmen, nur Alter, keine Informationen zum Grund der Aufnahme. Es wäre spannend, die DIVI-Zahlen mit den Meldedaten abzugleichen, dort müssten 40 ITS Fälle/Tag vorliegen
- M. Diercke zeigt Tabelle für den Wochenbericht vorab: In den letzten 4 Wochen wurden bei den >60Jährigen 1.555 Fälle mit vollständiger Impfung gemeldet, >1000 davon waren symptomatisch, 148 (14%) wurden hospitalisiert, 12 von 148 auf ITS, 14 verstarben
- Von insgesamt 3000 gemeldeten Fällen wurde also etwa 1/3 als Impfdurchbruch gewertet
- Frage: Wäre es sinnvoll darzustellen, welcher Anteil von den Ungeimpften hospitalisiert wurde, um zu zeigen, dass die Impfung Einfluss auf den Erkrankungsverlauf nimmt?

ToDo: Nach Abstimmung des Wordings mit FG 33 (Harder) soll die

	Information zur Hospitalisierung Ungeimpfter in den Text zur Tabelle aufgenommen werden ○ Wie könnte zur Erhöhung der Testzahlen in Arztpraxen aufgerufen werden? Bisher gute Presseresonanz über öffentlichen Hinweis (Tweet), würde Ansatz bei Berufsorganisation (Brief an die KBV/A. Gassen) darüber hinaus etwas bewirken? ○ Vorschlag: Thema könnte (über Wochenbericht) zunächst auf Referentenebene angegangen werden, auf dieser Ebene könnte ggf. eine Einbindung von Herrn Gassen ebenfalls angesprochen werden. *ToDo: Textentwurf durch M. Mielke, Abstimmung mit L. Schaade* ○ Bericht aus EpiLag-Telko zu Ausbruch in Hessen (hohe attack rate) ▪ Altenheim im LK Bergstraße ▪ 90% der Bewohner und 75% der Mitarbeiter vollständig geimpft ▪ 14 Bewohner erkrankt, 2 verstorben ▪ 4 von 86 Mitarbeitern positiv getestet, PCR-Bestätigungen stehen noch aus ▪ Hauptsächlich Hochaltrige von Erkrankung betroffen ▪ GA erbittet Amtshilfe, Verfahren ist angelaufen, detaillierte Untersuchung des Ausbruchs ist geplant ▪ Weitere Berichterstattung folgt	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA	
	! In Vorbereitung sind ein Infoblatt zu Long COVID und ein Infoblatt für Jugendliche zur Impfung	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)
	! Infoblatt für Eltern zur Impfung von Kindern liegt vor und wird abhängig von der Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung veröffentlicht.	Harder
	! Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung ist für diese Woche, spätestens Freitag geplant	Wenchel
	Presse	
	! Welche Botschaften sind für den Tweet zum morgigen Wochenbericht wichtig? Vorschlag: Anstieg der Fallzahlen auf ITS und Hinweis darauf, dass die 4. Welle an Fahrt aufnimmt	Presse
	! Beides soll thematisiert werden	
	ToDo: Kontaktaufnahme von Presse mit Silke Buda und Martina Fischer (bitte über Funktionspostfach) bzgl. Daten und Grafiken zu diesen Themen	P1 (Gubernath)
	P1	
	! Geplant ist in Kooperation mit Testzahlerfassung ein Flyer mit Argumenten für die PCR-Pooltestung, Kapazitäten dafür sind vorhanden (Modellrechnung), Kosten übersteigen nicht die Kosten für Antigen-Testung, Implementierung ist (mit Motivation und Willen) machbar	
	! Informationen und Hinweise dazu werden gern noch entgegengenommen	
	Diskussion	
	! Wie kann, ohne das Vertrauen in die Impfwirkung zu mindern, zur Testung auch vollständig Geimpfter aufgefordert werden?	Kröger
	! Für symptomatische Geimpfte gibt es bereits die Testempfehlung	
	! Wichtiger Anstoß, aber: Eine Testempfehlung auch für asymptomatische Geimpfte würde eine Anpassung des KoNa-Papiers nach sich ziehen, auch für den Zugang zu bestimmten Settings ist derzeit nicht Impfung plus Testung vorausgesetzt	FG 36 (Buda)
	! Sollten nicht zumindest geimpfte Kontaktpersonen, die nicht in Quarantäne gehen müssen, getestet werden?	
	! Ist eine Anpassung der KoNa-Empfehlungen bezüglich Delta	

	(Quarantänezeiten) nötig?	FG 32 (Diercke)
	! Hinweis aus AG-Diagnostik: Auf aktueller Datenbasis keine Evidenz für Quarantäneverkürzung, oder Änderung der Entlasskriterien, Daten zeigen bisher diesbezüglich keinen relevanten Unterschied zwischen Alpha und Delta	
	ToDo: Überlegung, inwiefern eine Überarbeitung des KoNa- Dokuments bzgl. Testung von geimpften Kontaktpersonen notwendig ist	Gottwald
	! Vorschlag, den Auftrag auf Meldedatengruppe auszuweiten	
	! Inkubationszeiten sind jedoch aus den Meldedaten schwer zu eruieren, da nur Erkrankungsbeginn, jedoch nicht Datum des Kontakts mit Quellfall erhoben wird	
	! Könnte eine Subgruppe mit bekanntem Kontaktdatum herausgefiltert werden?	
	ToDo: Klärung, inwiefern eine Information zur Inkubationszeit aus den Meldedaten zu entnehmen ist	
	! Frage an die Modellierungsgruppe: Gibt es Kontaktdaten (nicht Mobilitätsdaten), die Unterschiede in den Kontakten für Ferien- und Schulzeiten zeigen?	
	! Ein „Kontaktindex“ wird verwendet, er zeigt die Anzahl von Kontakten auch in kleinräumigen Zellen, jedoch ohne Information, ob die Personen sich kennen, es ist unklar, ob daraus valide Aussagen gemacht werden können	
	! Mobilitätswerte unterscheiden sich in Ferien- und Schulzeiten, auch hier ist nicht bekannt, ob die Mobilität zu Unbekannten oder sich Kennenden stattfindet	
	! Frage: Wie ist die Haltung des RKI zum Genesenen-Status?	FG 33 (Harder)
	! Die Definition entsprechend der Ausnahmeverordnung (COVID-19– SchAusnahmV) gilt und dies sollte so oft wie möglich kommuniziert werden: „Eine genesene Person ist eine asymptomatische Person [...] im Besitz eines Nachweises hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere	

	Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt“ ! Zeitabhängigkeit sollte weiterhin betont werden, dafür liegen Daten vor, anamnestische Hinweise und AK-Nachweise reichen nicht aus ! Derzeitige STIKO-Empfehlung ermöglicht eine Impfung bereits 4 Wochen nach Ende der Symptomatik, empfiehlt jedoch „in der Regel 6 Monate nach der Infektion“. Langfristig sollte der Genesenen-Status dadurch abgeschafft werden, dass frühzeitiger geimpft wird ! Dies würde auch eine Arztbesuch/PCR-Testung bei Symptomatik fördern, um den Vorteil einer vollständigen Impfung durch eine zeitnahe einmalige Impfung zu erlangen *ToDo: Einbringen des Themas „Empfehlung eines kürzeren Zeitabstands zwischen Infektion und einmaliger Impfung“ in die Diskussion der STIKO (bei Gelegenheit, ohne Deadline)*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Nicht besprochen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37

12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Keine vermerkt	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 20.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:09 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 20.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Nadine Litzba
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Janine Reiche
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ulrike Grote
  - Claudia Siffcyk
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BMG
  - Niklas Kramer
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Folien hier Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Überwiegend gleiche Länder wie letzte Woche; anstatt Türkei nun Malaysia in Top 10 Steigerung der Fallzahlen in USA, Iran, Thailand, UK Fall- und Todeszahlen, weltweit: Hohe Inzidenzen auf allen Kontinenten/in allen WHO-Regionen Anzahl der Fälle stagniert, aber Zunahme in den Regionen Western Pacific (+14%) und Americas (+8%) Anzahl der Todesfälle stagniert, aber Zunahme in Western Pacific (+3%) und Eastern Mediterranean (15%) Entscheidung in der Schalte zu den Risikogebieten 19.08.2021: Virusvariantengebiete (Gamma) Brasilien und Uruguay ab kommenden Sonntag, 0 Uhr entlistet COVID-19 / Neuseeland: Am 17.08.2021 ein bestätigter Fall der Delta-Variante; nun zunehmendes Ausbruchsgeschehen. Stand 19.08.2021 waren 21 Folgefälle bestätigt und es werden weitere Fälle erwartet, >2.400 KP. Mindestens 1 Fall hat keine Verbindung zum Indexfall. Ein landesweiter Lockdown bis mind. 24.08.2021, 23:59 wurde verhängt Weiterhin befinden sich die Region Auckland und The Coromandel für 7 Tage in einem Lockdown Es gibt auch eine Verbindung zu den neu auftretenden Fällen in Australien COVID-19 / Israel: Anstieg der Fälle mit Delta Variante seit Ende Juni, damit einhergehend ein Anstieg von Krankenhausaufnahmen (Stand 19.08.2021: 603 schwere und 103 kritische COVID-19 Fälle) Der sogenannte „Green Pass“ (3G) sowie eine Ausweitung der Testpflicht auf 3-11-Jährige wurden (erneut) eingeführt Die Kosten für Test müssen von Personen ohne Impfung selbst übernommen werden Anstieg der Fallzahlen wird auf mehrere Gründe zurückgeführt u.a. Anstieg der Delta Variante, Reduktion der Impfstoffeffektivität und Nachlassen der Impfbereitschaft. Booster Impfung: Israel: Eine Booster-Impfung wird bei Personen >50 Jahren, Personen mit Grunderkrankungen und Gesundheitspersonal durchgeführt USA: CDC *Advisory Commitee on Immunization Practices* kündigt Booster-Impfungen ab 20.09.2021 für alle Personen, 8 Monate nach Gabe der 2. Impfdosis an (Mitarbeitende im Gesundheitswesen, Bewohner / Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen, Ältere Menschen)	ZIG 1 (Denkel)

	Diskussion: Beindruckend, wie hoch die Testraten sind. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern eine niedrigere PCR-Testrate. Cave: bei den Daten geben Länder teilweise auch Antigentest mit an, Deutschland meldet nur PCR-Tests.	
	National ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) SurvNet übermittelt: 3.853.055 (+9.280) Fälle, davon 91.956 (+13) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz 48,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.066.487 (63,8%), mit vollständiger Impfung 48.652.173 (58,5%) Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer 1. Weiterhin steigende Inzidenz 2. Anstieg in HH, BE und SH hat sich verlangsamt, steiler Anstieg in NW, SL. Insgesamt West-Ost Gefälle. 3. Regionale Unterschiede wahrscheinlich durch unterschiedliche Schulferien/Teststrategie begründet Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 4. Anzahl LK mit Inzidenz >50 steigt weiter an (+28) 5. Anzahl LK mit Inzidenz >100 steigt weiter an (+11) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe 6. Bei >60 Jährigen 1,45/100.000 Einw. 7. Insgesamt 1,3/1000.000 Einw. Neuer Bericht „COVID-19 Trends im Überblick“ ist nun online und wird nun immer am Donnerstag veröffentlicht 8. Daten unterstützen den Wochenbericht und können interaktiv genutzt werden 9. Ergänzungen zum Dashboard 10. Stratifizierung nach BL und Altersgruppen möglich Derzeit kann keine Übersterblichkeit beobachtet werden Diskussion: Es wird angemerkt, dass der unter der Überschrift „Krankheitsschwere“ nicht alle Indikatoren direkt Aufschluss auf die Schwere der Krankheit geben, aber eher die Belastung des Gesundheitswesens darstellen (v.a. ITS Auslastung).	FG32 (Diercke) FG 38

	To Do: Rückmeldungen bezüglich der Indikatoren werden weiter von FG32 gesammelt und eine Überarbeitung bzw. Verwendung andere Begriffe überlegt.	(Siffcyk)
	Informationen zum Ausbruchsgeschehen in Hessen: 20.08.2021 Treffen mit Beteiligung der Landestelle, GA, FG 33, FG 36 und FG 37 Derzeit: 19/ 86 Bewohner:innen wurden positiv getestet; 5/80 Mitarbeitenden ebenfalls positiv getestet. Der überwiegende Anteil der Bewohner:innen wurde bereits Anfang Januar geimpft. 20% der Infizierten erkrankten schwer und 2 der Erkrankten sind bisher verstorben, 1 Person befindet sich in einem krit. Zustand. Die Delta Variante wurde mehrfach nachgewiesen. Es werden nun alle 5 Tage Testungen durchgeführt. Alle Wohnbereiche der Einrichtung sind betroffen. Mittwoch, der 11.08.2021 gilt als möglicher Ausgangspunkt. An diesem Tag wurde durch einen Arzt die Diagnose Pneumonie bei 3 Bewohner:innen gestellt. Durchgeführte AG-Tests fielen negativ aus, daher wurde eine SARS-CoV-2 Infektion ausgeschlossen. Eine Infektion wurde erst bei Aufnahme eines Bewohners ins Krankenhaus am 15.08.2021 nachgewiesen. Entsprechende Maßnahmen wurde eingeleitet und gut umgesetzt. Proben sollen ans RKI weitergeleitet werden. Ein Einsatz vor Ort ist nicht nötig; Unterstützung vom RKI aus wurde angeboten. Die Durchführung einer dritten Impfung wird bald eingeleitet und auch Mitarbeitenden angeboten. Testungen sollen öfters (alle 2-3 Tage) stattfinden. Proben können zur Untersuchung von möglichen Mutationen an das RKI gesandt werden. *Diskussion:* Es wird darauf hingewiesen, dass der Verlauf dieses Ausbruchs nicht überraschend ist und auch ein Anstieg an Impfdurchbrüchen nicht verwunderlich sein sollte. Weiterhin wird über das Potential einer Impfauffrischung / 3. Impfung als Ausbruchsintervention diskutiert. **D**as Vorhaben wird in solchen Settings als sinnvoll erachtet wird und könnte auch in den Empfehlungen zu Ausbrüchen aufgenommen werden Die Bestimmung von AK unter den Bewohner:innen könnte im Rahmen einer Studie jedoch zu einem Erkenntnisgewinn	Buda

führen. Unter der derzeitigen personellen Belastung und akuten Situation, sowie rechtlicher Anforderungen (Ethikvotum) wurde dies jedoch in der jetzigen Situation als nicht angebracht oder durchführbar befunden. Es kann weiterhin überlegt werden, ob eine grundsätzliche Empfehlung zur Bestimmung von AK bei vergleichbaren Ausbruchsgeschehen machbar ist

Überarbeitung ControlCOVID Strategie (21.07.21)

Aktueller Stand 20.08.2021
Folien zur Präsentation **hier**
In Kapitel 6. wird ein aktualisiertes Stufenkonzept präsentiert
Es werden die drei Leitindikatoren (7-Tage Inzidenz, 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz, % COVID-IST Fälle) und entsprechende Grenzwerte in der jeweiligen Stufe (Basis, 1, 2) präsentiert. Zur Aufstufung müssen bei mind. zwei der drei Leitindikatoren die jeweiligen Kriterien / Werte über 3 aufeinander folgenden Tagen beobachtet werden. Wichtig: Basismaßnahmen (z.B. CWA, AHA-Regeln) gelten in jeder Stufe und in jedem Setting
Maßnahmenoptionen in verschiedenen Settings und Stufen werden in Abbildung 2 aufgeführt. Die Berücksichtigung der 3-G Regelung in fast allen Stufen und Settings integriert
Hoch-Risiko Settings (z.B. Alten- und Pflegeeinrichtungen) benötigen möglicherweise zusätzliche Maßnahmen (z.B. NAT Tests trotz vollständiger Impfung)
Annahme des Plans: Nicht jede Infektion kann verhindert werden, aber die Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe, sowie die Reduktion der Ansteckung bei Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf können erreicht werden

Zusätzlich Hinweise:

Leitindikatoren sollten nicht auf Land- oder Stadtkreisebene betrachtet werden, da z.B. die Hospitalisierungsrate oder ITS Belegung von den Standorten der Krankenhäuser abhängt. Eine Betrachtung auf Bundeslandebene wird jedoch als sinnvoll erachtet.
Sollten die 3G Regeln nicht gewährleistet werden können, sollten Personen durch weitere Maßnahmen geschützt werden (z.B. Lüftung, Reduktion der Personenzahl etc.). Auch bei der Einhaltung der 3G Regeln sollten sich bei zunehmenden Infektionsdruck Personen nur mit negativen Testergebnis treffen.
Grundlage der Empfehlungen der STIKO zu Impfungen von Kindern und Jugendliche (Modellierung) werden noch im Text integriert. Diese finden sich in dem noch nicht veröffentlichten Anhang.

	Diskussion: Es wird angemerkt, dass ein 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz-Grenzwert von 2 möglicherweise nicht ausreichend sensitiv für eine Eskalation der Maßnahmen ist. Die Einschätzung zu den Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen sollte mehr ausgeführt werden, da im Moment auch die Pflegenden selbst vermehrt von der Erkrankung betroffen sein können. Eine Sensibilisierung zu dem Thema, um auch auf sinnvolle Testregimes hinzuweisen, wird als wichtig erachtet. In einer ausgiebigen Diskussion zu Maßnahmen und Eskalationsstufen in Bars & Clubs sowie beim Singen in Gruppen in Innenräumen haben sich die Teilnehmenden auf eine Anpassung der Maßnahmen in Stufe 2 geeinigt. Es wurde – vor dem Hintergrund des höheren Infektionsgeschehens in diesen Settings – darauf hingewiesen, dass als endgültige Eskalation eine Schließung erwogen werden sollte. Daher wurde die Maßnahme in Stufe 2 dementsprechend angepasst. Anschließend wurde über weitere Aspekte diskutiert. Die daraus entstandenen Änderungen bzw. umzusetzenden Änderungen sind unter „To Do“ aufgeführt. Das Ziel des Strategieplans wird kurz wiederholt und darauf hingewiesen, dass sich dieses im Absatz 3 der Einleitung wiederfindet. Es wird auf wichtige Rolle des ÖGD hingewiesen und betont, dass das Containment und die KoNa weiterhin wichtige Elemente im Infektionsschutz sind. Es wird in der Diskussion verdeutlicht, dass der Anstieg der Fallzahlen auf bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Personengruppen zurück geht (z.B. Reisen, Großveranstaltung, Feiern), während andere da eher weniger Relevanz haben (z.B. Einzelhandel, KiTas). Es wird darauf hingewiesen, dass Entscheidungen und Empfehlungen stets werteneutral und evidenzbasiert sein sollten. Der ÖGD verlässt sich stark auf die Empfehlungen des RKI und nutzt diese auch zur externen Rechtfertigung	
	To Do für FG36: Die Corona Warn App (CWA), wird zwar als Basismaßnahme in dem Strategieplan aufgeführt, könnte aber auch in der Tabelle zu den Maßnahmen in Settings aufgenommen werden (z.B. durch Bulletpoint). Hier soll auch auf die CheckIn Funktion der App hingewiesen werden. Unter den generellen Empfehlungen bitte darauf eingehen, dass Erkrankte auch ohne typische COVID-19 Symptome sich testen lassen und daheim bleiben sollen. Der Aspekt „Reisen“ sollte weiter ausgeführt bzw. sichtbarer gemacht werden.	FG 32 & 33 (Diercke)

	Bitte in der Einleitung darauf hinweisen bzw. ausführen, dass das Infektionspotential unterschiedlich hoch in unterschiedlichen Settings ist. Daraus ergibt sich auch die „Härte“ der gewählten Maßnahmen. KoNa-Management Papier kritisch auf eine Revision prüfen und ÖGD zur Priorisierung ermutigen, sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten prüfen. Nächste Schritte: FG36 finalisiert das Dokument. Anschließend schickt Herr Schaade es an das BMG. **Impfeffektivität im Wochenbericht:** Vermehrt Anfragen aus Politik und Medien zu Impfdurchbrüchen bei hospitalisierten bzw. auf ITS liegenden Patient:innen. Anzahl Impfdurchbrüche in den letzten Wochen gestiegen, wobei der Anteil der Impfdurchbrüche derzeit unterschätzt sein könnte Finale Abstimmung mit FG 33 ist erfolgt. Der aktualisierte Wochenbericht wird am Nachmittag (20.08.2021) mit einem Abschnitt zur Infektiosität veröffentlicht *To Do:* Vergleich Daten DIVI Register und RKI; Austausch initiiert	
2	**Internationales** Sonntag beginnt eine Unterstützungsmission nach Usbekistan. Hauptsächlich unter der Beteiligung der Charité, aber auch eine ZIG 1 Mitarbeitende. Die Mission unterstützt bei der COVID-19 Situation vor Ort. In Namibia wurde in einem Labor in Walvis Bay die PCR Diagnostik etabliert. Hier waren Mitarbeitende auf ZIG 1 und ZIG 4 aktiv. In Montenegro wurde durch Unterstützung von ZIG4 das Whole Genome Sequencing Verfahren etabliert. *Erste Analysen detektierten alle die Delta Variante*.	ZIG (Denke)
3	**Update digitale Projekte** Folien hier Vermehrte Nutzung und Interesse an den digitalen Tools / Apps. Downloads steigen weiterhin und auch die Nutzung der DEA nimm zu (derzeit 90k Anmeldungen pro Tag). Eine neue Version der CWA ist nun verfügbar und ein Podcast zur Klärung von Fragen und der Erläuterung von neuen Funktionen (z.B. Warnung kurz vor Ablauf des Zertifikats) wird organisiert (TN aus FG32, FG23 und SAP)	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation**	

	Presse Begleitend zum Wochenbericht wurde zur Belegung auf den Intensivstationen gewittert Es wurde der neue Trendbericht angekündet **P1** Kein Bericht	Pressestelle P1 (Lein)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Nicht besprochen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** ! Kein Bericht	
8	**Update Impfen** STIKO Empfehlung zur Kinder- und Jugendimpfung wurde veröffentlicht (hier) Eine Empfehlung zur Booster-Impfung wird erarbeitet. Es gibt derzeit mehr Publikationen / Daten zur Wirksamkeit - bei Dominanz der Delta-Variante - der vorhandenen Impfstoffe. Diese scheint abzusinken, aber ein Schutz ist weiterhin gegeben (z.B. Comirnaty auf ca. 80%) BMG plant Aktionswoche zum Impfen im September. Konzept wurde bereits erstellt und liegt dem Corona-Kabinett vor.	FG33 (Wichmann)
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologische Surveillance von Influenza hatte 69 Proben erhalten und untersucht (Stand KW. 33) Davon: 1 SARS-CoV positiv; weibl. 10 Jahre alt 0 Nachweise auf Influenza 3 Nachweise RSV 2 HMPV	FG17

	7 Nachweise auf OC434 18 Nachweise auf Parainfluenza 21 Nachweise auf Rhinovirus **ZBS1** 353 Proben, davon 136 positiv (38,5%) Anzahl der Proben nimmt zu und die GÄ wurden darüber informiert, dass nun nicht mehr routinemäßig auf Varianten untersucht wird **Kommentar AL1:** KV wurden kontaktiert: Es soll einen Infobrief für niedergelassene Ärzt:innen zum Thema Herbst/Winter und Testung von Geimpften.	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Das BMG versucht die Information zur Anwendung von monoklonalen AK zu verbreiten	Niebank
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ! Kein Bericht	FG37
12	**Surveillance** ! Kein Bericht	FG37
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ! Die großen Flughäfen (BER, FFM) befassen sich derzeit mit den Flügen aus Afghanistan. In Frankfurt werden Tests durchgeführt, aber auch Überlegungen bezüglich weiterer Faktoren (z.B. medizinische Versorgung, Mental Health) werden angestellt.	FG38 (an der Heiden)
14	**Information aus dem Lagezentrum** Weiterhin hohe Arbeitslast; IK weiterhin Schwierigkeiten die Schichten zu besetzen (weiterhin Urlaubszeit im Haus) Große Anzahl an Anfragen zu ähnlichen Themen aus dem BMG für FG32, FG33 & FG36; oft sind die Anfragen vom BMG aus unkoordiniert	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** ! Keine vermerkt	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:58 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 25.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
- ! FG17
  -
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andreas Hicketier
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! ZBS7
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)*	ZIG1
	nicht berichtet	
	National	FG32 (Diercke)
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.889.173 (+11.561), davon 92.061 (+39) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 61,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.530.526 (64,4%), mit vollständiger Impfung 49.408.003 (59,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Starker Anstieg in NRW, und Anstiege in Saarland, SH, Bremen, Fallend in Hamburg, Meck-Pom, Brandenburg und Berlin Geografische Verteilung: Höchste Inzidenz in SK Leverkusen (228,4/ 100.000 EW), höhere Inzidenzen im Westen und Süden Deutschlands Verlauf nach Alter: Höchste Inzidenz aktuell in der Altersgruppe 10-24 Jahre Inzidenz nach Hospitalisierung: a) Geografisch: im Süden jüngere Gruppen betroffen (10-19 und 20-29 Jahre), in NRW auch berufstätige Altersgruppen betroffen b) nach Altersgruppe: Anstieg der Hospitalisierungsrate in den Altersgruppen Ü80 und 35—49 und 15-34 Jahren.	
	Testkapazität und Testungen, Folien hier *(nur mittwochs)* 2,2 Mio Testkapazität, 680000 wurden durchgeführt. Anstieg der Anzahl PCR Tests und der Positivenrate (nun bei 7,9%)	Abt. 3 (Hamouda)
	ARS-Daten, Folien hier Länderspezifische Daten zur Anzahl durchgeführter Tests und der Positivenrate Hinweis darauf, dass bei deutlichem Rückgang der Testzahlen, ein Anstieg der Positivenrate nicht aussagekräftig ist, z.B. in Berlin In NRW gibt es einen deutlichen Anstieg der Positivenrate bei deutlich gesteigerten Testraten, wobei in erster Linie Schulkinder vermehrt getestet werden (Anmerkung aus Krisenstab: Es gab in NRW 3% positive PCR Pooltests, was die erhöhte Testrate erklären könnte) 15% Postivenrate in Arzpraxen, Ü80 wird kaum in Arztpraxen getestet, sondern eher in Altenheimen Leichte Zunahme bei den Ausbrüchen in Altenheimen und Krankenhäusern	FG37 (Eckmanns)
	Syndromische Surveillance, Folien hier *(nur mittwochs)* 2,4 Mio ARE Fälle, betrifft alle Altersgruppen 480000 Arztbesuche wegen ARE SARI: kontinuierlicher Anstieg bei der Altersgruppe 35-59	FG36 (Buda)

	Jahren 18% COVID bei SARI und 31% COVID bei den Intensivfällen Kitaausbrüche: 50% sind Kinderbetroffen Schulausbrüche: Schleswig-Holstein übermittelt die meisten Ausbrüche Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** Folien hier 108 Einsendungen mit einer Positivenrate von 71%, davon 4% SARS, 30% Rhinoviren und 7% RSV Relativ viele Mehrfachinfektionen: 11 Doppelinfektionen und 1 Tripleinfektion = 11% (letzter Saisondurchschnitt: 3%) Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien hier ***(nur mittwochs)*** Anstieg der COVID-Intensivpatienten auf 807, fast alle Bundesländer vom Anstieg betroffen, z.B. Hamburg 50-59-Jährige haben den höchsten Anteil Prognosen deuten auf starke Auslastung hin ! VOC Bericht, Folien hier ○ 99,9% Delta Variante ○ Es wurden 15 Sublinien von Delta definiert, in Abhängigkeit von Verbreitungsaspekten ! Inzidenz nach Impfstatus ○ Höchste Inzidenz bei Population ohne vollständige Impfung (53,1 /100.000 EW) ○ Höchste Fallzahlen Hospitalisierung, ITS Fälle und Verstorbene ebenfalls bei Population ohne vollständige Impfung ***ToDo*** **1.** *Sonderauswertung für EpiBull oder anderes Format (1 Mal monatlich): Stratifizierung nach Impfstatus für 4. Welle (Thomas Harder, Andreas Hicketier)* **2.** *Genauere Betrachtung der Altersgruppen der Kinder: Ergebnis in den Verteiler und am Freitag zur Diskussion (Diercke)* **3.** *Ermitteln, warum wiederholt sehr hohe Inzidenz im LK Rosenheim. Dazu LGL Bayern nach Information anfragen (Rexroth)*	FG 17 (Biere) FG38 (Rexroth) FG36 (Kröger)
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet) **1.**	ZIG
3	**Update digitale Projekte** ***(nur freitags)***	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung** ***ToDo:*** *Überarbeitung am Wochenanfang zirkulieren und am Mittwoch in den Krisenstab (Rexroth)*	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Kein Beitrag **Presse** Themen zur Kommunikation angefragt. Ergebnis: Weiterhin hohe Wichtigkeit der Inzidenz hervorheben, da sie der Hospitalisierung vorangeht, dazu Heatmap und eine Grafik zur Steigenden Inzidenz nutzen **P1** Diskussion1: Da aktuell angesichts ausreichendem Impfstoffangebot die Pandemie von einigen Meinungsbildnern für beendet erklärt wird, soll verdeutlicht werden, dass noch immer 40% der Bevölkerung ungeimpft und damit vulnerabel ist und daher mit einer hohen Hospitaliserungsrate zu rechnen ist, wenn alle Maßnahmen wegfallen sollten. Die Gruppe der Ungeimpften soll mit Hilfe einer Abbildung näher beschrieben werden. Diskussion2: Da es Stimmen gibt, die sich für eine Durchseuchung der Kinder aussprechen, weil diese überwiegend einen milden Verlauf haben, sollte in einem Papier dargestellt werden, welche langfristigen Auswirkungen die Erkrankung auf Kinder haben kann. Es sollte auch kommuniziert werden, dass sehr wahrscheinlich in wenigen Monaten ein Impfstoff auch für die jüngsten Altersgruppen zur Verfügung stehen wird, so dass eine Weiterführung der aktuellen Beschränkungen nur noch für einige Monate notwendig sein wird bzw. ein Ende absehbar ist. Es wurde folgender Link zur Situation der Kinder in den USA vom Krisenstab geteilt: https://edition.cnn.com/2021/08/07/health/children-covid-19-protection/index.html ***ToDO*** 1. *Grafische Darstellung:* a) *der Zusammensetzung der ungeimpften Population (3,3 Mio. primäre Impfversager, Nicht-Impffähig: Einzelpersonen, Anteil Kinder unter 12 Jahren usw.)* b) *Fallsterblichkeit, Komplikationsrate nach Altersgruppen bei den Ungeimpften* *Botschaft der Grafik:* *Noch immer große Gruppe Ungeimpfter führt zu hoher*	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Degen) P1 (Leuker)

	Hospitalisierungsrate & impfen lassen, wenn möglich! *Umsetzung: Leuker (Federführung) in Zusammenarbeit mit Eckmanns, Mielke, Harder, Buda* 2. *Editorial/ Meinungsdarstellung, ca. 2-3 DINA4 Seiten zu Burden of Disease von SARS-CoV-2 bei Kindern gemäß Diskussion im Krisenstab. Möglichst schnelle Umsetzung, da in einigen Monaten nicht mehr relevant* *Federführung: J. Seifried, Einbindung von FG36, Abt.2, Eckmanns und Oh*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Fokussierung der Kontaktpersonen- Nachverfolgung, da Länder aufgrund von Kapazitätsengpässen bereits eigene Anpassungen vornehmen **ToDO**: 1. *Überarbeitung des KoNa-Papiers (Buda, Kröger: bereits zugesagt, es existiert wohl schon eine Deadline)* **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **Impfstoffe** **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: ## SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ	FG17 ZBS1

	ZBS1 In KW ## bisher ## Proben, davon ## positiv auf SARS-CoV-2 (## %)	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)*	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)*	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 27.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 27.08.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - Marc Thanheiser
- FG17
  - Thorsten Wolff
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 33
  - Ole Wichmann
  - Thomas Harder
- FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- P1
  - Esther-Maria Antao
  - John Gubernath
- P4
  - Pascal Klamser
- P5
  - Max von Kleist
- Presse
  - Jamela Seedat
  - Susanne Glasmacher
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZBS7
  - Michaela Niebank
- ZIG1
  - Sofie Gillesberg Raiser
- BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ○ USA ist weiterhin an 1. Stelle. ○ Steigerung der Fallzahlen in USA, UK, Japan, Malaysia ○ Neu auf Liste ist Japan mit sehr dynamischem Infektionsgeschehen ▪ seit gestern fast alle Regionen in state of emergency ▪ Testpositivitätsrate von 19% ▪ fast 50% der Fälle zwischen 20 und 30 Jahre alt ▪ Kontaminierung von Moderna-Impfstoff: mussten >1 Mio. Dosen aus dem Verkehr nehmen Fall- und Todeszahlen, weltweit: ○ Global Stagnierung der Fallzahlen, aber Zunahme in den Regionen Western Pacific (+20%) und Americas (+8%) ○ Steigerung Todesfälle weiterhin in Europa (+11%) und Americas (+10%) ! 7-Tages-Inzidenz weltweit ○ In Afrika insgesamt Rückgang des Infektionsgeschehens ! 7-Tages-Veränderung der Fallzahlen weltweit ○ In westafrikanischen Ländern Steigerung der Fallzahlen, dort auch Ebola, Marburg Fieber und Cholera Ausbrüche. ○ In Europa: Steigerung der Fallzahlen in den Balkanländern und Norwegen. ! Übersicht Virusvarianten, weltweit ○ 3 neue Länder, die Alpha und 7 neue Länder, die Delta berichtet haben. ! Gibt es einen Grund für den Anstieg im Vereinigten Königsreich? ○ Anstieg in Schottland: vor 2 Wochen Ferienende, in Schottland höchste Zahlen bisher überhaupt, in England in einer Woche Ferienende	ZIG 1 (Gillesberg Raiser) FG32 (Hamouda)

	○ Keine klaren Hygienekonzepte in Schulen, Auswirkungen von Mobilität in den Ferien **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 3.913.828 (+12.029), davon 92.096 (+14) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 70/100.000 Einw. ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.719.354 (64,6%), mit vollständiger Impfung 49.659.889 (59,7%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Am höchsten in NRW, am niedrigsten in Sachsen-Anhalt ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 52 LK mit Inzidenz > 100 (13%), 182 LK mit Inzidenz zwischen 50 und 100 ▪ Höchste Inzidenz in Wuppertal, insg. 4 LK mit Inzidenz knapp unter bzw. über 200 ▪ Höchste Inzidenzen in Großstädten in Düsseldorf, Dortmund, Köln, Essen; nur Dresden und Leipzig hat noch eine Inzidenz < 50. ○ 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesland ▪ Unruhiger Verlauf der Kurve ○ 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe ▪ In 2. Welle waren Hochaltrige stark betroffen. ▪ Hospitalisierungsinzidenz bei Hochaltrigen steigt wieder etwas an. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe ▪ Am höchste bei > 80 Jährigen, dann folgen die 40-49 und 30-39 Jährigen. ○ Anzahl Hospitalisierte nach Meldewoche ▪ Bei 40-49 Jährigen am höchsten, gefolgt von 30-39 und 50-59 Jährigen. ▪ Betrachtet man nur die jüngeren AG ist die Anzahl der	Schaade Schaade

	30-39 Jährigen am höchsten. ○ Sterbefallzahlen ▪ Im Moment noch keine bedeutsame Entwicklung. ! Die meisten Krankenhausfälle in absoluten Zahlen sind im Moment unter den 30-49 Jährigen zu finden. Sollte das kommuniziert werden mit dem Ziel die Impfbereitschaft zu erhöhen? ○ Herdenimmunität als Argument ist gesättigt, stattdessen Impfen als Selbstschutz. ○ Absolute Zahlen sind allerdings nicht sehr groß. ○ Auf LK-Ebene: einzelne LK haben bei kleinen absoluten Zahlen bedeutsame Inzidenzen. Interpretation der Hospitalisierungsinzidenz ist nicht trivial. ○ Es sollte zeitnah gezeigt werden, dass ein Anstieg der 7-Tages-Inzidenz einen Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz nach sich zieht. ○ Für einige Regionen z.B. in NRW könnte dargestellt werden, inwieweit die Inzidenzen korrespondieren. Es sollten Regionen gewählt werden, die dies auch wollen. ○ In Hamburg kann man diesen Zusammenhang gut sehen. Dort besteht auch Interesse an einer Auswertung. *ToDo: Zusammenhang 7-Tages-Indzidenz – Hospitalisierungsinzidenz im Zeitverlauf in Hamburg, FF Fr. Rexroth bis Mitte nächster Woche* ! Anfrage Minister zu 2G/3G und Modellierung: Intensivbettenbelegung mit den entsprechenden Impfquoten. ! Simulation zu 2G gegenüber 3G mit Schnelltest, Modellierung von Hr. Karagiannidis ○ Einschätzung: Impfeffektivität gegen asymptomatische Infektionen ist etwas geringer als im Modell. ○ Dass nur bei 30% der Schnelltests Infektionen nicht erkannt werden, ist sehr optimistisch geschätzt. Es ist zu befürchten, dass gerade mit Wegfall der Kostenfreiheit billigere und qualitativ weniger gute Tests bevorzugt werden. ○ Eine Sensitivität von 60% von Antigentests wurde publiziert. Es soll darauf hingewiesen werden, dass Antigentests unterschiedliche Sensitivitäten (30-80%) haben, der Einfachheit halber wird 60% angenommen.	P4 (Klamser)

	○ Inzidenz fehlt in Grafik, Adhärenz der Maßnahmen. ! Bitte um einfach zu verstehende Einschätzung: Ist 2G sicherer als 3G hinsichtlich des Ziels Fremdschutz bei Veranstaltungen? ○ Ziel einfache Berechnung, die leicht nachzuvollziehen ist. ○ Der eigentliche Effekt von 2G ist nicht ein größerer Fremdschutz, sondern ein größerer Selbstschutz. ○ Fremdschutzwirkung von Impfung und Testung vermutlich im ähnlichen Bereich, bei ca. 60-70%. 2G wird wegen Schutz vor schweren Erkrankungen überlegen sein. ○ Man kann mit verschiedener Effektivität der Impfung und verschiedenen Raten der Nichterkennung von Infektionen durch Antigentests rechnen. ○ Bei 2G fällt die Abstandsregel weg, dies müsste mit berechnet werden. Ein Wegfall der Abstandsregel bei 2G muss nicht sein und wird vom RKI nicht empfohlen. ○ Ist 2G gegenüber 3G eine geeignete Eskalationsmaßnahme bei steigenden Inzidenzen? ▪ Ja, wegen des Eigenschutzes. Bei 2G sind Personen von schweren Erkrankungen geschützt. ▪ Das wäre dann aber eine Freiheitseinschränkung und damit eine juristische Fragestellung. ▪ Es ist unklar, ob von Leuten, die nur getestet wurden, ein größeres Risiko im Sinne des Fremdschutzes ausgeht. Unklar, ob das mit der aktuellen Datenlage zu belegen ist. ○ Welches Konzept verhindert eher, dass es innerhalb einer Großveranstaltung zu Ansteckungen kommt? ▪ 2G vermutlich nicht viel effektiver als 3G; Schutz vor Transmission von 85% bei Geimpften und Genesenen. ▪ Kommt auf Ziele an. Verhinderung schwerer Erkrankungen ist eher möglich, wenn keine Suszeptiblen auf einer Veranstaltung sind. Ist sehr paternalistischer Ansatz und nur dann gerechtfertigt, wenn KH wieder überlastet werden könnten. ○ Ohne Definition der Ziele kann Frage nicht geklärt werden. ▪ I. Ziel Infektionsschutz -> kann berechnet werden ▪ II. Ziel Schutz vor schwerer Erkrankung -> kann qualitativ beschrieben werden ○ Längerfristig könnten mit einem Markov-Modell	Scheida

verschiedene Endpunkte berechnet werden.

ToDo: Beantwortung der politischen Fragestellung: Ist 2G sicherer als 3G? Auswirkungen auf Infektionsrisiko und auf schwere Verläufe. Unterschiedliche Aspekte: Fremdschutz, Eigenschutz und Weiterverbreitung, FF Hr. von Kleist, Hr. Wichmann, Hr. Harder bis heute Abend

! Modellierung *(nur freitags)*

- Abschätzung des Kontaktverhaltens zwischen Fremden oder Bekannten
  - Ist so hoch, wie nie zuvor in der Pandemie.
  - Daten stammen aus Kontakt-Netzwerk von Netcheck (App, die Netzqualität abschätzt), wird aus GPS-Daten berechnet, 1,2 Mio. Nutzer
  - Wie viele Kontakte hat ein Nutzer pro Tag, Verteilung der Anzahl von Kontakten -> Contact Index
  - Contact Index geht R-Wert ca. 17 Tage voraus.
  - Kontaktverhalten war relativ konstant über Pandemie und steigt jetzt wieder stark an.
  - Varianten und Impfungen dominieren den R-Wert.
- Vergleich mit Mobilitäts-Änderung: Bewegungsmuster im Vergleich zur normalen Mobilität
  - Bildet innernationale Mobilität ab.
  - Im Nord-Osten (nicht dicht besiedelte Regionen) zurzeit viel höher, da Ferienzeit; in anderen Regionen Rückkehr zur normalen Mobilität.
  - Kontaktmuster ist komplementäre Information.
- Kann man das zum Monitoring der Kontakte verwenden?
  - Daten werden regelmäßig zugeschickt. Idee, diese im Monitoring mit zu berücksichtigen.
  - Objektives Maß für Kontaktmuster.
  - Massenveranstaltungen wirken sich stark aus, deshalb ist Kontaktverhalten im Vergleich zur Situation vor der Pandemie noch viel niedriger.
  - Sieht aus Sicht von Grippe-Web sehr plausibel aus.

	▪ Spannend, sollte aber in Bezug auf Infektionsgeschehen vorsichtig angewendet werden, da es auch auf Qualität der Kontakte ankommt. ○ Daten aus Corona-Warn-App ▪ Mit Abklingen der letzten Welle stieg Anzahl der Warnungen deutlich an. Wurde so interpretiert: Lage entspannt sich und Leute haben wieder mehr Kontakte. ▪ Im Lockdown: weniger Warnungen insgesamt und weniger pro Person. ▪ Sinnvoll diese Daten zusammen zu betrachten.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Unterstützungsmission in Usbekistan läuft weiter. ! Mission in Namibia wurde gestern abgeschlossen. Labor wurde in Betrieb genommen. ! Für Montenegro wird Follow-up Mission vorbereitet. ! Hilfesuchen aus Guatemala, liegt sehr im klinischen Bereich zu Medikamenten, RKI kann vermutlich nicht unterstützen.	ZIG (Hanefeld)
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **CWA** ○ Im Moment ca. 1 Mio. Downloads pro Monat, 32,8 Mio. insgesamt ○ Podcast zur Corona-Warn App wird am Montag veröffentlicht ○ Twitter Corona-Warn-App: ▪ 500.000 geteilte Ergebnisse ▪ Heatmap mit Link zum Wochenbericht: 90.000 Views ▪ Umfrage: 95% nutzen Warn-App von Anfang an; 65% sind an News, 17% an Hintergründen interessiert. ! **CovPass-App** ○ 16,7 Mio. Downloads ○ CovPassCheck-App: 327.648 Downloads ! **DEA** ○ >100.000 Anmeldungen pro Tag ○ > 12 Mio. Anmeldungen seit Beginn	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nächste Woche	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA Presse

	! (nicht berichtet) **Presse** ! 3 Ausgaben des Epid.Bull. diese Woche **Wissenschaftskommunikation** ! Hospitalisierung bei mittlerer Altersgruppe soll nächste Woche mit Inzidenzen gepaart kommuniziert werden. Kommunikation zusammen mit Inzidenzen ist wegen der relativ kleinen Zahlen besser als zusammen mit Impfungen. (siehe auch nationale Lage) ! Thema Lollitestung wird vorbereitet. ! Covid-19 Impfung für Twitter-Acount wird vorbereitet. ! Beim Einbinden von Grafikdesignern sollte darauf geachtet werden, dass Grafiken gleichzeitig auch für Social Media aufbereitet werden.	(Seedat) P1 (Gubernath)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! (nicht berichtet)	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	
8	**Update Impfen** (Folien hier) *(nur freitags)* ! Impfeffektivität Delta, Zwischenergebnisse aus Living systematic review ○ 16 Studien aus UK, USA, Qatar, Frankreich, Singapore, Kanada ○ analysieren Comirnaty, Spikevax und Vaxzevria ○ 4 Gruppen von Studien ▪ Direkter Vergleich: Alpha vs. Delta (sequenziert) ▪ Indirekter Vergleich: Alpha vs. Delta (zeitlich-geographische Dominanz) ▪ Nur delta (ohne Vergleich)	FG33 (Harder)

	▪ Delta zu >1 ZP nach Impfung (waning) ○ Direkter Vergleich: gegliedert nach Infektion, symptomatischer Infektion und Hospitalisierung ▪ Bei Alpha ist die Effektivität relativ gleichbleibend, bei Delta Zunahme der Effektivität. ▪ Bei Hospitalisierung keine Unterschiede zwischen alpha und delta. ○ Indirekter Vergleich ▪ Ähnliche Tendenzen: geringere Effektivität bei Vermeidung von Infektionen im Vergleich zur Hospitalisierung. ▪ Höhere Effektivität von Spikevax als von Comirnaty. ○ Impfeffektivität Delta ▪ Asymptomatische Infektion: bei Comirnaty deutlich schlechter als Spikevax (Studie aus Katar möglicherweise als Ausreißer zu bewerten) ▪ Hohe Effektivität gegen schwere Infektionen. ○ Impfeffektivität über die Zeit: 2 Studien ▪ Abfall der Effektivität von 93% auf 53% innerhalb von 4 Monaten (populationsbezogen) ▪ Bzw. von 85% auf 73% über 5 Monate (bei HCW) ! Zusammenfassung ○ VE gegen schwere Infektion (Hospitalisierung) unverändert >90% ○ VE gegen Infektion: 55-85% ○ VE gegen asymptomatische Infektion: 60-80% ○ Tendenz: VE Spikevax > Comirnaty > Vaxzevria (Infektion) ○ Waning: derzeit unklare Datenlage *ToDo: Zeitnahe Publikation, z.B. als Update zum bereits publizierten Artikel, FF Hr. Harder* ! Was wurde gegen was verglichen, Design der Studie? ○ Alle Studien basieren auf PCR-Tests; nur 3 Studien mit Aussagen über Ct-Werte: Ct-Werte bei Geimpften und Ungeimpften sind in etwa gleich.	

9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Kein Update **ZBS1** ! 366 Proben, davon 155 positiv auf SARS-CoV-2 (42,4%) ! Dokument für Information der Ärzte zur Differenzialdiagnostik und Bewerbung der Testung wird vorbereitet. ! Für eine intensive Einbindung der Apotheken zur Verbesserung der Qualität der Antigentests wird geworben.	FG17 ZBS1 (Michel) Mielke
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Neue Bevölkerungszahlen wurden eingespielt.	FG38
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Weiterhin sehr viel Personalbedarf bei internationaler Kommunikation, auch am Wochenende. Containment Scouts werden wieder ins Feld gerufen. ! Rückmeldung von verschiedenen Seiten: Kontaktpersonenmanagement kann so nicht weitergehen, zum Teil Verzicht darauf in Schulen und Kitas. ! Mit steigenden Inzidenzen und Hospitalisierungsraten gibt es keine fachliche Grundlage von der Gesamtstrategie abzuweichen. ! Priorisierung wird nochmal geschärft, Quarantäne in Kitas und Schulen wird zurzeit besprochen. ! Inzidenzen werden weiter steigen, wie wird damit kommunikativ umgegangen? In nächster Risikobewertung darauf hinweisen. ! Herbst/Winterpapier ist veraltet, die Neufassung ist beim BMG. Minister möchte vor Veröffentlichung mit Leitung RKI sprechen und hat dafür noch keinen Termin genannt. Bisher ist 2G im Papier nicht enthalten.	FG38 Buda
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:07 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 01.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
  - Viktoria Schönfeld
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Barbara Hauer
  - Julia Schilling
  - Kristin Tolksdorf
  - Uwe Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.956.387 (+13.531), davon 92.223 (+23) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 75,7/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.297.654 (65,3%), mit vollständiger Impfung 50.431.730 (60,6%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Unterschiedlicher Trend: Rückgang in NRW, Anstieg in Bremen, Saarland, Plateau auf hohem Level (50/100.000 Eiw.) in Schleswig-Holstein, niedrig in Brandenburg, Meck-Pom, Sachsen, Sachsen-Anhalt. Geografische Verteilung: höchste Inzidenzen in NRW, Hamburg, Berlin, Hessen, Ba-Wü, Bayern, Nach Kreis: SK Wuppertal (266,2), SK Rosenheim (199,7) die höchsten Inzidenzen Heatmap: Höchste Inzidenz in Meldewoche 34 bei den 10-14 und 15-19-jährigen, aber alle Kinder -Altersgruppen betroffen und auch Anstieg bei den Älteren, daher sind auch vermehrt schwerere Verläufe zu erwarten Hospitalisierungsrate: Anstieg in allen Altersgruppen, zahlenmäßig höchster Anteil an Hospitalisierung bei den 35-49-Jährigen Importieret Fälle: 22%, Ursprungsländer: Türkei, Kosovo, Kroatien, Spanien, Nordmazedonien, Griechenland, Italien, Frankreich, Marokko, Bulgarien Frage: Sind geringe Inzidenzen in Sachsen durch eine hohe Anzahl an Genesenen zu begründen? Antwort: Es liegen keine Daten dazu vor und es sind keine Serostudien dazu bekannt. Anregung: Es sollten vergleichende Daten von 7d-Inzidenzen mit der Hospitalisierungs-Inzidenz angeschaut werden. Es wurde dazu eine Deutschland-Karte der 7d-Hospitalisierungs-Inzidenz der COVID19-Fälle von Abt.3 Leitung gezeigt. ***ToDO zu Freitag***: *Vergleichende Darstellung der 7d-Inzidenz und der 7d-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer als geografische Verteilung und als Heatmap (Diercke, Buda, Hamouda)*	FG32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* Folien hier 833.000 Testungen in KW 34, Positivenanteil (PA): 8,35, d.h. weiterhin Anstieg, jedoch ist die Zunahme nicht mehr so stark Testzahl in NRW stark gestiegen, daher geht dort der PA	Hamouda und Seifried

		runter, in BL, wo Testzahl stabil, steigt PA weiter an, z.B. Thüringen und Sachsen Verteilung der PA auf Laborebene ergibt ein sehr heterogenes Bild **ARS-Daten** Folien hier Es wurde mehr getestet, insbesondere in NRW, wo der Positivenanteil rückläufig ist, Berlin und Bremen wurden aus den Daten ausgeschlossen. Testzahlen haben sich in der Altersgruppe der 5-14-Jährigen verdoppelt, das ist hauptsächlich auf Lolli-Testung in NRW zurück zu führen Bei den 5-14-Jährign geht der Positivenanteil zurück, da die Anzahl der Tests/100.00 Einw. ansteigt Die Tests liegen z.T. 24h im Labor bis zur Verarbeitung Altenheim- und Krankenhausausbrüche nehmen leicht zu	Eckmanns
		Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** Folien hier GrippeWeb: Anstieg bei Kindern Konsultationsinzidenz steigt in allen Altersgruppen an Altersgruppe 35-59 sind über dem saisonalen Niveau der Atemwegsinfektionen Anteil COVID an SARI ist gestiegen (32%) und liegt bei knapp 50% COVID bei ICOSARI Betroffen sind vor allem 35-59 und 60-79-Jährige Im Vergleich zu letztem Jahr, ist der Anstieg von COVID-SARI Fällen bereits früher zu verzeichnen	Buda
		Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** Folien hier 104 Einsendungen mit einer Positivrate von 61%. Anteil SARS-CoV-2 bei 7%, 0% Influenza, geringer Anteil an endemischen Coronaviren und HMPV (1 Fall), hauptsächlich Rhinoviren und Parainfluenzaviren, RSV: 5%	Brunke
		Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** Folien hier 1128 COVID19 Intensiv-Fälle (+321) Innerhalb der letzten 2 Wochen hat sich die ITS Belegung verdoppelt Starke Zunahme der Neuaufnahmen, 492 in den letzten 7d, ECMO Fälle steigen BL: starker Anstieg im Nordwesten und Süden, in Hamburg und östliche BL niedriger Altersstruktur: 65,1% <60 Jahren, starker Anstieg bei den 40-69-Jährigen, in den letzten 2 Wochen auch Anstiege bei den 30-39-Jährigen und 70-79-Jährigen 20-Tage-Prognose: starker prognostischer Anstieg	Fischer
	!	**VOC-Bericht** Folien hier ○ Delta Anteil leicht gestiegen und liegt bei 99,4%, andere VOC spielen kaum eine rolle ○ Anteil der Genomseq. liegt bei 5-10% ○ Delta MOC (mutations of concern) werden beobachtet, 100 Fälle seit April ○ Delta C.1.2 Variante seit KW23: 1 Fall in Deutschland, hauptsächlich in Südafrika, dort Anstieg (von 0,2 im Mai	Kröger

	auf 2% im August) ○ Neue Variante: B1.621: Anteil in Deutschland liegt bei 0,3% Anmerkung Krisenstab: Es gibt ein Tool zur Ableitung einer Variantenspezifischen PCR von Herrn Hölzer	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Nicht berichtet	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Auf Freitag verschoben!	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** keine Anmerkung **Presse** Tweets zu ITS Anstieg, Heatmap, eventuell Stratifizierung Geimpft/Ungeimpft (sonst nächste Woche) **P1** nicht berichtet	BZgA n.A. Presse (Degen) P1
6	**RKI-Strategie Fragen** Allgemein ○ Inzidenzen - getrennt nach geimpft und ungeimpft? ○ Vorstellung der Daten hier ○ Datengrundlage: Nenner: symptomatische hospitalisierte Personen mit Angaben zum Impfstatus ○ Ergebnis: Inzidenz der ungeimpften symptomatischen, hospitalisierten Fälle pro 1 Mio. Einw. ist um den Faktor 10 höher als die entsprechende Inzidenz geimpfter Fälle, sowohl bei den über als auch unter 60-Jährigen ○ Limitation: Jegliche Hospitalisierungen wurden einbezogen unabhängig von der Ursache, hoher Anteil fehlender Impfangaben (16%), ausstehende Nachmeldungen	Schönfeld, Harder

	Diskussion: Tabelle im Wochenbericht hat eine andere Datenbasis, nämlich alle Hospitalisierungen, unabhängig von Impfinformation. Berechnungen sollten vereinheitlicht werden. ***ToDo:*** *Vergleich der Unterschiede der beiden Berechnungsgrundlagen zur Hospitalisierungsrate und Entscheidung für eine Variante in Abstimmung mit FG32 und FG36 (Schönfeld, Harder)* ○ Da 2 G deutlich wirksamer ist als 3 G: wird das Einfluss auf unsere Empfehlungen geben? Diskussion: Unterscheidung rechtlich möglich, da Berliner Gericht Öffnung von Tanzclubs für 2G beschlossen hat. Auch BMG Krisenstab hält solch eine Unterscheidung für rechtssicher. ***ToDO*** *Stufenkonzept hinsichtlich der Empfehlungsmöglichkeit für 2G überarbeiten (Rexroth)* RKI-intern ○ (nicht berichtet)	Schaade

7	**Dokumente** Kontaktpersonenmanagement: Umgang mit Kindern (Kona, Schulen, s.u.) Dokument hier Vorstellung eines Papiers zum KPM in Schulen als Diskussionsgrundlage. Besprechung Tabelle im Dokument: Berechnung mittels COVID19 Calculator, keine Adjustierung für Kinder oder für die Deltavariante Nach Diskussion und Festlegung, dass keine extra Empfehlung für Schulen, sondern einheitliche Empfehlung ausgesprochen werden soll: Quarantäne für Kontaktpersonen: 10d ohne Testung oder alternativ eine Verkürzung auf 5-7d durch Testung mittels PCR oder hochwertigem Antigentest. Bei Testung: Beendigung der Quarantäne erst bei Vorliegen eines negativen Ergebnisses. ▪ Generelle Anpassung KPM, gleiches Dokument. ▪ Von den im Dokument genannten Punkten wurde zur Diskussion gestellt, ob Geimpften weiterhin empfohlen werden soll, ein Selbstmonitoring sowie eine Testung an Tag 5 nach Exposition durchzuführen. ▪ Ein Teil sprach sich dafür aus, insbesondere da es virologische Daten gäbt, die eine ähnlich hohe Viruslast bei Geimpften wie bei nicht-geimpften nahelegen. Andere meinten, dass jedoch epidemiologische Daten zur Übertragbarkeit durch Geimpfte fehlen würden. ▪ Entscheidung zur Empfehlung zum Umgang mit geimpften KP: Geimpften KP, die Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, z.B. in Krankenhäusern, Altenheimen oder häuslicher Pflege, wird ein Selbstmonitoring sowie eine Testung 5d nach Exposition empfohlen.	Kröger, Buda
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **Impfstoffe** **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** **Nicht berichtet** **ZBS** **Nicht berichtet**	FG17 ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 03.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:20 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 03.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antao
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Barbara Hauer
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffczyk
- ! P1
  - John Gubernath
- ! P4
  - David Hinrichs
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ***(nur freitags)*** Folien hier Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Mehr als 212 Mio. Fälle, rückläufiger Trend im Vergleich zur Vorwoche (-7%) 2. In den meisten Ländern rückläufiger oder stagnierender Trend 3. Steigerung der Fallzahlen in USA, Indien (+27%), Türkei, Philippinen (+13%) COVID-19 Westpazifik: 4. Einzige Region mit Anstieg 5. Japan: 1. Trend wieder rückläufig 2. Wurde neu als Hochrisikogebiet ausgewiesen. 3. 33 von 47 Präfekturen haben Notstand ausgerufen. 4. 45% vollständig geimpft 6. Neuseeland: 1. Lockdown im Raum Auckland bis 30.09. verlängert, jedoch insg. nur 736 Fälle. 2. Impfaktivitäten noch nicht weit fortgeschritten, 26% vollständig geimpft 7. Australien: 1. 24% vollständig geimpft COVID-19 Norwegen: 8. 7-Tages-Inzidenz: 152%, starker Anstieg von mehr als 40% 9. Mitte August Ende der Schulferien, 35% der Neuinfektionen bei 10-19 Jährigen, 25% bei 20-29 Jährigen 10. Testaktivität in Schulen und Kitas wurde erhöht. 11. Fast 58% vollständig geimpft. 12. Masken tragen wird für <12 Jährige nicht mehr empfohlen.	ZIG 1 (Denkel)

	13. Kinder und junge Erwachsene sollen nicht mehr in Quarantäne gehen, bei Fällen in Schule und Freundeskreis Quarantäne nur noch von Haushaltsmitgliedern. Übersicht Virusvarianten, weltweit: 14. Delta-Variante breitet sich weiter aus. Neue Virusvarianten 15. V.1.621 („mu“) 1. Wurde von WHO als neue Variant of interest bezeichnet. 2. Vorläufige Daten zu reduzierter Neutralisierungsaktivität durch Serum von Genesenen/ Geimpften 16. Neue Variante aus Südafrika: C.1.2 1. Unter Monitoring von ECDC 2. Hinweise auf erhöhte Transmissibilität und Immune Escape, noch keine Daten zu Krankheitsschwere 3. Kein großer Anstieg in Südafrika bisher Zusammenfassung 17. Weltweit leicht abnehmender Trend 18. Ab Sonntag werden auch die Balkanländer: Albanien, Aserbaidschan und Serbien Hochrisikogebiet. 19. Gründe: Delta-Variante, Lockerung von Maßnahmen, mehr Reisen und soziale Aktivitäten 20. WHO Euro: Deeskalation von Alpha-Variante geplant. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 21. SurvNet übermittelt: 3.984.353 (+14.251), davon 92.301 (+45) Todesfälle 22. 7-Tage-Inzidenz 80,2/100.000 Einw. 23. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.422.241 (65,4%), mit vollständiger Impfung 50.600.451 (60,9%) 24. Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer 1. Weiter leichter Anstieg, scheint sich abzuflachen 2. In NRW setzt sich Anstieg seit einigen Tagen nicht fort	FG32 (Diercke)

	3. In östlichen BL weiter niedrige Inzidenzen 25. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. Fast ¼ der LK mit Inzidenz > 100 / 100.000 Einw. 2. Starke Belastung der westlichen BL 26. Sterbefallzahlen 1. Keine Übersterblichkeit 27. Meldeverzug: Hospitalisierungsinzidenz nach Meldedatum/ Hospitalisierungsdatum 1. Sollen fixierte (ohne Nachmeldungen) oder aktualisierte Werte (mit Nachmeldungen) berichtet werden? 2. Meldedatum oder Hospitalisierungsdatum? 3. Es gibt einen Zeitverzug zwischen Melde- und Hospitalisierungsdatum. 4. Geringe Vollständigkeit beim Hospitalisierungsdatum 5. Bei Darstellung mit Nachmeldungen ist Verbindung zwischen Meldedatum und Hospitalisierungsdatum gut sichtbar. 28. Zeitverzug vom Meldedatum zum Hospitalisierungsdatum 1. Meldedatum ist für alle Fälle verfügbar. 2. Hospitalisierungsdatum liegt nur für 46% am Berichtsdatum vor, für 79% bei Nachmeldungen. 29. Vollständigkeit Hospitalisierungsinzidenz nach Melde-/ Hospitalisierungsdatum 1. Nach Meldedatum sind nach 1 Woche ca. 80-85% der Fälle im System, nach 3 Wochen 95%. 2. Nach Hospitalisierungsdatum sind nach 1 Woche nur 70% der Fälle im System. Plädieren deshalb für Meldedatum. 30. Regionaler Vergleich 1. Hospitalisierungsinzidenz unterliegt auf Kreisebene viel größeren Schwankungen als 7 Tages-Inzidenz. 31. Verhältnis 7-Tages- und Hospitalisierungsinzidenz nach BL 1. Je nach BL sehr unterschiedlich, liegen bei	Schaade P4 (Hinrichs)

	rückwirkender Betrachtung näher zusammen. 2. Kurvenverlauf ist ähnlich, aber nicht bei allen BL. Stimmt z.B. in Hamburg und Berlin nicht gut überein. 3. NRW: Kinder wurden bei Schulbeginn getestet. Dies hat Inzidenz hochgetrieben, dass Hospitalisierungsinzidenz darauf nicht folgt, ist nicht verwunderlich. Höchstes Risiko liegt nach wie vor in höheren Altersgruppen. *ToDo: Stratifizierung nach Altersgruppen, FF Diercke* 32. Bleiben beim Meldedatum, da zeitnah und vollständiger. Spricht für multifaktorielle Betrachtungsweise eines Sets aus Indikatoren. Vorschlag 14-Tage Inzidenz ansehen, um Meldeverzug zu umgehen, wurde geäußert. 33. Schaut sich FG32 heute nochmal an. 34. Länder könnten sich auch korrigierte Daten der letzten 14 Tagen ansehen. 35. In ansteigender Phase würde ansteigender Trend damit abgeschwächt. 36. RKI sollte möglichst wenig darauf eingehen, Eckwerte an politischen Maßnahmen orientiert festzulegen. Modellierung: Status Corona-Datenspende (Folien hier) *(nur freitags)* 37. Q3 2021: Surveys werden in Datenspende-App verfügbar 1. Version 3.0 Integration von Surveys 2. Abstimmung mit BfDi zur Erweiterung der Datenspende um die Möglichkeit Fragen zu stellen 3. Ziel: 1. Bessere Charakterisierung der Stichprobe 2. Zusammenführen von Vitaldaten und erklärenden Daten 4. Pentest von Fachfirma liegt vor. 38. Nowcast aus Wearable-Daten 1. Nowcast von Inzidenzen auf Wochenbasis 2. Aktuelle Fieberdetektionen lassen aktuellen Verlauf	FG38 Siffczyk

der Pandemie gut abschätzen.

3. Wendepunkte einzelner Wellen werden verlässlich geschätzt.

4. Methodik wird verfeinert, an Vorhersage von Inzidenzen wird gearbeitet.

39. Einflüsse auf mittleren Schlafzeitpunkt

1. Schlaf als wichtiger Gesundheitsindikator

2. Schlafzeiten variieren von West nach Ost, zwischen ländlichen/städtischen Regionen und Wochentagen

3. Erweiterung des Fiebermonitors um Schlaf im nächsten Schritt, da Abweichungen auf akute Erkrankungen hinweisen können.

4. Aber auch Sekundäreffekte der Pandemie in Schlafdaten sichtbar.

40. Infrastruktur soll auf längerfristige Basis gestellt werden.

41. Warum weicht Fieberkurve ab Sommer von Inzidenzen ab?

1. Es gibt viele Hypothesen z.B. Impfreaktion, die passen könnten, ohne Feedback schwierig zu beurteilen.

2. Deshalb wichtig Menschen zu Vitaldaten zu befragen.

42. Spielt das Alter beim Schlaf eine Rolle?

1. Analyse hierzu ist noch nicht abgeschlossen.

Update Ausbruch LK Bergstraße

43. Von Hessen wurde Amtshilfeersuchen zur Untersuchung des Ausbruchs in LK Bergstraße im Altenpflegeheim unter überwiegend Geimpften gestellt.

44. Inzwischen 28/86 Betr. (44%) infiziert; 6 verstorben (7%; darunter 1 Person im zeitl. Zusammenhang mit BoosterImpfung). Die Booster-Impfungen wurden ansonsten gut vertragen.

45. 10 von 88 Mitarbeitern infiziert (11%)

46. Maßnahmen: Serielle Testungen (PCR alle 3 Tage), Booster- Impfungen

47. Geschehen klingt vermutlich ab.

2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Weitere Mission in Montenegro Ende September zusammen mit Charite geplant. ! Weitere SEEG-Missionen geplant: die nächste Ende September nach Usbekistan. ! Cyrus König (FG38) geht am 11.9. in 8-wöchigen GOARN-Einsatz zu COVID-19-Response in Cambodia. ! Hilfeersuchen verändern sich hin zu längerfristiger Unterstützung und in den Bereich Impfstoffe. ! Im Nachgang zur G20-Konferenz: großer Punkt des Gipfels war Aufbau pharmazeutischer Kapazitäten in Entwicklungs- und Schwellenländern, gibt Bewegung in diese Richtung. ! Anfragen aus vielen Ländern Europas zum Thema Rückkehr in Schulen, Wunsch nach Austausch. ! Austausch WHO chief scientists gestern: 48. Systematic review zu COVID und Kindern wurde vorgestellt. 49. Evidenz und Studiendesign ist schwach bei Kindern. Alle benutzen unterschiedliche Altersgrenzen. 50. Erstmal keine weiteren systematic reviews zu long covid und delta bei Kindern 51. Bemühungen studienübergreifend gleiche Altersklassifizierungen zu nutzen.	ZIG (Hanefeld)
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **CWA** ○ Am Montag 33 Mio. Downloads überschritten ○ Ab 8. September wird Version 2.9 mit Feature: Warnung über Stellvertreter verfügbar sein. ○ D.h. wenn eine Person, auf einer Veranstaltung war und positiv getestet wurde, jedoch keine Corona-Warn-App hat, kann sie sich beim Veranstalter melden, der dann die übrigen Teilnehmer warnt. ○ Twitter: Eventregistrierung wurde getweetet mit Informationen, wie feature funktioniert. ○ Aufruf: was ist das Beste an CWA? Am häufigsten wurde dezentral, Opensource, Datensparsamkeit genannt. ! **CovPass-App** ○ Nach wie vor großes Interesse, 18 Mio. Downloads ! **DEA** ○ Weiter großes Aufkommen, bis zu 80.000 Anmeldungen pro Tag.	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nur geringfügige Änderungen (hier) ! Schützt zuverlässig vor schweren Krankheitsverläufen: soll hier weiter „zuverlässig“ stehen? ○ Statt „zuverlässig“ „sehr gut“, wird bei Impfprävention verwendet. ! Ziele: Andere Themen wie die Vermeidung von Langzeitfolgen	FG38 (Rexroth) Wichmann

	sind in den Vordergrund gerückt. Sollen diese Ziele in dieser oder der nächsten Version etwas gestärkt werden? ○ Problem: nicht bekannt, wie oft Langzeitfolgen vorkommen. Auf harte Daten warten, keine einheitlichen Definitionen in Studien. ○ Frage, ob die Risikobewertung der richtige Ort hierfür ist, da sie knapp sein sollte. ○ Vermeidung von Langzeitfolgen ist Ziel, egal wie häufig das vorkommt. ! Bei Häufungen werden momentan nur Privathaushalte und Freizeit erwähnt, sollten hier auch andere Settings erwähnt werden? ○ Infektionen werden von außen in Privathaushalte hineingetragen. Vermeidung einer Infektion in anderen Settings außerhalb des Haushalts. ○ Durch Nicht-Nennung wird dazu beigetragen, dass bestimmte Settings als sicher betrachtet werden. ! Trotz fortschreitender Durchimpfung gibt es auch Ausbrüche in Pflegeheimen bei Geimpften, sollte das hier erwähnt werden? ! Es besteht noch Diskussionsbedarf bei Settings, der Hinweis auf Langzeitfolgen ist ausreichend. *ToDo: Es werden noch Formulierungsvorschlag für Settings gesammelt, FF Rexroth*	Wieler Oh Abu Sin
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Infoblatt zur Impfung von Kindern und Jugendlichen geht nächste Woche online + Tweet ! Bitte an Pressestelle des RKI, dies zu retweeten **Presse** ! Am nächsten Mittwoch findet wieder eine Bundespressekonferenz mit Hr. Spahn, Hr. Wieler und 2 Wirtschaftsvertretern statt. Impfen steht im Vordergrund. ! Hr. Wieler benötigt hierfür Informationen zum Unterschied bei Krankheitslast zwischen geimpften und nicht-geimpften Menschen. **Wissenschaftskommunikation** ! Der aktuelle Entwurf für 2G - 3G Grafik wurde zirkuliert. ! Ein Flyer zu Lolli-Tests Wird nächste Mittwoch im Krisenstab vorgestellt. ! Automatisierter engl. Lagebericht	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Wieler P1 (Gubernath) Bremer

	○ Wurde vor ein paar Monaten eingestellt. Nach Kurzversion des deutschen Lageberichts ist nun auch englischer automatisiert. Verursacht keine zusätzliche Arbeit. ○ Wird ab nächster Woche publiziert.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! (nicht berichtet)	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Aktualisierung der „Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung"; Hilfestellung für GÄ: Schulsetting ○ Umfasst mehrere Komponenten, Aufgabe war gemeinsam mit Ländern abgestimmtes Konzept zu entwickeln. ! Kontaktpersonenmanagement (hier) ○ Allgemeine Hinweise: Maßnahmen können nach Risikobewertung der Gesundheitsämter angepasst werden. ○ Wo kann bei geringem Übertragungsrisiko und ohne Gefährdung von Risikogruppen depriorisiert werden. ○ Ziele: Nur noch Eindämmung von Ausbrüchen, Schutz von Risikogruppen, Unterbrechung von Infektionsketten. Etwas fokussierter ohne Containment gänzlich aufzugeben. ○ Technische Informationen zur Rückwärts- und Vorwärtsermittlung eingefügt. ○ Fokussierung auf Situationen mit hohem Übertragungspotential. ○ De-Priorisierung von Expositionssituationen mit geringem Übertragungsrisiko, z.B. Flügen unter 5 Stunden ○ Nutzung von digitalen Tools bei größeren Veranstaltungen ○ Risikobewertung durch zuständiges Gesundheitsamt: Exposition in Innen- oder Außenräumen ist zu beachten. ○ Definition enger Kontaktpersonen: Aufenthalt im Nahfeld länger als 10 Minuten ohne adäquaten Schutz; Gespräch mit Fall, unabhängig von Dauer; gleichzeitiger Aufenthalt im gleichen Raum länger als 10 Minuten	FG36 (Buda)

	○ Anpassungen bei beispielhaften Konstellationen für enge Kontaktpersonen ○ Definition für enge Kontaktpersonen sollte bei Schulklassen nicht generell geändert werden. Es handelt sich um Setting, in denen schwere Verläufe eher unwahrscheinlich sind. ○ Dauer der Quarantäne: Änderung der Dauer von 14 auf 10 Tage, Nennung der Rationalen dahinter und welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen. ○ 3 Quarantäneoptionen: 10 Tage ohne Test, 5-7 Tage mit PCR-Test, 7 Tage mit Antigen-Schnelltest ○ Keine Kettenquarantäne für Haushaltskontakte mehr, aber zumindest Einhaltung von 10 Tagen Quarantäne. ○ Grundsätzlich wird empfohlen, dass sich Personen in Quarantäne vorzugsweise mit PCR testen lassen. ○ Die zweimalige Testung pro Woche während der Quarantäne wurde rausgenommen. ○ Extra Absatz zum Umgang mit geimpften und genesenen Kontaktpersonen, diese werden von Quarantäne ausgenommen. ○ Bei Symptomen sollen sich auch Geimpfte und Genesene selbst isolieren. ○ Vollständig geimpfte Kontaktpersonen, die Kontakt mit vulnerablen Personen haben, wird ein Test empfohlen, um eine Übertragung zu vermeiden. ○ Die Empfehlungen sollen wissenschaftlich bleiben. Vertritt jemand im Krisenstab die Meinung, dass Containment überflüssig ist und komplett einstellt werden sollte? 1. Dass sich Fälle oder enge Haushaltskontakte in Quarantäne begeben sollen, wird auch vom ÖGD nicht in Frage gestellt. Die Frage ist, welcher Aufwand bei der Suche nach weiteren Kontakten betrieben werden muss. 2. Containment bleibt Ziel zum Verhindern von schweren Krankheitsverläufen. ○ Überschrift von Punkt 2 ist Priorisierungskriterien. Punkt 2.1 sollte Priorisierung statt Fokussierung genannt werden. ○ Bei Rahmenbedingungen für Änderung der Dauer der Quarantäne von 14 auf 10 Tage sollte Impfen explizit genannt werden. ○ Quarantäneoptionen: Eine Nicht-Trennung von PCR- und	Wieler Schaade FG36 (Hauer)

	Antigentests wurde diskutiert. Da ein PCR-Test jedoch eine andere Qualität hat, wurde die Trennung beibehalten. ○ Innenräume vs. Außenräume ist an mehreren Stellen adressiert und wird in die Änderungshistorie mit aufgenommen. ○ Flussschema wird angepasst, sobald Dokument fertig ist. ○ GA haben personelle Unterstützung durch andere Verwaltungsbereiche verloren, gleichzeitig finden wieder mehr Veranstaltungen mit mehr Personen. Wägen deshalb ab, wo das größte Risiko besteht. 3. Kann vertreten werden wegen geänderter Rahmenbedingungen, kann nicht Argument von RKI sein. ! Hilfestellung für Gesundheitsämter (hier) ○ Umformulierung auf Wunsch pragmatischer vorgehen zu können. ○ Containment im Schulsetting: in absehbarer Zeit wird es ein Impfangebot für Kinder unter 12 Jahren geben, deshalb ist es gerechtfertigt Maßnahmen im Schulsetting beizubehalten. ○ Auf serielles Testen und PCR-Lollitests wurde hingewiesen. ○ Einteilung nach Alter der Schüler bei Einflussfaktoren soll gestrichen werden. ○ Ist die Einteilung nach Ct-Wert für Infektiosität des Quellfalls sinnvoll? 4. Zur Bedeutung eines fixen Ct-Werts wurde mehrfach Stellung genommen. PCR weist Infektion nach, beim Erstbefund spielt die Quantifizierung keine Rolle. Im Einzelfall könnte der Wert vielleicht miteinbezogen werden, nicht aber in einer Tabelle. 5. Ein hoher Ct-Wert ist am Ende oder Anfang einer Infektion zu beobachten. Es kann deshalb nicht beurteilt werden, wie der Ct-Wert am Tag davor war. Außerdem schwer vergleichbar zwischen Laboren. 6. Einordnung Infektiosität des Quellfalls aufgrund des Ct-Werts ist in Tabelle nicht sinnvoll. Zeile wird gestrichen. ○ Dokument wird finalisiert und nächsten Dienstag zur Kenntnis an AGI geschickt, BMG ist mit im Verteiler.	Mielke Seifried

	○ Ist Tabelle kongruent mit Kontaktpersonenmanagementpapier? 7. Soll nochmal abgeglichen werden.	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Aktionswoche Impfen findet vom 13.-19. September ressortübergreifend statt. ! Analysen zu Impfdurchbrüchen wurden für Wochenbericht aktualisiert. Wirksamkeit wurde genauer spezifiziert. ! Grafik Hospitalisierungsinzidenz bei Geimpften vs. Ungeimpften wird finalisiert und soll heute noch publiziert werden. ○ Geplant ist eine Veröffentlichung einmal pro Monat. ! Werden mit Publikation zeitgleich Daten zur Grafik zur Verfügung gestellt? Erfahrungsgemäß gibt es immer viele Anfragen dazu. ○ Für heute schwierig, im Laufe der nächsten Woche. *ToDo: Bereitstellen der Daten zur Grafik, FF FG33* ○ Genaue Definition von Zähler und Nenner steht im Text. ! Nächste Woche ist STIKO-Sitzung. Themen: Impfen in Schwangerschaft/Stillen, Vorgehen bei Immundefizienten ! Viele Diskussionen national und international zur booster Impfung, unterschiedliche Meinungen, ist politisch sehr beeinflusst. ECDC-Report sieht keine Dringlichkeit bei booster Impfungen, besser Erhöhung von Impfangeboten in Entwicklungsländern. ! Beteiligt an Studie mit Uni Münster: Kontaktverhalten in Bevölkerung über die Monate und beim Maskentragen. Sollen Resultate im Krisenstab vorgestellt werden? ○ Keine externen Vorträge im Krisenstab, gerne als Extratermin.	FG33 (Wichmann) Presse (Degen)
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Nichts Neues **ZBS1** ! 379 Proben, davon 198 positiv auf SARS-CoV-2 (52%) getestet ! Zur Info: Mitte stellt KoNa ein, haben nur noch 22 von ursprünglich über 100 Personen zur Nachverfolgung zur Verfügung.	ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! (nicht berichtet)	ZBS7

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Das BMG hat den Ländern, die IGV-benannte Grenzübergangsstellen haben, einen Verwaltungsvereinbarungsentwurf zum Pakt für den ÖGD (Punkt 4) zugesandt. Dort werden 50 Mio. Euro Sachmittel bewilligt, jedoch keine Personalkosten. Dies ist für die Länder unbefriedigend. Es muss nun versucht werden, Personalstellen aus Punkt 1 des Paktes für den ÖGD zu nutzen.	FG38 (an der Heiden)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:06 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 08.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder?
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg
- ! ZBS7
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 4.030.681 (+13.565) Fälle, davon 92.448 (+35) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 82,7/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.890.847(66,0%), mit vollständiger Impfung 51.207.077 (61,6%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Gesamtinzidenz bei 83/100.000 EW eher stabil ▪ Inhomogenes Bild in den BL ▪ NW Plateau, HB und HE Anstiege, TH deutlicher Anstieg ▪ In der Zusammenschau (aus Anstiegen und Rückgängen) insgesamt verlangsamter Bundestrend ▪ In BY und BW mit Ferienende Anstiege zu erwarten ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Ost/West- und Nord/Süd-Gefälle sichtbar ▪ Höchste Inzidenzen in NW, Anstieg in Bremen ▪ In BY und BW viele LK mit Inzidenzen > 100/100.000 EW ▪ 28 LK < 25/100.000 EW ▪ ¼ aller LK < 50/100.000 EW ▪ ¼ aller LK > 100/100.000 EW ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Weiterhin in allen Altersgruppen Anstieg der Inzidenzen, auch bei den Älteren, sollte genau beobachtet werden, da schwere Verläufe möglich sind ▪ In KW 35 Inzidenz bei 10-14Jährige > 200/100.000 EW ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach	FG32 (Diercke)

	Altersgruppe ▪ Anstieg in allen Altersgruppen ▪ Inzidenz bei +80Jährigen jetzt am höchsten, gefolgt von 35-59Jährigen ▪ In absoluten Zahlen führen die 35-59Jährigen, gefolgt von 15-34Jährigen und 60-79Jährigen	Hamouda
	○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Darstellung für den Wochenbericht ▪ Nach niedrigen Sterbezahlen im Sommer jetzt Anstieg, aber geringer als in der 3. Welle ▪ Größter Anstieg bei den > 80Jährigen	Eckmanns
	○ Expositionsländer ▪ Fallzahl mit Exposition im Ausland von 30% auf 17-20% gesunken ▪ Häufigste Expositionsländer: Türkei und Balkanländer	
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Zunahme der Testungen in KW 35 auf > 930.000 Tests ▪ Zunahme des Positivenanteils auf 8,7 %, Anstieg flacht etwas ab, vergleichbar mit Ende Mai 2021 und November 2020 ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten haben sich etwas erhöht ▪ Auslastung in fast allen BL ≤ 50%, in NS, SL und SA knapp > 50% ▪ Positivenanteil steigt in allen BL dies weist auf einen Anstieg der Fallzahlen in allen BL hin	FG36 (Buda)

	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Leichter Anstieg der Gesamtzahl der Testungen, Positivenanteil stabil bei 7,9 % ▪ Im Jahresvergleich 2020/2021: Testanzahl in BY halbiert, deutlich weniger Tests in TH ▪ Zahlen aus BE und HB nicht verwertbar, da jeweils ein größeres Labor derzeit nicht meldet bzw. keine PCR Testungen durchführt ▪ Verlauf des Positivenanteils im Jahresvergleich 2020/2021: 2020 um diese Zeit stabile Werte, 2021 Anstiege in allen BL, deutlich und kontinuierlich in RP und HE, in anderen BL unregelmäßiger ▪ Zeitverzug zwischen Probenentnahme und Testung hat in den letzten Wochen langsam etwas zugenommen, Zeitverzug > 1Tag ist häufiger geworden ○ Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Im Jahresvergleich mit 2020 deutliche Zunahme der Testungen bei den 5-14Jährigen, deutliche Abnahme bei den 15-34Jährigen, ähnliche Zahlen bei den 0-4Jährigen ▪ Höchster Positivenanteil bei den 15-34Jährigen ○ Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen ▪ Keine Anstiege der Testzahlen in BW ▪ In HE und RP Anstiege der Testzahlen bei den 5-14, 15-34 und 35-45Jährigen ▪ In BW Positivenanteil bin 5-14Jährigen 30%, in Hessen bei den 5-14Jährigen 40% ▪ Hier möglicherweise mitverursacht durch vorgeschaltete Antigentests ▪ In RP Abflachung des Positivenanteils (mehr Testungen) ○ Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort ▪ Anstieg in Arztpraxen auf etwa 100.000 Testungen, jedoch deutlich niedrigeres Niveau als 2020 (200.000 Testungen)	FG17 (Kröger) FG 36 (Buda)

	▪ Testanzahl in KH entspricht der Testanzahl von 2020 ▪ An anderen Orten erwartungsgemäß Zunahme mit Ferienende ▪ Starker Anstieg in Arztpraxen ist auf die 5-14Jährigen zurückzuführen ▪ Positivenanteil in Arztpraxen liegt derzeit stabil bei 15% ○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen ▪ Anstieg in beiden Settings ▪ Derzeit 43 Ausbrüche in Pflegeheimen ▪	FG17 (Dürrwald)
	! **VOC/Delta-Variante** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen ▪ Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil bei 99,7 %, in allen Erhebungssystemen über 99% ▪ Alpha in allen Erhebungssystemen ≤ 0,2% ▪ Keine VOI-Nachweise, auch B.1.621 (My) in Deutschland nicht nachgewiesen ▪ C.1.2 war mit einem gewissen Medien-Hype verbunden, wurde auch in Südafrika nicht vermehrt nachgewiesen	MF 4 (Fischer)
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ Anstieg der ARE-Rate im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen ▪ Raten liegen im Bereich der Vorjahre (derzeitige Hygienemaßnahmen haben keine Auswirkungen darauf) ○ ARE-Konsultationen ▪ Anstieg in allen Altersgruppen, bei den 15-59Jährigen am deutlichsten ▪ BL sehr unterschiedlich, Beispiel NW mit kontinuierlichem Anstieg bei Kindern seit 3 Wochen (Ferienende)	

	○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil ▪ Anstieg bei den 0-4 und 60-79Jährigen ▪ 35-59Jährige weiterhin über Vorjahresniveau, Ältere auf oder unter Vorjahresniveau, 0-4Jährige an der Obergrenze des Vorjahresniveaus ▪ Anteil COVID unter SARI-Hospitalisierungen: Im Vergleich zur Vorwoche stabil ▪ Zahl der SARI-Fälle in Intensivbehandlung ist etwas rückläufig ▪ Ein Drittel von allen Hospitalisierungen sind COVD-19-Fälle, die Hälfte aller Pat. in Intensivbehandlung sind COVID-19-Fälle ▪ Bei den hospitalisierten COVID-SARI-Fällen vorherrschend 35-59Jährige, auch bei den Fällen in Intensivbehandlung ○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen ▪ Seit Mitte August Anstieg, allerdings weiterhin niedriges Niveau ▪ 52 neue Ausbrüche (incl. Nachmeldungen)	Alle
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ 126 Einsendungen aus 39 Praxen in 14 BL ○ Positivenrate 64% ○ Am häufigsten 0-4Jährige, gefolgt von 15-34Jährigen ○ 2 Sars-CoV-2 Nachweis (54 Jahre, 3 Jahre, beide ungeimpft), Anstieg setzt sich nicht fort ○ Kein Influenzanachweis ○ Rhinoviren: normales jahreszeitliches Niveau ○ Parainfluenzaviren: < 20% (Rückgang) ○ PIF: Rückgang, HMPV: Aktivitätszunahme, RSV: Anstieg (10%) ○ Endemische Coronaviren: OC43 flacher Anstieg, einige Nachweise von 229E, kaum NL 63	*Diercke* *Diercke/ Fischer*

	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 1380 Behandelte in 1300 KH, davon 8 Kinder ▪ Anstieg +252 Fälle (Anstieg Vorwoche: +321 Fälle), alle Behandlungsgruppen betroffen ▪ Neuaufnahmen nehmen zu (+675 in den letzten 7 Tagen, Vorwoche +492) ▪ Anstieg in Nord-West besonders HH und NS, in Nord-Ost BE, Mitte HE und NW, Süd alle BL (BW, BY, RP, SL) ▪ 7 BL < 3% (=Basisstufe), 9 BL > 3% ○ Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene ▪ Anstieg breitet sich von Westen her aus ▪ Anzahl COVID-19-Neuaufnahmen auf die ITS (7-Tages-Summe, bezogen auf den Krankenhausstandort, ist insbesondere in Ballungsräumen hoch (Berlin, Hannover, Hamburg, München) ○ Altersstruktur ▪ Von 96% (1297) aller gemeldeten Fälle übermittelt ▪ 54,2% < 60Jährige ▪ Zunahme bei den 70-79 und +80Jährigen ▪ Absolute Anzahl steigt in allen Altersgruppen, am stärksten bei 30-79Jährigen, anteilig auch Zunahme der 70-79Jährigen und der 40-49Jährigen ○ Kinder ▪ Anstieg ist sichtbar bei insgesamt geringen Zahlen ▪ Häufig „Behandlung unbekannt“ (entweder keine Angaben oder Behandlung passt nicht auf vorgegebene Schemata) ▪ Auslastung neonatologische und pädiatrische Intensivstationen (NICU, PICU): keine Engpässe, freie Kapazitäten in PICU sind etwas größer als in NICU	*FG 34 /Lagebericht* Scheidt-Nave Seifried

- Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen
  - Anstieg für Gesamtdeutschland etwas flacher als in der Vorwoche prognostiziert
  - Regionale Unterschiede: Prognose für Ost leichter Anstieg, für Südwest starker Anstieg, für West geringerer Anstieg, für Nord und Süd wie Vorwoche kontinuierlicher Anstieg

! **Diskussion**

- Bezeichnungen „Prävalenz“ (für Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene) und „Inzidenz“ (Anzahl COVID-19-Neuaufnahmen auf die ITS) sollten vermieden werden, da Inzidenz immer auf einen Zeitraum und eine Gruppe (bspw. /7-Tage/100.000 EW) bezogen ist
- Erklärung, dass die Zahlen (7-Tages-Summe) sich im Unterschied zu den Meldedaten auf den Krankenhausstandort beziehen, sollte beigefügt werden

ToDo: *Bezeichnungen ändern! Änderungen wurden in den hinterlegten Folien bereits durchgeführt*

- Lolli-Tests in NRW gleichen 2021 in gewisser Weise die Testung bei Einreise in 2020aus, Auswertungen werden mit Spannung erwartet
- Beunruhigend hoher Positivenanteil in BW und HE bei 5-14Jährigen: Ist der Anteil mit vorgeschalteten Antigentests darstellbar?

ToDo: *Bitte an Frau Diercke, bis zur Krisenstabssitzung am Freitag zu prüfen, ob der Anteil der mit Antigentest vorgetesteten aus den Meldedaten darstellbar ist*

–

- Frage von Michaela Diercke: Welche Daten soll das RKI nach nach § 28 ? auswerten und darstellen (in Bezug auf verfügbare intensivmedizinische Kapazitäten)?
- Allgemeinster Indikator ist der Anteil der COVID-19-Patient:innen an allen ITS-Betten (möglich wäre auch detaillierter: Bspw. Anteil der intensivbeatmeten COVID-19- Fälle an allen Intensivbeatmeten)

	○ Antwort: Der allgemeinste Indikator soll berichtet werden ***ToDo:*** *Bilateraler Austausch Fischer/Diercke zu Datenstand und weiteren Details* ○ Durch die 2G-3G Diskussion geraten andere Hygiene(basis)maßnahmen in den Hintergrund, deren Relevanz sollte kommuniziert werden, BL konterkarieren solche Ansätze durch Reduzierung von Maßnahmen, ein Appell zur Vorsicht ist angezeigt ○ Relevanz der Basis-Hygienemaßnahmen und Stellenwert der 2G oder 3G-Regeln als zusätzliche Maßnahmen sollen im Wochenbericht und im noch in Arbeit befindlichen Stufenplan betont und auf Twitter ebenfalls kommuniziert werden ***ToDo:*** *Relevanz der Basis-Hygienemaßnahmen und Stellenwert der 2G oder 3G-Regeln als zusätzliche Maßnahmen im Wochenbericht betonen* ○ Hinweis: Im Rahmen der UA Pandemie-Sitzung wurde durch DGPI (Tennenbaum) darauf hingewiesen, dass kein Anlass zur Sorge bezüglich der Kapazitäten vorliegt, Zahlen auf regionaler Ebene zu KH- und ITS-Kapazitäten sollen noch geliefert werden ○ Länder erfassen Ihre Kapazitäten unterschiedlich, Darstellung in Form einheitlicher Zahlen ist schwierig, aber gesetzlich gefordert ○ Janna Seifried zeigt Präsentation „Auswertung der Lolli-Tests zur Pool-PCR-Testung von Schülern in NRW – Datenstand KW34/35“ (Folien hier) ▪ 800.000 Ergebnisse von allen Laboren in NW, die Pooltestungen durchführen ▪ Kumulativ 0,6% positive Ergebnisse ▪ >80% der Ergebnisse erreichen Betroffene spätestens 6:00 Uhr morgens am Folgetag der Probenentnahme ▪ Poolgröße überwiegend bei 20 Teilnehmenden ▪ Auslastung der durchführenden Labore wird zu 50% durch die Lolli-Tests beansprucht ▪ Durch 100.000 Pooltests/Woche wurden >300.000 Kinder getestet (möglicher weise mehr, bei	

	unbekannter Poolgröße wurde 1 angenommen) ▪ Positivenanteil nach Anstieg KW 32/33 jetzt rückläufig	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Abstimmung des Entwurfs (Dokument hier) ○ Statt „Fallzahlen steigen" Fallzahlen „sind angestiegen" um weiteren Verlauf offen zu halten ○ Impfung schützt „sehr gut" wird angenommen ○ Formulierung der Umfelder: „Größere Ausbrüche wurden bei Veranstaltungen berichtet, z.B. Tanz-, Gesangs- und anderen Feiern, besonders auch bei Großveranstaltungen und in Innenräumen" (um alle Variationen von In- und Outdoor Veranstaltungen unterschiedlicher Größen zu erfassen) ○ Erwähnung der CWA: CWA gehört zur Sekundärprävention, Infektionshygienische Maßnahmen sind Primärpräventiv, das sollte getrennt werden oder zumindest nicht in einer Aufzählung versammelt sein. ○ CWA wird in der allgemeinen Einleitung erwähnt, im Abschnitt Infektionsschutzmaßnahmen wir am Ende ein zusätzlicher Hinweis zur CWA formuliert „Die Nutzung der Corona-Warn-App und ihrer vor allem für Innenräume konzipierten Check-In-Funktion kann im Falle einer Exposition zur schnellen, direkten Warnung der betroffenen Personen führen." ○ Hinweis, dass AHA-Regeln auch für Geimpfte gelten (Glasmacher, Oh), wird aufgenommen ***ToDo:*** *Dokument wird vor der Veröffentlichung zirkuliert*	FG 38 Rexroth Alle *Rexroth*
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein Beitrag **Presse** ! Erstmals wieder BPK mit Herrn Wieler und Minister Spahn mit Fokus auf Impfaufruf ! Parallel getwittert, mit Inhalten des Sprechzettels	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter) Presse (Degen)

	! Tweet zum Wochenbericht: Sollte zwei Botschaften enthalten: - Basismaßnahmen auch für Geimpfte wichtig - noch offen ○ Kommunikativ könnte langfristig eine Abwendung vom Fokus „Impfquote erhöhen“ hin zu „Maßnahmen, die für Geimpfte weiterhin relevant sind“ sinnvoll sein ○ Argument des Selbstschutzes beim Impfen in den Vordergrund stellen ○ Es wird häufig angenommen, dass Geimpfte nicht erkranken können – Hinweis dazu könnte wiederholt werden ○ „Stay at home“ für symptomatische Personen könnte wiederholt werden ○ Darstellung Jahresvergleich 2020/2021, dritte und vierte Welle, ist zu umfangreich für eine Twitter-Nachricht, eignet sich besser für den Wochenbericht ○ Testung bei Geimpften muss sorgfältig formuliert werden: „mit Symptomen“ und „mit erwartbarem engem Kontakt zu Risikogruppen“ (HCW) ***ToDo:*** *Endauswahl wird vor dem Absetzen von Frau Degen zirkuliert Auswahl*	*Degen* Diercke
	! Zahlreiche Anfragen von Datenjournalisten ○ Wie werden die Hospitalisierungsinzidenzen dargestellt? Ist bereits mit MF4 abgestimmt, alles vorbereitet, GitHub soll zugleich mit tägl. Aktualisierung des Trendberichts starten, realistischer Beginn: nächste Woche ○ Rohdaten hinter Impfdurchbrüchen Hierzu soll weiterhin auf die Tabellen im Wochenbericht verwiesen werden ! Wann wird das aktualisierte KoNa-Papier veröffentlicht? ○ Es liegen dazu viele Anfragen von Schulen vor ○ Wie ist die Verkürzung wissenschaftlich begründet? ○ Veröffentlichung noch diese Woche geplant, Begründung ist in dem Papier formuliert	P1 (Leuker) *Leuker* *Rexroth* FG 21

	P1 ! Aus vorangegangener Diskussion notiert: „Wann sollen sich Geimpfte testen lassen“ ! Mehrere Flyer sind in Arbeit: - zu Hospitalisierung/Impfung, - 2G/3G - Worauf lasse ich mich ein - Flyer für Pflegeeinrichtungen ! Flyer zu Pool-Tests (hier) ○ Entstand aus Anfrage des BMG ○ Zielgruppe: Länder, Testkoordinatorinnen, BildungsministerInnen, auch für Eltern/Lehrer ggf. von Interesse ○ Sollte vor Veröffentlichung mit den Ländern abgestimmt werden ***ToDo:*** *Frau Korr soll gebeten werden, das Thema in die Tagung der TestkoordinatorInnen am Freitag 11.09. mitzunehmen* ***ToDo:*** *Information der Länder über AGI durch U. Rexroth* ! Frage zur CWA: Welches Procedere soll bei roter Warnung vorgeschlagen werden? ○ Bisher: Aufsuchen von niedergelassenem Arzt/Ärztin, oder GA, weitere Entscheidungen dort, kein Automatismus (bzgl. Quarantäne oder Testung) vorgesehen ***ToDo:*** *Fragen zum Procedere bei roter Warnung (auch für Geimpfte) an anderer Stelle erneut einbringen*	(Scheida) *Scheida*
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! MODUS-COVID Bericht vom 03.09.2021 (Arbeitsgruppen Nagel und Schütte (Dokument hier) ○ Aussagen: Nur 2/3G-Einschränkungen ungenügend, AHA+L notwendig, zusätzlich PCR- Testung von	Alle Schaade

	Geimpften und Genesenen vor Kontakt in Innenräumen ○ Politik wird Stellungnahme zu diesem wissenschaftl. begründeten Vorschlag erfragen, deshalb sollte die Haltung des RKI dazu diskutiert werden ○ Ist es sinnvoll auch für Theater etc. PCR-Test zu empfehlen? Nutzen? ○ Kapazitäten nicht ausreichend, um alle Einwohner 3x/Woche PCR zu testen, grundsätzlich Testung vor Treffen in Innenräumen zu befürworten (s. auch nationale Teststrategie), PCR-Empfehlung für symptomatische Personen im Pflegesetting und Kindern in KiTa und Grundschulen ○ 2G-Regel sorgt für reduzierte Krankheitslast ○ Bei 3G ist Übertragung auf Ungeimpfte möglich ○ Das Dokument „2G/3G- Worauf lasse ich mich ein“ sollte weiterverfolgt werden ○ Kommunizieren, dass geimpfte ein Risiko für Ungeimpfte darstellen können, insbes. bei vulnerablen Gruppen ○ Kostenfrage: Wenn es nicht erstattet wird, kann niemand regelmäßige PCR-Tests bezahlen ○ Kurzfristig ist mehr Strenge und dadurch Druck auf Ungeimpfte sinnvoll, langfristig müssen die Maßnahmen für Geimpfte wieder verschärft werden: Auch für Geimpfte Testung ○ Langfristig ist 2G und Testung sinnvoll ○ Länder gehen einen anderen Weg: keine Masken für Geimpfte, müssen Ungeimpfte (größte Krankheitslast) zur Impfung bewegen ○ Kurzer Exkurs zur rechtlichen Definition des Genesenen-Status (COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung): Ab Tag 28 bis Tag 180 nach Diagnose (PCR) ○ Testen von Geimpften aktuell nur dort, wo das Einhalten der Basismaßnahmen nicht gewährleistet ist ○ Strategisches Ziel? Einerseits halten wir nur PCR für ausreichen sicher, hier sind die Kapazitäten aber nicht ausreichend, andererseits sollen Tests in den Fokus rücken, weil die Politik von Basismaßnahmen abrückt? Kostenpflichtige Tests werden nicht realisiert werden, Testung über Arztpraxen ebenso wenig wünschenswert?	(Seifried)

	○ 2G +Testung hat politisch derzeit keine Priorität ○ Fazit: Umsetzung schwierig, es stellen sich logistische und strategische Fragen (Kapazität, Erstattung), Kontexte sollten definiert werden (Situationen in denen AHA+L nicht gewährleistet ist/ Umgang mit vulnerablen Gruppen), Diskussion muss fortgesetzt werden	Scheidt-Nave
	! Papier „Ein unkontrolliertes Infektionsgeschehen von SARS-CoV-2 unter Kindern ist keine akzeptable Option“	Oh
	○ Ziel: „Editorial/Meinungsdarstellung“ oder wissenschaftliches „Burden of Disease-Papier“? ○ In der kommenden Welle wird der Infektionsdruck auf Kinder steigen, Exposition ist unvermeidlich, es besteht gleichzeitig das Recht auf Schutz und das Recht auf Bildung, Schließung der Einrichtungen kann nicht die einzige Antwort sein	Mielke
	○ Was ist an Todesfällen/schweren Verläufen/Spätfolgen zu erwarten? Bei hohen absoluten Zahlen fallen auch kleine Anteil ins Gewicht ○ FG 25 stimmt FG 33 zu, sollte faktenbasiertes Papier werden, war auch drängendes Thema im UA Pandemie, sollte mit externen Experten (u.a. der DGPI) abgestimmt werden, die die Lage intensiv beobachten ○ RKI ist oberste Instanz für Infektionsschutz, sollte sich dafür aussprechen	
	○ Datenbelege vor dem Winter wohl kaum möglich ○ Deutsche Pädiater scheinen, im Gegensatz zu anderen Ländern, nicht eindeutig Position für den Infektionsschutz zu beziehen (s. FAZ-Veröffentlichung zur Beendigung aller Schutzmaßnahmen), Konsentierung deshalb schwierig, das Papier sollte jetzt als Meinungspapier erscheinen, da die jetzigen Entscheidungen weitreichende Folgen haben können ○ Wichtige, bei Entscheidungen zu bedenkende, Aspekte nennen, Faktenlage soweit möglich fassen, Unsicherheiten betonen, kürzen ○ RKI sollte aber nicht ausschließlich als Infektionsvermeider gesehen werden, Kinder müssen geschützt werden, aber das heißt nicht unbedingt Schließung ○ Es ist unsicher, ob die Komplexität aus fachlicher Sicht solide dargestellt werden kann ○ Könnte als Zustimmung zu bspw. FAZ-Papier gewertet	Schaade

	werde, wenn das RKI sich nicht äußert, ○ Zusammenfassung: Es soll eine Äußerung erfolgen, Unsicherheiten, zu klärende Fragen, wichtige Aspekte und bekannte Fakten sollen formuliert werden, bevor nicht umkehrbare Entscheidungen getroffen werden. Danach kann entschieden werden, wer mit ins Boot geholt werden kann (Fachgesellschaften), dann könnten z.B. Herr Wieler mit Vorsitzenden der DGPI oder der Ärztekammer zusammen Autorenschaft übernehmen **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Hinweise zur Kontaktpersonennachverfolgung ○ Bereits von AGI konsentiert ○ Hinweise für GÄ zu Schulen sind darin verlinkt ○ Begründung der Verkürzung: Kleine Formulierungsänderung, „toleriert“ wird gestrichen, Verhältnismäßigkeit betont ○ 3.1.1 MNS/FFP2 als ausreichender Schutz auch bei engem Kontakt bleibt Mitarbeitern im Gesundheitswesen vorbehalten, wird nicht auf andere Berufsgruppen ausgeweitet ○ Als Beispiel für Situationen mit hoher Aerosolproduktion wird statt Sport „Fitnessstudios“ eingefügt ○ Veröffentlichung Donnerstag, 09.09., die derzeitige Infografik wird entfernt, die aktualisierte Infografik wird am Freitag oder Montag nachträglich eingefügt	FG 36 (Kröger)
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)*	FG38

	! Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Keine vermerkt	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 10.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:51 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 10.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ! Folien hier ! Weltweit, Datenstand: WHO, 09.09.2021 1. Fälle: 222.406.582 (-7% im Vergleich zu Vorwoche) 2. Todesfälle: 4.592.934 Todesfälle (CFR: 2,1%) ! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 3. Überwiegend fallender Trend 4. UK (+15%), Türkei (+11,3%) und Philippinen (+7,4%) weiterhin steigend 5. USA & Indien weiterhin hohe Zahlen ! Epikurve WHO Sitrep: 6. Anzahl Fälle global stagnierend /leicht rückläufig, in allen Regionen rückläufig oder stagnierend, jedoch steigend in Amerika (+19%) 7. Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in: Amerika (+17%), Europa (+20%) ! COVID-19 Amerika: ○ Die Region Nord- und Südamerika meldete in der vergangenen Woche einen deutlichen Anstieg der Zahl der Fälle und Todesfälle. ○ 26,8 % der 7T-Fälle entfielen auf Kinder ○ Regierung will Impfungen mit neuen Vorschriften fördern ○ Aufhebung der Beschränkungen in den meisten Staaten 8. 27% der Beschäftigten im Gesundheitswesen waren nicht geimpft ! Übersicht Virusvarianten, weltweit: 9. Alpha: 194 Länder; Beta: 141 Länder; Gamma: 92 Länder; Delta: 174 Länder 10. Karte zu VV-Gebieten Europas in den Folien; Delta dominiert in allen EU Ländern **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier ! SurvNet übermittelt: 4.059.081 (+12.969), davon 92.553 (+55) Todesfälle ! 7-Tage-Inzidenz: 83,8/100.000 EW ! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 55.144.235 (66,3%), mit vollständiger Impfung 51.465.242 (61,9%) 11. Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer 1. Gesamtinzidenz eher stabil 2. NW, HB und HE weiterhin höchste Inzidenzen, v.a. in Bremerhaven (Bremen) deutlicher Anstieg 3. Ost/West- und Nord/Süd-Gefälle weiterhin sichtbar	ZIG1 (Romo Ventura) FG32 (Diercke)

	4. LK mit 7TI >25/100.000 EW: 383/412 (-4) 5. LK mit 7TI >50/100.000 EW: 307/412 (+6) 6. LK mit 7TI >100/100.000 EW: 113/412 (-3) 12. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten 1. Leichter Verzug bei der Meldung. 2. Bremen mit einer erwarteten HI von über 7 3. SL, NW, HE und BY alle >2 4. Verteilung auf LK Ebene ähnlich wie 7TI (Ost-West, Nord-Süd); häufig bereits bei niedriger Fallzahl hohe HI 13. Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche 1. Aktuell steigender Trend beobachtbar 2. Keine Übersterblichkeit beobachtbar 14. Expositionsländer 1. Fallzahl mit Exposition im Ausland von 30% auf 17-20% gesunken 2. Häufigste Expositionsländer: Türkei und Balkanländer 15. Anteil COVID-19 mit und ohne AG-Nachweis 1. Aufgabe zur Darstellung aus der letzten Sitzung (siehe Folien) 2. Anteil bei den 15-34-Jährigen hoch (12%) aber nicht so hoch, als dass ein starker Einfluss auf die steigenden Meldezahlen erklärt werden könnte **Diskussion:** ! Frage: Wann können die entsprechenden Indikatoren (7T HI) nach gesetzl. Vorgabe bereitgestellt werden? ! Antwort: Dies wird gerade vorbereitet, so dass die Indikatoren tagesaktuell berichtet werden. Das kann bereits ab der kommenden Woche gewährleistet werden. Die Funktion der Stratifizierung nach BL und Alter wird noch bearbeitet und steht hoffentlich auch ab der kommenden Woche zur Verfügung. Die Indikatoren werden auf Landesebene und nicht auf Landkreisebene ausgewiesen. Vom RKI wird eine Ausweisung von LK nicht erwartet (derzeitig mindestens Landesebene). Das BMG bittet auch um eine tägliche Berichterstattung der 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesländern.	Schaade Diercke Rexroth

	! Ein Bedarf der Adjustierung bestehender Grenzwerte wird momentan nicht gesehen. ! Zu dem Ausbruchsgeschehen in einem Club in Münster gibt es bisher noch keine Einladung zur Ausbruchsuntersuchung. Trotz bestehender 2G-Reglung kam es vermehrt zu Infektionen.	
2	**Internationales** ! Mission nach Montenegro mit Abteilung 3 zur Initiierung einer Telemedizin-Brücke mit der Charité. ! Eine weitere Mission nach Usbekistan geplant. ! Weiterhin Aktivitäten in Namibia, wo dir dritte Welle abgeklungen ist. Allerding zeigen sich bereits erste Anzeichen einer 4. Welle. Pläne zur weiteren Unterstützung und Aufbau von Ressourcen um diese zu mildern werden geprüft.	ZIG (Hanefeld)
3	**Update digitale Projekte** Folien hier CWA: 1. 33,5 Mio. Downloads 2. >1400 warnende Personen, 519.000 geteilte positive Ergebnisse 3. Version 2.9. am 08.09.2021 veröffentlicht; neue Funktion „Stellvertreter Warnung"; Personen ohne CWQ können Teilnehmer an einem Event warnen 4. Gute Resonanz in Social Media (Tweets <180k Views, 8000 Interaktionen, >1000 Likes, 200 Retweets) 5. Großes Medienecho (Zeit, Spiegel, Heise, Chip, CB, Regios usw.) CovPass-App: 6. 18,4 Mio. Downloads 7. 109,63 DCC (Impf- / Genesenen- / Test-Zertifikate) DEA: 8. Ca. 70.000 Anmeldungen pro Tag 9. >13,3 Mio. Anmeldungen seit 11/2020 10. Neues Release 09.09.2021 online; u.a. Gebärdensprachfilm, Optimierung Verlinkung (FAQ) Interesse an Geschehen in Münster, da die CWA dort auch eingesetzt wurde	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** (nicht berichtet)	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** ! 3 neue Merkblätter: 1. + 2. Schutzimpfung Kinder und Jugendliche, für Eltern und Kinder, 3. Long COVID ! Merkblätter der BZgA zur Corona-Schutzimpfung bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren auf infektionsschutz.de: https://rki.webex.com/rki-en/url.php?	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)

	frompanel=false&gourl=https%3A%2F%2Fwww.infektionsschutz.de%2Fcoronavirus%2Fmaterialienmedien%2Fcorona-schutzimpfung.html ! Merkblatt der BZgA zu Long COVID: https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/basisinformationen/long-covid-langzeitfolgen-von-covid-19.html **Presse:** ! Veröffentlichungen im EpiBull: ○ Online Vorabveröffentlichung diese zur Therapie mit monoklonalen Antikörpern vom UKE Hamburg ○ In der kommenden Woche geplanter Artikel mit Ergebnissen der Studie zur Seroprävalenz ○ Artikel zur Impfeffektivität gegen die Delta-Variante wird voraussichtlich am Dienstag veröffentlicht (vorab online) ○ Artikel zur STIKO Empfehlung für Schwangere, auch für nächste Woche vorab online geplant ! Heute Pressemittelung zur STIKO Empfehlung erfolgt **P1** ! Hinweis, dass noch bis Montag (13.09.2021) DS Input zur Impfkommunikation (Social Cards "Hospitalisierunen und Impfungen") eingebaut werden kann	Presse (Glasmacher & Seedat) P1(Gubernath)
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** Am Donnerstag erfolgte vor Veröffentlichung der Aktualisierung des Kontaktnachverfolgungsmanagement-Papiers eine ministerielle Weisung zur Ergänzung. Diese beinhaltete die Berücksichtigung der AG-Tests für die Freitestung auch schon nach 5 Tagen. Es wurde von RKI-Seite die Notwendigkeit der Seriellen Testung im Anschluss an die Freitestung ergänzt, damit das Sicherheitsniveau erreicht wird und so umgesetzt. Der neue Passus sorgte für Irritation auf Seiten der Länder. Eine derartige Einflussnahme seitens des BMG in RKI-Dokumente ist ungewöhnlich. Die Weisungsbefugnis des Ministers bei technischen Dokumenten des RKI wird derzeit von L1 rechtlich geprüft. Aktuelle Einschätzung der RKI-Leitung ist, dass die Empfehlungen durch das RKI in der Rolle einer Bundesbehörde ausgesprochen werden, und einer ministeriellen Weisung zur Ergänzung dieser Empfehlung nachgekommen werden muss, da das BMG die Fachaufsicht über das RKI hat und sich als Institut nicht auf Freiheit der Wissenschaft berufen kann. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit des RKI von der Politik ist insofern eingeschränkt.	Alle Hamouda

7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** **STIKO** Empfehlung zur Impfung von Schwangeren und Stillenden ausgesprochen und bereits ins Stellungnahmeverfahren der Fachgesellschaften und Bundesländer eingereicht. Weiterhin wurde eine Pressemitteilung gegeben und ein Briefing über das Science Lab organisiert. Die Diskussion bzgl. einer Impfung von Personen mit Immundefizienz und Co-Administration von COVID-19 und Influenza Impfstoffen läuft DIM-Daten nun auch Auffrischimpfungen ausgewiesen Eine Empfehlung bzgl. Einer Auffrischimpfung wurde noch nicht ausgesprochen. Evidenz wird gesichtet (Abstand der Impfung, Wer soll geimpft werden, etc.). Eine Empfehlung ist nicht vor Ende des Monats zu erwarten. **Diskussion:** Frage: Gerade in Ländern des globalen Südens mangelt es an Impfstoff, daraus ergibt sich eine geringe Impfrate. Fachliche Unterstützung ist bereits vorhanden, aber inwieweit sind diese gekoppelt mit Initiativen zur Bereitstellung von Impfstoffen? Antwort ZIG: Es ist gut diese Diskussion zu führen. Laut Sprachregelung leistet Deutschland derzeit Unterstützung durch die COVAX-Initiative. Anfragen kommen aber auch direkt aus Ländern v.a. bzgl. der Umsetzung von Impfungen und Kampagnenentwicklung aber auch den Umgang mit Vaccine-Hesitancy oder Rumours (in vielen Ländern Thema trotz begrenzter Verfügbarkeit, z.B. Sub-Sahara Afrika, häufig auch Health Care Worker). RKI unterstützt bereits in diesen Bereichen (ZIG 2). Die BR hat sich positioniert, dass die Produktionskapazitäten in anderen Ländern (v.a. Globaler Süden) ausgebaut werden sollen. Dies könnte operativ oder wissenschaftlich durch das RKI unterstützt werden. Sollten Hilfegesuche (z.B. durch das Auswärtige Amt) eintreffen, sollten diese weiterhin genau abgewogen und kritisch diskutiert werden. Die vorhandenen Ressourcen sollten möglichst effektiv eingesetzt werden. Frage: Warum wird mit der Empfehlung für die Impfung von alten Menschen gewartet? Klinisch und virologisch sollte dies bereits begründet sein)? Eine Empfehlung sollte möglichst rasch ausgesprochen werden. Antwort: Die vorhandene Evidenz wurde an die STIKO weitergeleitet. Eine abschließende Empfehlung konnte noch nicht gegeben werden. Laut WHO Statement gibt es 3 Indikationen für eine Auffrischungsimpfung: (1) Das Nachlassen einer ursprünglich guten Immunität über die Zeit;	FG33 (Wichmann) Haas Hanefeld Oh Wichmann

	(2) Reduzierte Wirksamkeit aufgrund einer neuen Variante; (3) Primär keine gute Effektivität bei besonderen Risiko-Gruppen (z.B. Immundefizienz). Bei der älteren Bevölkerung sind es wahrscheinlich (2) & (3). Ausbrüche in entsprechenden Settings sind nicht unerwartet., jedoch ist die Evidenz nicht eindeutig und muss kritisch betrachtet werden. Eine ausgiebige Abwägung von Nutzen und Risiko muss erfolgen. Nebenwirkungen können potentiell in dieser Altersgruppe schwerwiegend sein. Kommentar: Die Impfdurchbrüche finden häufig relativ kurz nach der Impfung statt. Das könnte in diesen Fällen auch für ein primäres Impfversagen sprechen. Eine Überlegung wäre es ob die Grundimmunisierung könnte in dieser Altersgruppe auch durch drei Impfungen bestehen. Frage: Von welchem Schutz geht man bei hochaltrigen Menschen aus – oder der realistisch erreicht werden kann? Antwort: Dazu kommt kommende Woche eine Publikation im EpiBull. Im Rahmen einer Meta-Analyse von 6 Beobachtungsstudien zeigte sich eine Wirksamkeit der Impfung (bei DELTA) von 91% bei Hospitalisierungen, 75% bei symptomatischen Infektionen und 63% bei asymptomatischen Infektionen. Über die Zeit (Real-World Evidenz) gibt es sehr wenig Evidenz. Ein Abfall der Wirksamkeit könnte bei begrenzter Evidenz angenommen werden, aber v.a. bei milden Krankheitsverläufen. Eine Auffrischungsimpfung könnte auch in der älteren Bevölkerung einen Effekt haben.	Schaade Haas Wichmann
9	Die Corona-Testverordnung wird derzeit erneuert. Eine Stellungnahme wurde angefertigt. Im Wesentlichen geht es um die Änderung der Finanzierung der Bürger:innentests. Die Finanzierung soll nur noch für besondere Personengruppen - die voll empfänglich für eine Infektion sind - übernommen werden. In der Neuen Verordnung wird der Begriff „Vulnerable Gruppen“ genutzt. Ein besser geeigneter Begriff könnte genutzt werden und sollte gesucht werden. Das entsprechende Dokument wird geteilt. *ToDo: Entsprechende Dokumente in die Runde weiterleiten* **Diskussion:** Frage: Gibt es eine Stellungnahme oder fachliche Abwägung zu der Abschaffung der Finanzierung und ist dies im Sinne des RKI bzw. der verfolgten Vorhaben? Antwort: In Stellungnahme von Herrn Mielke wird darauf hingewiesen, dass der Zugang zum Testen mit angemessener Qualität möglich gemacht werden muss – auch vor dem Hintergrund der geltenden 3G-Regelung. Eine Lösung durch den freien Markt wird nicht als wegführend oder geboten erachtet. Diese Entscheidung geht zurück auf die letzte Konferenz der Minister:innen und Kanzlerin. Ob dies ein geeignetes Mittel zur Förderung der Impfteilnahme ist, bleibt	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel) Mielke

	fraglich. Kommentar: Beobachtung aus Impf-Surveillance - Personen die sich zur Impfung gedrängt fühlen, lassen sich weniger impfen. Kommentar: Eine weitere Diskussion zur Wirkung dieser neuen Verordnung sollte zeitnah erfolgen. Mit der Zeit wird klarer werden, ob Geimpfte und Genesene sich auch testen lassen müssen und welchen Stellenwert die Tests in der Zukunft haben werden, v.a. mit dem Ziel die Ausbreitung von Infektionen einzudämmen. Daher ist das Ende einer Kostenübernahmen von Bürgertests nicht unbedingt zielführend oder sogar verfrüht. Das RKI hat weiterhin u.a. das Ziel der Eindämmung des Infektionsgeschehens. Das Ziel der Politik ist momentan die Krankenhausbelastung im Rahmen zu halten. Eine Diskussion zur genauen Positionierung des RKIs sollte erfolgen.	Mielke Kröger Mielke Wichmann Seifried, Kröger
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** Diese Woche wurden Gelder für eine Machbarkeitsstudie zur Abwasser-Surveillance bewilligt. Für die Übergangszeit werden EU-Gelder beantragt.	FG 32 (Diercke)
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** Kein Bericht	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** Die Erlassberichterstattung soll abschließend durch das Lagezentrum oder Leitung an die einzelnen Berichterstatter:innen gesendet werden (bcc), so können diese den Prozess direkt nachvollziehen und das Endprodukt sehen, ohne dass die BMG-Mitarbeitenden Rückfragen direkt an sie schicken..	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** (Keine vermerkt)	Alle

16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:01 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 15.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage:** **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.101.931 (+12.455), davon 92.769 (+83) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 77,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 55.465.975 (66,7%), mit vollständiger Impfung 51.902.433 (62,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Leichte Trendveränderung in der BL Verteilung. Weiterhin das beobachtete Gefälle aber nun auch Anstieg in den östlichen Bundesländern Anzahl der LK mit 7-TI > 25/100.000 EW 384/421 (-5) Anzahl der LK mit 7-TI > 50/100.000 EW 294/421 (-9) Anzahl der LK mit 7-TI > 100/100.000 EW 87/421 (-15) höherer Inzidenz bei jüngeren Menschen, wobei in Regionen mit sehr hoher Inzidenz unter jüngeren Menschen auch die hochaltrigen stärker betroffen sind 7-TI > 80/100.000 EW in Gebieten, wo bereits in Vergangenheit hohe Inzidenzwerte beobachtet wurden; sehr hohe Werte in Arweiler und Berchtesgaden (7-TI > 500/100.000 EW) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe: Die Hospitalisierungsinzidenz steigt mit steigendem Alter, am stärksten Betroffen sind Menschen > 80 Jahre Steigender Trend im gesamten Bundesgebiet Hospitalisierte insg. 1,88 / 100.000 EW Hospitalisierte ab 60 Jahre 2,77 / 100.000 EW Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche: Derzeit abflachender Trend Größter Anteil bei den > 80-Jährigen Wahrscheinliche Expositionsländer: Am häufigsten genannte Expositionsländer weiterhin Türkei und Länder des Balkans **Testkapazität und Testungen**, Folien hier Testzahlen und Positivquote Zunahme der Testungen in KW 36 auf > 990.000 Tests (ca. +5% im Vergleich zur Vorwoche) Abnahme der Positivquote auf 8% Auslastung der Kapazitäten Kapazitäten nach wie vor vorhanden (in den letzten 2 Wochen leicht erhöht), allerdings Verteilung der Auslastung in den Laboren pro Bundesland sehr unterschiedlich **ARS-Daten**, Folien hier Anzahl Testungen und Positivenanteile	Abt. 3 (Hamouda) Hamouda Eckmanns

	Geringe Abnahme der Gesamtzahl der Testungen, Positivanteil nimmt ebenfalls ab Trend in allen BL beobachtbar, trotz vermehrter Tests in einigen BL (z.B. NI) Weniger Tests im Vergleich zum Vorjahr, v.a. in NW deutlicher Rückgang, beim Rest der BL relativ stabil oder sogar steigend Zeitverzug zwischen Probenentnahme und Testung hat in der letzten Woche weiter zugenommen, trotz vorhandener Kapazitäten. Teils sogar bis zu 5 Tagen Wartezeit in TH Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe Im Jahresvergleich mit 2020 weiterhin leichter Rückgang der Testungen außer bei den 0-4Jährigen Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen Pos. Anteil geht in Hessen zurück und es wurde mehr getestet In NW werden 5-14Jährige deutlich weniger getestet, mit einem stabilen leicht rückgängigem Positivenanteil Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort Arztpraxen testen nicht viel mehr, eher Rückgang, hier eher jüngere Erwachsene Anzahl der Testungen in KH stabil, überwiegend werden hier >80Jährige getestet Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen Sehr hoher pos. Anteil lediglich am Beginn des aktuellen Ausbruchs Ausbruchsgeschehen in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeeinrichtungen nehmen wieder zu (80 Ausbrüche)	
	! **VOC & VOI Daten,** Folien hier Übersicht VOC in Erhebungssystemen Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil bei 99,7 %, in allen Erhebungssystemen über 99% Alpha in allen Erhebungssystemen ≤ 0,2% Keine VOI-Nachweise Anteile der Genomsequenzierung sollte 10-15% betragen, momentan unter dem Ziel Keine Veränderungen in den Anteilen der Delta Sublinien	Kröger
	Syndromische Surveillance, Folien hier GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 36. KW 2021 bei ca. 3.400 ARE pro 100.000 Einwohner (leichter Rückgang) Entspricht einer Gesamtzahl von ca. 2,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen (Vorwoche: ca. 3,0 Mio). Rückgang in allen Altersgruppen, Ausnahme: 15- bis 34-Jährige Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) Anstieg in allen AGs; prozentualer Anstieg liegt zwischen 6 % (35-59J.) und 12 % (5-14J.) Der Wert (gesamt) lag in der 36. KW 2021 bei knapp 900 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW.	Buda

	Das entspricht einer Gesamtzahl von ca. 745.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Beispiel: In BB/BE sehr deutlicher/kontinuierlicher Anstieg in nahezu allen AGs, in BY (noch Ferien) dagegen eher stagnierend ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Fallzahlen sind insgesamt deutlich gestiegen nahezu Verdopplung der Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre (42% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), deutlich über Niveau der Vorjahre AG 35-59 Jahre wieder leichter Rückgang, aber immer noch deutlich über Niveau der Vorjahre Anstieg auch in AG 15-34 (pendelt seit einigen Wochen) und AG 80+ ; beide AG leicht über Vorjahresniveau Anteil SARI-COVID-Fälle in den letzten beiden Wochen wieder leicht gesunken: Anteil COVID-19 an SARI 24% (KW 35: 29%) Anteil SARI-COVID-Fälle unter Intensivbehandlungen mit SARI seit 3 Wochen relativ stabil über 50%: Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 51% (KW 35: 52%) Deutlicher Anstieg der Intensivbehandlungen bei COVID-19-Patienten mit SARI in AG 60-79 Jahre (überproportional zum Anstieg der COVID-SARI-Fälle in dieser AG) Ausbrüche in KITA/Hort 62 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) Seit Mitte August zeichnet sich wieder ein Anstieg ab Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen lag im Juli/August 2021 bei 66%, im Juli/August 2020 waren es nur 27% Eckdaten der **letzten 4 Wochen:** 1. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle; 2. es kommen aber auch größere Ausbrüche mit bis zu 28 Fällen vor 3. Ausbrüche in den letzten 4 Wochen v. a. in NRW (n=31) und BW (n=20) Ausbrüche in Schulen 95 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) Deutlicher Anstieg seit Anfang August Seit Mitte Juli 2021 insbesondere AG 6-14 betroffen (74% an allen Ausbruchsfällen; AG 21 nur bei 7%) Eckdaten der **letzten 4 Wochen**: 4. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 4 Fälle, median: 3 Fälle pro Ausbruch; 10 Ausbrüche mit > 10 Fällen 5. Ca. 1/3 der Ausbrüche in NRW (n=73); gefolgt von BB (n=30), BE (n=29) **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten**, Folien hier KW 36 hohe Zahl an Probeneingängen, 204 Einsendungen aus 39 Arztpraxen, 67% Positivenrate (136/204) 6604 Proben im Sentinel (Vergleich 2017/18: 6172) AG 0-4 Jährige höchster Anteil in Bezug auf eingesendete Proben RSV deutlicher Anstieg auf 12% im Sentinel	Dürrwald

	Derzeitige Influenza-Saison in fast allen Ländern schwach ausgefallen oder ausgeblieben **Zahlen zum DIVI-Intensivregister**, Folien hier COVID-19-Intensivpflichtige Mit Stand 15.09.2021 werden 1.519 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. In vielen Bundesländern sind wieder Anstiege in der COVID-ITS-Belegung zu beobachten Die täglichen Neuaufnahmen von COVID-Patienten auf ITS nehmen zu (+670 letzte 7 Tage), alle Behandlungsgruppen sind ansteigend Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer BL verzeichnen weiterhin Anstiege (v.a. BE, NI, HH), NW relativ schwach im Vergleich. Insgesamt steigender Trend, v.a. Ballungszentren und Süden + Westen Altersstruktur > 50% der Belegung durch AG >50 Jahre AG >80 Jahre Zunahme an Belegung SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen Für die nächsten 20 Tage moderater Anstieg; Rückgang / Stagnation in BY, BW; Norden und Osten stärkerer Anstieg ECMO Kapazitäten: Anteil der COVID-Patienten zunehmend **Diskussion:** Die derzeitigen Daten deuten darauf hin, dass Ausbruchsgeschehen gut beobachtet und kontrolliert wird. Mehrere Ursachen dazu wurden diskutiert. Effekte durch die vermehrte Testung Reisender oder von Schüler:innen könnte dazu beigetragen haben. Diese zusätzlichen Testungen haben zu einer verbesserten Erkennung von infizierten oder erkankten geführt. Aber auch die Verhaltensänderung könnte einen großen Einfluss darauf gehabt haben. Dies könnte positiv an die Bevölkerung kommuniziert werden. Nicht nur Schutzmaßnahmen aber auch das tägliche Verhalten einer jeden Person kann dazu beitragen, dass sich weniger Personen infizieren und erkranken. Personen haben sich in den Sommer Monaten vermehrt draußen aufgehalten. Eine Trendwendung könnte mit den kommenden kühleren Monaten eintreten. Mit der unterschiedlichen Graduierung der Schutzmaßnahmen treten andere Viren vermehrt oder vermindert auf (z.B. Lockerung der Maßnahmen -> erhöhter Anteil an Rhinoviren in Surveillance). **ToDo:** *Die Mögliche Rolle der Verhaltensänderung im kommenden Wochenbericht kommunizieren*	Fischer

	Die Darstellung der Hospitalisierungsinzidenz im Wochenbericht wurde diskutiert, da sich die zugrundeliegenden Zahlen in den Altersgruppen stark unterscheiden. Die Angabe der absoluten und relativen Zahlen wird als wichtig erachtet. Eine Vergleichende Darstellung oder eine Darstellung mit entsprechenden Hinweisen wäre möglich. Inzidenzen sind bereits an Bevölkerungsgröße angepasst. Da der Wochenbericht bereits sehr lang ist wird eine kurze Darstellung fbevorzugt. Die Hospitalisierungsinzidenz sollte als relevanter Indikator als Graphik dargestellt werden. Die absoluten Zahlen könnten weiterhin im Text dargestellt werden. **ToDo:** *Mögliche alternativen Darstellungsformen prüfen und diskutierten.*	P1, Bremer
	Die Wahl des zugrundeliegenden Datums (Meldedatum) zur Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz hat Schwächen, ist aber eine robuste Alternative zum Hospitalisierungsdatum. Eine Anpassung des Berechnungszeitraums wäre denkbar. So könnte der Wert jeweils für die vorherige Woche angegeben werden. Dabei sollte die Diskussion um die Eigenschaften und Nutzung des Indikators weitergeführt werden. Das geplante Now-Casting könnte Abhilfe schaffen. Es gibt zurzeit wenig Daten zum Anteil der erneut infizierten oder Erkrankten unter der Gruppe der Genesenen. Eine pre-print Studie aus Israel verweist auf eine starke protektive Wirkung des Genesenstatus im Vergleich zu üblichen Impfungen. Vergleichbare Studien wären auch in Deutschland sinnvoll, da die Evidenz gering ist.	Bremer, Hamouda, Diercke
	Die SPoCK Prognosen basieren auf den vorherigen Beobachtungen. Eine Überschätzung in der Prognose wäre möglich, da der Effekt der Impfung über die Zeit bedingt integriert ist. Da die Prognose aber aus aktuellen Daten gespeist wird und Charakteristika von hospitalisierten Personen berücksichtig, findet eine stetige Entwicklung der Prognose statt. Die gespeisten Daten sollten möglichst repräsentativ sein. **ToDo:** *Diskussion zur SPoCK Prognose weiterführen und Anforderung, sowie Herkunft (Meldesystem) der Daten mit Abt. 2 klären. Der Einfluss der Impfquote im Modell sollte geklärt werden.*	

		Fischer, Abt. 2
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** vertagt auf die kommende Woche	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Kommunikation rund um die aktuelle STIKO Empfehlung zu Schwangeren und Stillenden, voraussichtlich soll die Publikation morgen erfolgen **Presse** Redaktionssystem zieht Ende September in ein neues Rechencenter um. Im Zeitraum 27.09. bis 29.09.2021 können nur dringliche Anliegen übernommen werden. Es wird auch ein kurzes Zeitfenster 29.09.2021 geben, wo nichts publiziert werden kann. Bitte an die Pressestelle wenden, falls in diesem Zeitraum wichtige Publikationen anstehen Kernbotschaften für den Wochenberichten: Zunahmen der COVID-19 Fälle in KH und Alten- und Pflegeeinrichtungen **P1** Flyer „Vier Tipps gegen CORONA.“ Wurde vorgestellt und im Plenum überprüft, diskutiert und soll angepasst werden. Es wird ein Hinweis im Flyer auf den Stufenplan integriert. Damit kann auch auf komplexere Themen hingewiesen werden, bzw. diese spezifiziert werden ***ToDo:*** *Erläuterung der HI und Methodik sollte bis kommende Woche diskutiert werden, damit dies möglich zeitig publiziert werden kann (z.B. Webpage oder Wochenbericht)* *Flyer „Vier Tipps gegen Corona“ muss überarbeitet werden*	 BZgA Presse P1 Hamouda, Diercke

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** (nicht berichtet) **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 17.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:04 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 17.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- FG 31
  - Göran Kirchner
- FG 32
  - Claudia Sievers
  - Justus Benzler
- FG 33
  - Ole Wichmann
- FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Silke Buda
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Ulrike Grote
- P1
  - John Gubernath
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZBS7
  - Michaela Niebank
- ZIG1
  - Sofie Gillesberg Raiser
  - Romy Kerber
- BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 16.09.2021 ○ Fälle: 226.236.577 (-10% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 4.654.548 Todesfälle (CFR: 2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen 1. Gleiche Länder wie in Vorwoche 2. Steigerung der Fallzahlen in Türkei, Philippinen (niedrige Impfquote), Russische Föderation Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep 3. Rückgang in allen WHO-Regionen zu beobachten 4. Rückgang auch bei Todesfällen, außer in Afrika (+7%) Veränderung Fallzahlen weltweit 5. Mittelamerika und karibische Inseln: weitere Verbreitung von Delta, Anstieg der Fallzahlen 6. Nordamerika: stabile Lage, in Alaska und in einigen Provinzen Kanadas sind Krankenhäuser überlastet. 7. Afrika: gemischte Lage 8. Ozeanien: Fallzahlen stabil und leicht rückgängig 9. China: steigende Fallzahlen bei insgesamt niedrigen Fallzahlen 10. Europa: gemischtes Bild, in Irland und Dänemark Rückgang der Fallzahlen bei hohen Impfquoten 11. Weiterhin Steigerung der Fallzahlen in Balkanländern und Osteuropa, Delta verbreitet sich. Übersicht Virusvarianten, weltweit 12. Alpha: keine neuen Länder dazugekommen 13. Beta: neu ist Island 14. Gamma: 4 neue Länder 15. Delta: 6 neue Länder **National**	ZIG 1 (Gillesberg Raiser) FG32 (Sievers)

	Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 16. SurvNet übermittelt: 4.125.878 (+11.022), davon 92.857 (+20) Todesfälle 17. 7-Tage-Inzidenz 74,7/100.000 Einw. 1. Hospitalisierungsinzidenz der >60 Jährigen steigt weiter. 18. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 55.595.233 (66,9%), mit vollständiger Impfung 52.098.316 (62,7%) 19. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. In westdeutschen BL sinken Inzidenzen wieder. 20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tag-Inzidenz 1. In Westdeutschland nehmen Fallzahlen ab, im Osten nehmen sie zu. 21. Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer 1. Bleibt stabil oder nimmt leicht ab. 22. Geografische Verteilung: 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz 1. Quer durch Republik verteilt 23. Anteil COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis 1. Von allen positiven PCR-Nachweisen wurde weiterhin bei ca. 10% davor ein Antigentest durchgeführt. 24. Sterbefallzahlen 1. Nach wie vor sehr geringe Sterbefallzahlen.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Vorbereitung Mission nach Usbekistan, Unterstützungsmission nach Montenegro ! Großes Afrika CDC-Projekt hat letzte Woche begonnen. ! Diese Woche Briefing für GOARN-Mitglieder zur SAGO-Gruppe: 25. Scientific Advisory Group for the Origins of Novel Pathogens 26. Neuer Call für Bewerbung, ca. 500 Bewerbungen eingegangen, bis letzte Woche jedoch von keinem Wissenschaftler aus Afrika oder Lateinamerika (schlechtere Vernetzung, Einfluss Chinas?), deshalb Bewerbungsfrist verlängert. 27. Gruppe wird aus 25 Mitgliedern für 2 Jahre bestehen, Ziel:	ZIG (Hanefeld)

	Entwicklung von SOP, keine Feldmissionen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! **Evaluation Corona-Warn-App** (Folien hier) ○ Ziel der Evaluation ▪ Nachweis, ob CWA für ihre Zwecke (Abruf eines Testergebnisses, Warnung Anderer, Risikoermittlung) gut geeignet ist. ▪ Wirksamkeit und Nutzen ○ Datenspende: Privacy Preserving Analytics (PPA) ▪ Daten können nicht direkt erhoben werden. Nutzer geben ihre Zustimmung zur Datenspende, um die Nutzung der App zu analysieren. ▪ 12 Mio. Geräte nehmen täglich teil, insg. fast 9 Mio. Datensätze ○ Zweck 1: Abruf eines Testergebnisses ▪ Wie lange hat es von Testregistrierung bis zum Abruf gedauert? ▪ Bei der Hälfte der Tests wurde das Ergebnis bereits nach 11 Stunden berichtet, im Mittel nach 19,7 Stunden. ○ Zweck 2: Warnung ▪ Wie viele Personen werden durch die App gewarnt? ▪ Ca. 4 Personen werden von 1 pos. Person mit „erhöhtem Risiko“ gewarnt, ca. 10 mit „niedrigem Risiko“. ▪ Verhältnis zwischen Warnungen mit erhöhtem und niedrigem Risiko schwankt. ○ Zweck 3: Risikoermittlung, Positivenanteil nach Risikobewertung ▪ Nach Bewertung „erhöhtes Risiko“ ist das Risiko doppelt so hoch positiv zu sein, als bei Personen, die nicht gewarnt wurden. ▪ Etwa jede 5. Person, die eine Begegnung mit erhöhtem Risiko hatte, wurde anschließend positiv getestet. ▪ Positivenrate, der mit erhöhtem Risiko gewarnten Personen ist relativ konstant. Rate, der mit niedrigem Risiko gewarnten schwankt stark. ▪ Grüne Kurve (niedriges Risiko mit Risikobegegnung) übersteigt zum Teil die rote Kurve (erhöhtes Risiko): fällt mit Ende des Lockdowns zusammen, evtl. auch Probleme bei Übermittlung. ▪ Deutliche Selbstfilterung, nicht alle Personen machen nach einer Warnung auch einen Test. ○ Nutzen: Downloads vs. aktive Apps vs. aktive Nutzende ▪ Ca. 54% nehmen an der Datenspende teil (Schätzung anhand der gespendeten Testergebnisse). ▪ Schätzung der aktiven Apps: 24 Mio. und der aktiv Nutzenden: 21 Mio. ▪ Beim Vergleich aktiv Nutzende vs. Downloads ist Deutschland im internationalen Vergleich ziemlich weit vorne. ○ Fazit: wirksam und nützlich ▪ Schnelle Übermittlung von PCR- und Antigenschnell-	FG31 (Kirchner)

	Testergebnissen ▪ Personen werden zeitnah gewarnt, im Mittel 3,7 Tage nach Risikobegegnung. ▪ Personen passen ihr Verhalten nach Warnung an. Testung im Mittel 3,7 Tage nach einer Warnung. ▪ Die Warnungen sind genau. ○ Demografie der Nutzenden ▪ Starker Unterschied zwischen Ost und West, ländlichen und urbanen Gebieten ○ Mehr dazu auf dem Science-Blog: https://www.coronawarn.app/de/science/ ▪ Wie groß ist das Interesse am Science Blog? *ToDo: Hr. Scheida recherchiert Zugriffszahlen.* ! Ist eine zusammenfassende Publikation geplant? ○ Möglichst auf internationaler und nationaler Ebene, welches Leserpublikum ist das Beste? ! Delta-Variante überträgt sich deutlich schneller, sind weitere Anpassungen sinnvoll? ○ Konstanten in Messprogrammen wurden mehrfach und auch mit Beginn der Deltavariante angepasst (im Moment auf 9 gewichtete Minuten eingestellt). Es ist möglich die Parameter weiter anzupassen. ! Mit Nahfeld scheint die App gut zu funktionieren, kann man beim niedrigen Risiko noch nachsteuern und Aerosole mitabbilden? ○ Unterschiedliche Entfernungen werden unterschiedlich gewichtet. ! Besser noch funktionieren die Eventcheck-Warnungen, hier kann auch zwischen drinnen und draußen unterschieden werden. ! Gerade in Innenräumen sollte die Check-in Funktion genutzt werden und draußen die Entfernungsmessung. ○ Sollte weiter so kommuniziert werden.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! nächste Woche geplant	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Impfaktionswoche: digitales Impfpaket für ÖGD, in leichter Sprache und in 15 Fremdsprachen ! Wie können Ungeimpfte motiviert werden? Kommunikative Ansätze; Subgruppen, die noch gewinnbar sind? ○ Bei Befragung der BZgA waren ca. 20% ungeimpft. Davon sind nur 4-5% Impfgegner. ○ Kommunikativ interessant sind die, die noch zur Impfung	BZgA (Dietrich)

	bewegt werden können. ○ Was sind die Gründe der Unentschlossenen: schnelle Impfstoffentwicklung; Nebenwirkungen; Vertrauensthema; Corona ist nicht so schlimm, Impfen nicht notwendig ○ In weiterer Kampagnenplanung: eher jüngere, relativ spezifische Zielgruppen ○ Argumente: Individueller Schutz, gemeinschaftlicher Schutz, Zurückgewinnung von Freiheiten ! Impfsicherheit: Langzeitbetrachtungen gibt es nicht. Was gibt es für Argumente um Menschen zu überzeugen? ○ Nebenwirkungen und negative Impffolgen wurden in der Vergangenheit zum größten Teil immer relativ kurzfristig beobachtet. ○ Vektor und mRNA Impfstoff sind vom Konzept her neue Impfstoffe. ▪ Argument: wurden in großer Menge verabreicht. ○ Werden noch weitere Impfstoffe auf den Markt kommen, die auf bisher üblichen Mechanismen basieren? ▪ Ist in Pipeline: adjuvantierte Impfstoffe mit neuem bzw. bereits bekanntem Adjuvans ○ mRNA-Impfstoffe: Teil des Erregers wird in kurzer Zeit abgebaut, baut sich weder ins Erbgut ein noch ist er lange im Körper verfügbar. ○ COVIMO-Studie: Was müsste passieren, dass sich Ungeimpfte impfen lassen würden? ▪ Sehr unterschiedliche Beweggründe, sehr breites Feld an Argumenten.	Presse (Wenchel) P1 (Gubernath)
	Presse ! Tweets liefen wieder gut. Nächste Woche zu Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen geplant. **Wissenschaftskommunikation** ! Flyer zu 2G/3G ist für nächste Woche geplant. ○ Was bedeutet das für das Risiko der Menschen? Muss nächste Woche nochmal genau betrachtet werden. ! Flyer Verhaltenstipps gegen Corona wird nächste Woche	Seifried

	herumgeschickt. ! Lollitest-Flyer wurde bereits zirkuliert, bisher keine Rückmeldungen. ○ Wurde von Testkoordinatoren als Visualisierung der bereits ausgesprochenen Empfehlungen zur Kenntnis genommen. ○ Wer soll adressiert werden? Eltern und staatliche Stellen, die verantwortlich sind *ToDo: Falls keine Rückmeldung mehr von AGI kommt, einmal twittern und bei anderen Flyern einstellen.* ○ Es wurden Gelder beim BMG für die Erstellung von Infomaterial für Einrichtungen, die Lollitests nutzen, eingeworben. Dieses zeigt den Ablauf der Testung.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! (nicht berichtet)	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Kontaktpersonen-Nachverfolgung wird nächste Woche besprochen. ○ Große Änderungen bei Quarantäne ○ Bei Verkürzung der Quarantäne muss in medizinischen Settings nach 5 Tagen ein PCR-Test durchgeführt werden.	Alle
8	○ Verlauf der Myokarditiden: meistens eher milde, selbst limitierende Verläufe. ! Im Sicherheitsbericht vom PEI (Stand 31.07.) waren für mRNA 393 Fälle und für Vektorimpfstoffe 39 Fälle mit Myokarditis gemeldet (wobei deutlich mehr mRNA verimpft wurde). *ToDo: Recherche, ob auch Todesfälle wegen Myokarditis vorkamen; anschließend Zirkulation im Verteiler Krisenstab* **STIKO** ! Heute Publikation der Empfehlung zur Impfung von Schwangeren und Stillenden ○ Aktualisierung der FAQs und der Aufklärungsbögen ! Erste Entwürfe zur Empfehlung der Ko-Administration des COVID-19 und Influenza-Impfstoffs. Ist noch ein Entwurf, STIKO stimmt bei Totimpfstoffen zu. ! Empfehlungen zur 3. Impfung von schwer Immundefizienten,	FG33 (Wichmann)

	bzw. Booster-Impfung der übrigen Immundefizienten werden vorbereitet.	Wichmann
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 568 Einsendungen. ! In KW 37 am häufigsten Nachweis von Rhinoviren, gestern 1. Nachweis von Influenza bei einem 4 Jährigen Kind. **ZBS1** ! In KW 37 bisher 193 Proben, davon 89 positiv auf SARS-CoV-2 (46%) ! Es wurde angefangen mitzuteilen, dass ab Oktober die Routinetestung eingestellt wird. Möglicherweise schon morgen mit der Novellierung der Testverordnung zu rechnen.	FG17 (Dürrwald) ZBS1 (Michel) Mielke
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! STAKOB aktualisiert zur Zeit Hinweise zur Therapie. ! Fachgruppe COVRIIN bereitet Veröffentlichung zu Therapien im Ärzteblatt vor. ! Leitlinie Patientenversorgung wird überarbeitet.	ZBS7 (Niebank)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Es bestand der Wunsch von Mitarbeitern, die Erlasse bearbeiten, darüber informiert zu werden, wenn die Antworten ans BMG geschickt werden. Hierfür wurde mit dem Datenschutz eine Lösung gefunden: die Bearbeiter:innen werden bei Mails ans	FG38 (Grote)

	BMG in BCC gesetzt. ! Arbeitsbelastung ist auf allen Positionen im Moment etwas geringer.	
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:21 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 22.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG 2
  - Thurid Bahr
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.169.979 (+10.454), davon 93.123 (+71) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 65/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.009.980 (67,4%), mit vollständiger Impfung 52.723.242 (63,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Bremen Spitzenreiter, insgesamt abnehmender Trend Bremerhaven höchste Inzidenz, aber auch in südlichen LH hohe Werte zu verzeichnen (z.B. Traunstein, Berchtesgaden) Anzahl der LK mit 7-TI > 25/100.000 EW 375/421 (-6) Anzahl der LK mit 7-TI > 50/100.000 EW 254/421 (-14) Anzahl der LK mit 7-TI > 100/100.000 EW 52/421 (-7) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe: In den meisten AG ein rückläufiger Trend zu beobachten außer bei den hochaltrigen AG (>80) und der AG 10-14 Hospitalisierte insg. 1,65 / 100.000 EW Hospitalisierte ab 60 Jahre 2,70 / 100.000 EW	FG32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen, Folien hier Testzahlen und Positivquote Zunahme der Testungen in KW 37 auf 960.000 Tests (ca. -40.000 im Vergleich zur Vorwoche) Abnahme der Positivquote auf 7,5% Auslastung der Kapazitäten Kapazitäten nach wie vor vorhanden (in den letzten 2 Wochen leicht erhöht), allerdings Verteilung der Auslastung in den Laboren pro Bundesland sehr unterschiedlich In keinem Bundesland sind Kapazitäten stark ausgelastet	Abt. 3 (Hamouda)
	ARS-Daten, Folien hier Anzahl Testungen und Positivenanteile Geringe Abnahme der Gesamtzahl der Testungen, Positivanteil (6,5%) nimmt ebenfalls ab In BW und BY deutlich niedrigere Testraten als im Vorjahr. In anderen BL Anstieg in den letzten Wochen, der aber nicht weiter zunimmt. Die Repräsentativität der Daten unterscheidet sich zwischen den BL. Positivanteil in den BL heterogen (5-10%) In KW37 ist die Turnaround Time weiterhin erhöht aber nicht mehr so stark wie in der letzten KW. Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe Im Jahresvergleich mit 2020 weiterhin leichter Rückgang der Testungen außer bei den AG 0-4 und 5-14 mit erhöhten Testungen und der AG >80 mit konstant hohen Testungen	FG 37 (Eckmanns)

	Positivenanteil ist in den mittleren AG am höchsten Unterschiede des Testanzahl zwischen den Geschlechtern „weiblich“ und „männlich“ zu erkennen. Bei weiblichen Personen scheinen teils häufiger Tests durchgeführt zu werden (v.a. AG >80). In der AG 5-14 sind die Positivenanteile bei den weiblichen Personen höher, wobei in dieser AG mehr Test bei männlichen durchgeführt werden. Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen Bei den älteren AG (>60) gehen die Positivenanteile wieder hoch, z.B. Bayern Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort Anzahl der Testungen in Arztpraxen stagniert, Positivenanteil steigend Anzahl der Testungen in KH stabil Die AG 5-14 werden die Testungen vermehrt an „anderen“ Orten durchgeführt Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen Ausbruchsgeschehen in Alten- und Pflegeeinrichtungen nehmen wieder zu (58 aktive Ausbrüche) In KH ist ein Rückgang bei den Ausbrüchen zu verzeichnen (24 aktive Ausbrüche) **Hospitalisierungsinzidenz – Nowcasting,** Folien hier Ziel: Korrektur für entstehende Verzögerungen zwischen Hospitalisierung eines COVID-19 Falles und dem Eingang dieser Information am RKI Die analysierten Daten zeigen, dass kurz vor der Meldung die Hospitalisierung in den meisten Fälle bereits begonnen hat. In der jetzigen Analyse wird das Hospitalisierungsdatum genutzt und bei fehlenden Angaben könnten diese durch das Meldedatum ersetzt werden Es zeigen sich leichte Unterschiede bei den AG. In der AG 40-59 wird die Fallmeldung bei einem größeren Anteil nach der Hospitalisierung geteilt Im Nowcasting werden durch die Korrektur abfallende Trend eher als Plateau dargestellt Eine Statifizierung ist nach BL und AG möglich Unsicherheitsintervalle können nur bedingt alles Unsicherheit abbilden und es zeigen sich ebenfalls variierende Schwankungen Die Anwendung des Nowcastings scheint auf Ebene der BL machbar und zeigt stabile Ergebnisse **Diskussion:** Das zur Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz zugrunde liegende Datum (Meldedatum) zeigt ähnliche Verläufe im Nowcasting bei dem das Hospitalisierungsdatum verwendet wurde. Das Datum kann zur Berechnung im Nowcasting flexibel gewählt werden. Bei der aktuellen Darstellung handelte es sich lediglich um eine Pilotierung. Das Meldedatum kann ebenso genutzt werden. Um Verwirrungen oder Inkonsistenz zu vermeiden sollte dies diskutiert werden, um eine finale Entscheidung zu treffen.	an der Heiden

	To Do: *Die Verwendung der unterschiedlichen Datums-Grundlagen im Nowcasting, sowie mögliche Implikationen sollen diskutiert werden.*	
	VOC & VOI Daten, Folien hier Übersicht VOC in Erhebungssystemen Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil weiterhin bei > 99 % Keine VOI-Nachweise Anteile der Genomsequenzierung 9,3% Keine Veränderungen in den Anteilen der Delta Sublinien	FG 36 (Kröger)
	Syndromische Surveillance, Folien hier GrippeWeb Anstieg in 37. KW zur Vorwoche (4,1; Vorwoche: 3,6 %) Anstieg in allen AG: besonders deutlich in der AG15-34 Jahre (5,3 %; Vorwoche: 4,3 %) ! kontinuierlicher Anstieg seit der 32. KW 2021; AG 35-59 Jahre: ebenfalls kontinuierliche Anstieg seit 32. KW 2021 (3,5 %; Vorwoche: 3,5 % Gesamt-ARE-Rate liegt im Bereich der Vorjahre Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) KonsInz insgesamt im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben: KW 37: 898 (Vorwoche 888) Kinder: leichter Anstieg in AG 0-4 Jahre: prozentuale Veränderung 6 %; Erwachsene: Rückgang in AG 60+ auf niedrigem Niveau Keine Ferien mehr in den BL: ABER in BAY mit dem Montag 13.09.2021 noch einen Tag in der 37. KW; Feriendichte 3 % Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Beispiel: In BB/BE Rückgang in allen AGs, in BAY Anstieg bei den Kindern (keine Ferien mehr, bis auf den 13.09.2021) Erwachsene dagegen stagnierend, bis auf die AG 15 bis 34 Jahre! In NRW: Rückgang bei den 0-14 Jährigen; bei den Erwachsenen stagnierend bis auf 60+: hier Rückgang ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder leicht zurückgegangen, aber weiterhin Anstieg der Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre (43% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), doppelt so viele SARI-Fälle wie in Vorjahren um diese Zeit AG 35-59 Jahre wieder leichter Rückgang (pendelt seit einigen Wochen), aber immer noch deutlich über Niveau der Vorjahre Möglicherweise Anstieg in den AG 60-79 Jahre und 80+ (hier mehr Nachmeldungen als in den anderen AG, daher siehe Vorwoche) Anteil SARI-COVID-Fälle stabil geblieben; Anteil COVID-19 an SARI 25% (KW 36: 26%) Anteil SARI-COVID-Fälle unter Intensivbehandlungen mit SARI seit 4 Wochen um die 50%; Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 55% (KW 36: 48%) Deutlicher Anstieg der Intensivbehandlungen bei COVID-19-Patienten mit SARI in AG 60-79 Jahre (überproportional zum Anstieg der COVID-SARI-Fälle in dieser AG), aber auch die AG 15-34 und 80+ steigen langsam (gleichauf bei COVID-SARI und	FG 36 (Tolksdorf)

	COVID-SARI mit Intensiv!) Ausbrüche in KITA / Hort 138 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) Anstieg seit Mitte August mit zuletzt etwa 60 neue Ausbrüche pro Woche Das Niveau der Zahl an Ausbrüchen Anfang September 2021 wurde im Vorjahr erst Ende Oktober beobachtet Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen lag im Juli/August 2021 bei 64%, im Juli/August 2020 waren es nur 27% Eckdaten der letzten 4 Wochen: 1. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle; 2. es kommen aber auch größere Ausbrüche mit bis zu 32 Fällen vor; insgesamt 23 Ausbrüche mit >=10Fällen 3. Ausbrüche in den letzten 4 Wochen v. a. in NRW (n=40) und BW (n=30) Feriendichte KW 37: 3% Ausbrüche in Schulen 142 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) Deutlicher Anstieg seit Anfang August; zuletzt etwa 80 neue Ausbrüche pro Woche Das Niveau der Zahl an Ausbrüchen Anfang September 2021 wurde im Vorjahr erst Ende Oktober beobachtet Seit Mitte August 2021 insbesondere AG 6-14 betroffen (79% an allen Ausbruchsfällen; AG 21 nur bei 5%) Eckdaten der letzten 4 Wochen: 4. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 4 Fälle, median: 3 Fälle pro Ausbruch 5. Es gibt aber auch größere Ausbrüche, der größte in KW 36 in BB (Brandenburg/Havel) an einer Oberschule mit bisher 53 Fällen. 68% AG 11-14, 28% AG 15-20, 4% AG 21+; 40-50% der SuS seien geimpft. Vor fast genau einem Jahr gab es in der Schule schonmal einen Ausbruch mit 5 Fällen 6. insgesamt 20 Ausbrüche mit > 10 Fällen Hospitalisierungen Hosp-Inzidenz bei Kindern nimmt in der vierten Welle wieder zu. Die stärkste Zunahme ist bei den 0-5 jährigen zu verzeichnen. Hospitalisierungen nehmen zudem früher zu als im Vorjahr Anteil hospitalisierter 0-5-Jähriger liegt während der Delta-Phase bei 4% und in einem Bereich, der auch bei Infektionen beim Wildtyp beobachtet wurde. **Zahlen zum DIVI-Intensivregister**, Folien hier Mit Stand 22.09.2021 werden **1.497** COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. In einigen Bundesländern ist ein Abbremsen in der COVID-ITS-Belegung zu beobachten, in anderen (v.a. Bremen) ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt heterogenes	

	Bild. Die täglichen Neuaufnahmen von COVID-Patienten auf ITS betrugen +591 in den letzten 7 Tagen, alle Behandlungsgruppen sind ansteigend Beatmungsbelegung und ECMO: Anteil sehr viel kleiner also in der letzten Welle, aber der Anteil der ECMO weiterhin relativ hoch SPoCK Prognose: weiterhin Plateau, Süden leichter Anstieg, NW Plateau, Osten moderat bis leichter Anstieg **Diskussion:** Das beobachtbare Plateau in den Inzidenzwerten kann durch unterschiedliche Faktoren erklärt werden. Das Zusammenspiel unterschiedlicher Maßnahme (z.B. vermehrtes Testen bei Reiserückkehrer:innen, Impfungen), sowie eine Saisonalität interagieren und führen zur der aktuellen Beobachtung. Welcher Maßnahme bzw. welcher Faktor dabei die entscheidende Rolle spielt ist zurzeit nicht beurteilbar. Das Beobachten von Kindern und Jugendlichen ist wichtig und dadurch können in dieser Zeit Erkenntnisse der Verbreitung des Virus in ungeimpften Populationen gewonnen werden. Die unterschiedliche Häufigkeit der Tests zwischen den Geschlechtern „Männlich“ und „Weiblich“ können verschiedene Ursachen machen. Denkbar wäre eine vermehrte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie Vorsorgeuntersuchungen in der weiblichen Bevölkerung.	MF4 (Fischer)
2	**Internationales** COVID-19 Containment Measures Analysis, Issue 7 Darstellung unterschiedlicher Outcome nach AG, beispielhaft an 6 Ländern im Vergleich Daten aus dem Zeitraum 12 April – 05 September 2021 In den jüngsten AG (0-19 und 20-39) deutlich größter Anstieg bei der 7-Tageinzidenz, Skalierung der Grafiken teilweise unterschiedlich In den wurden zur Erfassung der Krankenhausaufnahmen unterschiedliche Erhebungsmethoden genutzt; die Gruppe der ältesten Personen haben den höchsten Anteil an den Krankenhausaufnahmen; Die Durchimpfungsrate ist bei der Bevölkerungsgruppe >50 Jahre am höchsten Abschließend sollen 2 Empfehlungen ausgesprochen werden: Die Länder sollten den Impfstatus in Bezug auf eine Reihe von COVID-19-Gesundheitsendpunkten, einschließlich Infektionen und Krankenhausaufenthalten, untersuchen. Die Länder sollten diese Daten auch international austauschen, um die Entwicklung von Maßnahmen zur Mobilisierung ungeimpfter Bevölkerungsgruppen zu unterstützen. **Diskussion:**	ZIG 2 (Thurid Bahr)

	Das RKI erfasst und veröffentlicht und verarbeitet aggregierte Daten zum Impfstatus. Die individuelle Eingabe von diesen Informationen in internationale Austausch- und Datenplattformen ist daher nur bedingt möglich. Analysen und Ergebnisse werden wie gehabt geteilt und öffentlich gemacht. Die Formulierung der Empfehlungen soll unter Abstimmung mit FG 32 angepasst werden. Die unterschiedlichen Verläufe und teils fragwürdigen Daten aus den USA – v.a. im Vergleich zu anderen Ländern – könnte durch unterschiedliche Surveillance-Systeme erklärbar sein. Internationale Vergleiche sind aufgrund dessen eingeschränkt möglich und bei der Interpretation ist Vorsicht geboten.	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Das aktuelle Dokument wird geteilt und Freitag weiter besprochen.	Rexroth
5	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** Ein Workshop mit Journalisten zur Hospitalisierungsinzidenz wird vom BMG organisiert. Dieser soll kommende Woche stattfinden und Herr Hamouda wird für das RKI daran teilnehme. Die Daten zur Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz sind seit gestern über Github verfügbar. Eine schriftliche Einordnung zur Hospitalisierungsinzidenz soll möglichst zeitnah herausgebracht werden Daten der unterschiedlichen Inzidenzen und zu Anteilen der Impfdurchbrüche sollten, wenn möglich diese Woche kommuniziert werden. Der 4-Wochen Rhythmus sollte eingehalten werden. **To Do:** *Schriftliche Einordnung soll durch FG32 finalisiert werden und möglichst diese Woche geteilt werden.* *Absprache mit FG 33 zur Kommunikation Impfdurchbrüche.* **P1** 2G/3G Flyer Entwurf wird heute, spätestens morgen rumgeschickt.	BZgA Presse P1

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	 Alle Abt. 3
7	**Aktualisierung der Dokumente Alten- und Pflegeeinrichtung** Drei Dokumente wurden aktualisiert bzw. überarbeitet. Die Dokumente zu Alten- und Pflegeeinrichtungen, Strukturellen und Organisatorischen Maßnahmen und für das Ausbruchsmanagement wurden bereits geteilt. Diese sollen weiter abgestimmt und bearbeitet werden. **To Do:** *Weitere Überarbeitung der 3 Dokumente mit Abstimmung der entsprechenden OE und „outdated" Dokumente sollen aus dem Netz genommen werden.* **Diskussion:** Die verschiedenen Empfehlungen und Dokumente sollten sinnvoll untereinander referenziert werden. Aufgrund der Menge an Dokumenten kann es einfach zu Unklarheiten kommen. Charakteristika unterschiedlicher Einrichtungen / Settings sollten bei der Anfertigung von Empfehlungen berücksichtigt werden. So haben klinische Settings z.B. andere Ressourcen häufige Tests mit kurzer Turn-Around Time zu ermöglichen. Wogegen eine solche Implementierung in Pflegeheimen herausfordernd sein könnte, z.B. durch fehlende personelle, strukturelle oder fachliche Ressourcen. Nichtsdestotrotz ist auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen die PCR-Testung die zu empfehlende Methode. Reihenuntersuchungen bleiben weiterhin ein essentieller Bestandteil einer Strategie zum Schutze der Bewohner:innen solcher Einrichtungen. **Dokument: SARS-Cov-2 Testkriterien für Schulen während der COVID-19 Pandemie** Dokument aus Februar, welches überarbeitet werden müssten. Dies scheint aber obsolet, da die Testkriterien die an anderer Stelle bereits formuliert sind auch für Schüler:innen gilt. Auch für andere Strategien gibt es bereits Empfehlungen, z.B. Reihentestungen. **To Do:** *Das Dokument soll depubliziert werden. Die AG Diagnostik und der Krisenstab haben zugestimmt.* **Control Covid Papier** Nach einer Anmerkung aus dem BMG wurde in dem aktuellen Strategiepapier Control Covid der Begriff Luftfilter durch Luftreiniger ersetzt. Weiterhin wurde durch Mitarbeitende des RKI darauf hingewiesen, dass der Einsatz von	Abu Sin

	Luftreinigern weniger prominent in dem Papier dargestellt werden sollte und entsprechend eher ein Fokus auf andere Maßnahmen bzw. die Basismaßnahmen gelegt werden. Technische und strukturelle Maßnahmen sind natürlich weiterhin auch von Relevanz. Das Papier wird weiterhin angepasst.	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle

16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 24.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:09 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 24.09.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 24
  - Anke Christine Saß
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Claudia Siffczyk
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! P1
  - John Gubernath
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Kumulativ fast 230 Mio. Fälle, weiterhin sinkender Trend (-6% zur Vorwoche), Case Fatality Ratio ähnlich (2,05%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen (Datenstand: WHO, 23.09.2021): In 6 Ländern gibt es einen sinkenden Trend, in 5 einen Anstieg: Brasilien, Indien, Türkei und Russland Epikurve WHO Sitrep: Afrika und Europa verzeichnen ähnliche Fallzahlen wie in der Vorwoche, in anderen Regionen Rückgang in Fallzahlen Todesfallzahlen sind gegenüber der Vorwoche sinkend bis auf einen Anstieg im Westpazifik Virusvarianten Alpha in 193 Ländern (+/-0), Beta 142, Gamma 96, Delta 185 (+5 Länder seit Vorwoche) VOI Klassifizierung WHO Sitrep Keine Änderung bei VOC Variants under monitoring (Achtung, geringere Einstufung als VOI „variants of interest“): drei neue Varianten Eta, Jota und Kappa, die vorher als VOI klassifiziert waren	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.181.393 (+9.727), davon 93.303 (+65) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 62,5/100.000 Einw., auch leichte Abnahme der Hospitalisierungsinzidenz (1,58/100.000) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.197.198 (67,6%), mit vollständiger Impfung 53.004.938 (63,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Heterogenes Bild in den BL, seit Ende der 1. Septemberwoche ist 7-T-I leicht rückläufig HB am stärksten betroffen, einziges BL mit 7-T-I >100 BY, BW Platz 2 und 3 mit eher rückläufigem Trend Leichter Anstieg in TH, noch nicht gut zu bewerten 7-T-I-Karte: höchste Inzidenzen in südlichen Kreisen in BY und BW, Bremerhaven, aktuell nur 42 Kreise mit Inzidenz >100 Hospitalisierungsinzidenz in BL HB ganz oben, entspricht erwartetem aufgrund der 7-T-I Andere BL <2/100.000 Einwohner Nach 1 Woche Daten ca. zu 80% vollständig, es ist eher ein Plateau zu erkennen, Entwicklung abzuwarten Übersterblichkeit: Anstieg aktuell nicht gut erklärbar Diskussion Hochinzidenzkreise In BY und BW mit Ferienende Erwartung des Fallanstiegs	FG32

	durch den Schulanfang, hat sich nicht so bewahrheitet (wie es in manchen anderen BL der Fall war), warum? Aktivität in BW und BY ist stärker als in anderen BL (wenn auch nicht so stark wie NW und BE), dennoch zurzeit hohes Niveau Fallanstieg 1-2 Wochen vor Ferienende mit Peak um den Schulbeginn was fast überall sichtbar BY führt auch Lolli-Testungen durch, ob so systematisch wie in manch anderen BL getestet? HB Situation Kleines BL, wodurch die Kurve unruhig ist Sozioökonomisch ggf. etwas brenzlig Südliche, ländliche Hochinzidenzkreise Hohe Infektionszahlen der Vergangenheit und Impfung sollten eigentlich in solcherart kleinen Kreisen für niedrigere Inzidenzen sorgen Wieso hat Berchtesgadener Land oft hohe Inzidenzen? Wäre die Seroprävalenz der Bevölkerung hier interessant? Möglicherweise viel Grenzverkehr und damit zusammen-hängend viele Testungen, aber auch viele Fälle in Einrichtungen, v.a. Schulen und Kindergärten Ähnlich Rosenheim, erneut hohe Inzidenzen in LK und SK, ist es sozial brenzliger als vermutet? Viele Einreisende aus Ländern mit niedriger Impfquote Kreise melden auf heterogene Art und Weise, dies verstärkt sich noch bis hin auf Gemeindeebene Könnten mehr Informationen zu diesen Kreisen eingeholt werden? Eventuell Impfung untersuchen? Nicht ganz klar, wie kleinteilig aktuelle Impfdaten verfügbar sind Inzidenz nach Altersgruppen (siehe **hier**): generell sehr hoch bei jungen Menschen, aber in genannten Kreisen auch bei älteren	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Reise nach Namibia nächste Woche für TwiNit: FG38 inkl. PAE und FG32 zu den Themen Surveillance, EOC und emergency response (beide auch auf COVID-19 bezogen) sowie FETP GOARN COVID-19 Response Einsatz Cyrus Koenig in Kambodscha	Heute FG38
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Folien hier CWA >34 Mio. Downloads, 532 000 Menschen haben positives Testergebnis geteilt Neue Version müsste heute verfügbar sein: Darlegung der Regeln für Auffrischungsimpfungen sowie neue Möglichkeit, Impf-Zertifikate auszudrucken, zu exportieren als pdf Update wurde auf Twitter kommuniziert und viel gesehen, starkes Medienecho CovPass: 19 Mio. Downloads, Tendenz Anstieg DEA: Tendenz sinkend, 50.000 Anmeldungen pro Tag, insgesamt >14 Mio. Anmeldungen seit Beginn	FG21

	Diskussion Warum steigen noch stets CWA Downloadzahlen? Keine Werbung bis auf Kommunikation auf üblichen Kanälen, täglich 50.000 neue Downloads, hängt wahrscheinlich mit Zertifikaten zusammen In BE gilt traditioneller gelber Impfausweis nicht mehr, wie steht das RKI hierzu? RKI empfiehlt dies nicht, Regelung soll ab Sonntag gelten, wird ggf. zu (noch) mehr Downloads führen LUCA wird kaum genutzt? Wurde in manchen BL in deren Verordnungen beinhaltet Einchecken geht digital mit CWA nur in Sachsen, überall anders LUCA oder Zettel	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung, Dokument hier Grundrisikobewertung bleibt bestehen „moderat für Geimpfte, hoch für Ungeimpfte“ Anpassungen Vermeidung von Langzeitfolgen weiteres wichtiges Ziel der Strategie, Stärkung dieser Aussage Kommunikation der Unsicherheit und Mahnung zur Vorsicht Entwicklung der Fallzahlen, nun eher kein Anstieg mehr, aber Zahlen dennoch relativ hoch Kein Grund zu übermäßigem Optimismus Zunehmend weniger Infektionsketten können nachverfolgt werden KoNa Umformulierung um diese als weiterhin wichtige Komponente zu kommunizieren AHA+L ist unabhängig vom Impfschutz Wichtigkeit auch der Impfung zum Selbstschutz Keine politisch kritischen Aspekte, schriftliche Abstimmung mit Leitung zur zeitnahen Freigabe	Abt. 3/FG38
5	**Kommunikation** **BZgA** Kein Beitrag heute, aber bittet um RKI-Ansprechperson zum Thema Lolli-PCR-Testung zur Entwicklung von Infomaterial ! Janna Seifried, Abt. 3 **Presse** Heute Publikation der STIKO-Empfehlung bzgl. Co-Administration COVID-19 und Todimpfstoffen Auffrischimpfung bei Immuninsuffizienz Anstieg der Fallzahlen wird im Herbst erwartet, dies sollte auch im Wochenbericht nächste Woche thematisiert werden (wurde auch in ControlCOVID formuliert) Wird weitergegeben durch Ute Rexroth **P1** Diskussion zum 2G/3G Flyer Entwurf, Dokument hier Zielgruppe/Inhalt: BürgerInnen bei der Entscheidung über Risiken in Innenräumen (z.B. Partygehende) unterstützen,	BZgA Presse P1

	keine Impfwerbung (gab es bereits), Vergleich 2G/3G Wird Virustransmission durch Impfung verringert? Ole Wichmann hat heute Papers zur Transmission bei Geimpften an den Krisenstab geschickt *„generell Viruslast geringer und Ausscheidungsdauer verkürzt"* muss angepasst werden, die Situation komplexer ist Sowohl Dauer als auch Wahrscheinlichkeit der Virustransmission geringer bei Geimpften, sie wird nicht unterbunden, aber das Risiko sinkt Viruslast im oberen Respirationstrakt ist bei Geimpften und Ungeimpften nicht wesentlich anders, aber bei gleicher Exposition ist eine Infektion weniger wahrscheinlich Es gibt wenig Daten zur Ausscheidungsdauer Das Virus verbreitet sich zurzeit bevorzugt unter Ungeimpften Werden gleich viele Geimpfte und Ungeimpfte getestet? Eher mehr Testung von Ungeimpften Wichtig: bei 2G gilt AHA+L weiter (wird auch von der Politik missverstanden) Kernaussage: bitte weiter Prävention, so wenig wie möglich Veranstaltungen in Innenräumen Superlative vermeiden: *einziger* Weg, *wichtigster* Faktor, *bester* Schutz, usw. Insgesamt viel Diskussion und Input zum Flyer, er wird überarbeitet und nächste Woche (Mo od. Di) erneut zirkuliert, gerne auch vorher noch schriftliche Anmerkungen	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Kommunikation Impfquoten DIM-Zahlen mit Impfabdeckung von 68% oft kritisiert Sie beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, welches nicht der Zielbevölkerung entspricht Impfung bei >17-jährigen mit 1. Impfung beträgt 78,5% Angesichts der nicht-Erfassung z.B. von Impfungen durch KV-Ärzte ist die Impfquote vermutlich viel höher (>80%), dies sollte die nächste Welle deutlich reduzieren Es besteht Grund für etwas mehr Optimismus, der Herbst könnte milder als befürchtet ausfallen, aber ein Anstieg der Fallzahlen wird dennoch erwartet Waning immunity wird bei Hospitalisierung und schweren Verläufen aktuell nicht in großem Masse beobachtet, Impfung wirkt sehr gut, Geimpfte Fälle vor allem mit mildem Verlauf COVIMO-Bericht wird überarbeitet und nächste Woche	FG33

	veröffentlicht **Impfstoffe** Jansen Impfstoff Eine Dosis ist möglicherweise nicht ausreichend Aktuell gibt es Gespräche ob zur Optimierung eine 2. Impfung empfohlen werden soll, hier werden die meisten Impfdurchbrüche beobachtet **STIKO** Heute Publikation der neuen STIKO Empfehlung (auch o.g.) Co-Administration Influenza Impfauffrischung bei Immundefizienz Empfehlung zu Auffrischimpfung für weitere Gruppen steht noch aus, STIKO-Ziel ist die Verhinderung von schweren Infektion und der Überlastung des Gesundheitssystems	
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 700 Proben, davon: 12 SARS-CoV-2 1 Influenza H3N2 75~~XX(?)~~ RSV 232 Rhinovirus 98 Parainfluenzavirus 2 Metapneumovirus 44 endemische Coronaviren (überwiegend ~~NL-63~~OC-43) **ZBS1** In KW 38 bisher 291 Proben, davon 109 positiv auf SARS-CoV-2 (37,5%), mehr als Vorwoche aber häufig Schwankungen	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* Diskussion zur Anfrage ob Änderungen bei der Isolationszeit bei Kindern und der Freitestung von Geimpften kommen werden Empfehlung zu KoNa Management wurde kürzlich angepasst und die Quarantäne wurde im Sinne einer Restrisiko-Akzeptanz verkürzt Quarantäne und Isolation werden weiterhin in der Öffentlichkeit verwechselt Isolation im häuslichen Bereich bringt Fragen auf, z.B. in Familien: Indexfall Kind 14 Tage isoliert und Antigentest, KP können nach 5 Tagen wieder aus der Quarantäne, Fall bleibt (häufig symptomlos) zu Hause Erscheint ÖGD nicht logisch, Möglichkeit der Anpassung? Ist abhängig vom Kontext, z.B. bezieht sich das RKI-Dokument Entlassmanagement auf den nosokomialen Bereich, hieran sollte festgehalten werden in diesem Setting	FG38/ZBS7/ alle

	Auf 5 oder 7 Tage zu verkürzen? Ist eine PCR-Freitestung nach 5 Tagen bei ähnlicher Viruslast weiter tragbar? Aktuell liefert die Literatur keine klaren Hinweise hierzu Arbeitsauftrag: wissenschaftliche Prüfung, ob Verkürzung aktuell in Erwägung gezogen werden kann, anschließend erneute Diskussion *ToDo: Prüfung anhand verfügbarer Literatur, ob eine Verkürzung der Isolation im o.g. Kontext in Erwägung gezogen werden kann, FF wurde im Krisenstab nicht definiert*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
15	**Wichtige Termine** keine	
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:06

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 01.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Anna Rhode
- ! BZgA
  - Andrea Rückle

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: Kumulativ ca. 232 Mio. Fälle, weiterhin sinkender Trend (-12% zur Vorwoche), CFR gleichbleibend (2,05%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen (Datenstand: WHO, 29.09.2021): In 8/10 Ländern gibt es einen sinkenden Trend, in 2 einen Anstieg: UK, Russland Epikurve WHO Sitrep: Anzahl Fälle global rückgängig, in allen Regionen rückläufig Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in: Afrika (+5%) Virusvarianten Aktuell keine Virusvariantengebiete ausgewiesen Delta neu nachgewiesen in: Ethiopien, Syrien USA neue Variantenklassifizierung: Variants being monitored (VBM) – „no imminent PH risk“ **Diskussion:** Die häufig beschriebene Saisonalität in der SARS-CoV2 Pandemie lässt sich in Deutschland zwar erkennen, doch scheinen implementierte Maßnahmen, sowie deren Lockerung, die saisonalen Effekte zu überdecken. Eine Untersuchung der Saisonalität in unterschiedlichen Klimazonen oder Hemisphären wäre interessant. Bei der Betrachtung solcher Effekte ist es wichtig Limitationen bzgl. der Datenqualität, unterschiedlicher Surveillancesysteme und deren Vergleichbarkeit, sowie kultureller Unterschiede zu beachten. *ToDo: Entsprechende Modelle bzw. Studien identifizieren.* Unterschiede in der Schwere der Pandemie zeigen sich auch zwischen den Kontinenten aber auch v.a. zwischen Ländern mit unterschiedlichen BIP. So scheinen Länder des Globalen Nordens oft schwerer betroffen zu sein als Länder des Globalen Südens. Eine differenzierte Betrachtung wäre bei einer Untersuchung angebracht. Mehrere Faktoren können hier ursächlich sein, z.B. Datenqualität, kulturelle Aspekte oder auch Erfahrungswerte, sowie bestehende Systeme zum Management einer Epidemie / Pandemie *ToDo: Konsultation WHO oder andere Stakeholder zur Einschätzung Aussagekraft Daten aus unterschiedlichen Regionen, aber auch zur unterschiedlichen Ausprägung des Infektionsgeschehens.*	ZIG1

	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.237.619 (+10.118), davon 93.711 (+73) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 64,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.541.315 (68,0%), mit vollständiger Impfung 53.564.630 (64,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: BY und BW leichter Trend nach oben; sehr großer Anstieg in Thüringen und MV Regional an Nordseeküste in MV Anstieg, Süden in D betroffen mit hohen 7-TI. Die höchsten 7-TI weiterhin in Traunstein und Pforzheim Nur noch 411 Kreise in D Anzahl der Kreise mit 7-TI >25/100.000 EW: 375 (-3) Anzahl der Kreise mit 7-TI >50/100.000 EW: 250 (+1) Anzahl der Kreise mit 7-TI >100/100.000 EW: 44 (-1) Hospitalisierungsinzidenz in BL Bremen höchste HI, NRW relativ hoch Relative stabil über die Wochen HI gesamt: 1,65/100.00 EW HI ab 60 Jahre: 2,88/100.000 EW Intensivregister Leichter Rückgang der Fälle Sterbefallzahlen: Leichte Übersterblichkeit, welche nicht durch COVID-19 erklärbar ist **Diskussion:** Die Betrachtung der Fallzahlen und der Impfquote in den Bundesländern könnte teil differenzierter verlaufen. So hat Bremen eine hohe Impfquote, aber verzeichnet hohe Fallzahlen. Die könnte vllt. durch strukturelle Unterscheide in dem Bundesland liegen. Bremerhaven gehört noch zu Bremen hat aber eine niedrigere Impfquote und höhere Fallzahlen. Trotz der weiterhin bestehenden pandemischen Lage, werden nicht alle Personen mit bestehender Symptomatik auf SARS-CoV-2 getestet. Durch gezielte Kommunikation sollte ein Bewusstsein für die Relevanz von Testergebnissen neu geschaffen werden. *ToDo: Publikation zur epidemiologischen Relevanz des Testens in der COVID-19 Pandemie für das Ärzteblatt vorbereiten – Frau Mankertz*	FG32
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Wurde am Freitag 24.09.2021 veröffentlicht	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Änderungen zu Informationen zu Schwangeren und Impfung, Merkblatt wird bald publiziert Informationen zu Auffrischungsimpfung bei Personen mit Immundeffizienz Informationsmaterial zu RNA Impfstoffen in der Vorbereitung Erstelltes Poster wird an nCoV Lage und Fr. Degen weitergeleitet **Presse** Dienstag 05.10.21 findet eine Pressekonferenz zur Grippeschutzimpfung im Kontext der Pandemie statt **P1** Der 2G/3G Flyer ist noch in der Bearbeitung und wird bald veröffentlicht, aber vorher wird noch um Rückmeldung dazu gebeten, Entwurf hier	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Hospitalisierungsinzidenz – Nowcasting,** Folien hier Ziel: Korrektur für entstehende Verzögerungen zwischen Hospitalisierung eines COVID-19 Falles und dem Eingang dieser Information am RKI In der jetzigen Analyse wird das Meldedatum als Basis genutzt Ein Nowcasting der Hospitalisierungsinzidenz erscheint auf Ebene der Bundesländer machbar Zeitreihe der 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz nach Meldedatum wird anhand des Meldeverzugs nach oben korrigiert Eine Aufteilung für die Altersgruppen unter 60 und 60+ machbar Hauptvorteile des Nowcastings: aktueller Trend wird sichtbar Größenordnung der Hospitalisierungsinzidenz wird richtig eingeschätzt **Diskussion:**	Hr. an der Heiden

	In Hinblick auf die Limitation der tagesaktuellen Darstellung des Hospitalisierungsinzidenz auf Basis der Meldedaten, kann das Nowcasting eine Ergänzung sein, sodass diese Werte adäquat eingeordnet werden können. Wie das Nowcasting in Zukunft publiziert werden soll und welche Relevanz es für Entscheidungsträger haben wird, bleibt abzuwarten. Eine entsprechende Diskussion soll in der AGI und mit dem BMG erfolgen. Die Datenqualität (v.a. die Vollständigkeit der Datensätze) bleibt ein limitierender Faktor. Eine flächendeckende Implementierung und Anwendung von DEMIS auch in allen Kliniken könnte diese aber verbessern. Es bestehen drei Optionen wie mit dem Nowcasting verblieben werden kann: 1) Fachpublikation oder 2) Publikation in regelmäßigen Abständen auf bundeseben ohne Implikation für Schwellenwerten 3) regelm. Berichterstattung auf Bundes- und Landesebene mit Anpassung der Schwellenwerte and das Nowcasting; *ToDo: Bericht zum Nowcasting an das BMG verfassen. In der kommenden Woche soll diskutiert und abgestimmt werden wie das Nowcasting weiter genutzt wird. - Frau Diercke & Herr an der Heiden (ID 4347_2)*	
7	**Dokumente** Keine	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 727 Proben, davon: 20 SARS-CoV-2 264 Rhinovirus 181 Parainfluenzavirus, überwiegend PIV3 48 saisonale (endemische) Coronaviren 3 Humanes Metapneumovirus 1 Influenzavirus 117 RSV **ZBS1** 278 Einsendungen, 124 positiv (44,6%)	FG17 ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Isolierungsdauer – Ist eine Reduktion auf 10 d vertretbar? Stand nach Diskussion in der AG-Diagnostik 28.09.21, siehe Folien **Diskussion:** Isolation und Quarantäne sollten differenziert betrachtet werden. Dementsprechend sollte auch eine Anpassung der Dauer differenziert erfolgen. Eine klare Empfehlung konnte noch nicht ausgesprochen werden. Eine abschließende Testung nach dem 14-Tage Zeitraum fällt in den allermeisten Fällen negativ aus. Daher ist es fraglich ob diese Testung verpflichtend durchgeführt werden muss. Alternative Empfehlungen wären denkbar, sollten aber einfach und verständlich kommunizierbar sein. *ToDo: Evidenz um eine Entscheidung treffen zu können soll gesammelt und kommenden Mittwoch vorgestellt werden. Eine Diskussion über eine entsprechende Anpassung wird dann geführt. (ID 4384)*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** Neue FAQ zur HI wurden veröffentlicht. Schreiben zur Verbesserung der Meldepflicht soll bald geteilt werden. Gestern bei dem Acute Events Meeting zur Syndromischen Surveillance berichtet. Positives Feedback von WHO Seite *ToDo: Neue FAQ ggf. über Presse und Twitter teilen. (ID 4347_1)*	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* Ruhigere Lage in der IK Immer noch schwer die Schichten zu besetzen Diskussion über den Umfang der Aufgaben im Lagezentrum sollte erfolgen.	FG38
15	**Wichtige Termine** kommende Woche Vorstellung einer Studie zu Long-COVID bei Kindern	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:06 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 06.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! ZBS7
  - Agata Mikolajewska
- ! P1
  - John Gubernath
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! BZgA
  - Jasmin Benser

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)*	ZIG1
	nicht berichtet	
	National	
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.271.734 (+11.547), davon 93.959 (+76) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 62,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.769.068 (68,3%), mit vollständiger Impfung 53.907.281 (64,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: NRW: sinkend; Thüringen, Sachsen und Meck-Pom: leichter Anstieg, insgesamt wenig Änderung zur Vorwoche (Plateau) Geografische Verteilung: Süden ist stärker betroffen, Top 5 LK bleiben konstant HeatMap: leichter Anstieg in den älteren Altersgruppen, Plateau bei den Jüngeren Hospitalisierungsraten korrelieren mit den Fallzahlen/ Inzidenzen	FG32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* Folien hier 900.000 Testungen, Positivenanteil: 6,6% Laborauslastung ist gering	Hamouda
	ARS-Daten Folien hier Positivenanteil ist stabil in den meisten BL; BaWü und Bayern testen weniger als im Vorjahr; Verzögerung zwischen Probennahme und Testung hat sich wieder stark reduziert Testung nach Alter: Jüngere Altersgruppen (0-4; 5-14) werden nun mehr getestet als im Vorjahr, Mittlere Altersgurppe (15-34) weniger als im letzten Jahr Positivenrate nach Alter: 0-4 J: <5%, 5-14 J: >10% Geschlechterverteilung: mehr männliche Kinder werden getestet, das beeinflusst die Positivenrate Arztpraxen testen nur noch 50% vom letzten Jahr Ausbrüche nehmen leicht zu: Medizinische Einrichtungen: Median 4 und Altenheime: Median 16	Eckmanns
	Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* Folien hier GrippeWeb (Daten nur von KW38): auffälliger Anstieg bei 0-4 Jährigen AG Influenza: Anstieg in allen Altersgruppen, aber besonders bei 0-4 J Festlegung aufgrund der Fallzahlen: ab 35 KW RSV Saison (65% RSV) Bei 35-59 J 65% COVID ICOSARI: 18% COVID an SARI Intensiv: 35% COVID an SARI Auffällig: seit KW34 COVID auch bei 0-4 J (ohne RSV	Tolksdorf

	Beteiligung). Ausbrüche: Kita: Rückgang seit Mitte September, aber 61% der Ausbrüche nur mit Beteiligung von Kindern (0-5 J); Schule: Anstieg seit August 80% der Ausbrüche mit Beteiligung von Kindern (6-14 J) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** Folien hier 150-200 Proben in KW 38/39, >50% der Einsendungen betreffen 0-4 J Zeitlich verschobenes saisonales Verhalten der Viren, am häufigsten Rhinoviren, gefolgt von p-Influenzaviren und SARS-CoV-2. Kaum Influenza Nachweise, möglicherweise aufgrund der NPI. ! VOC Bericht Folien hier ○ Entwicklung setzt sich fort, 99,4% Deltavariante und auch bei VOI keine Änderung, Anteil SARS-CoV-2 bei Genomseq bei 5% ○ Verlauf: Situation wird weiterhin durch Deltavariante bestimmt Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** **nicht berichtet** ! **Vorstellung einer Studie zu Post-COVID** Folien hier ○ Die Ergebnisse einer Studie basierend auf Daten von Krankenkassenabrechnungen wurden vorgestellt ○ **Vorgehensweise:** Alle Personen mit einer bestätigten SARS-CoV-2 Diagnose bildeten die Studienpopulation, die restlichen Patienten bildeten die Vergleichsgruppe (bereinigt um Komorbiditäten); Als Post-COVID wurden alle neu hinzugekommenen Diagnosen im übernächsten Quartal aufgefasst; Die Post-COVID Symptome wurden in Diagnose-Gruppen zusammengefasst; Long-COVID konnte nicht erfasst werden, da der minimal erfassbare Zeitraum ein Quartal war ○ **Fazit:** Post-COVID tritt bei Personen mit einer vorhergehenden SARS-CoV-2 Infektion häufiger auf als bei nicht infizierten; Kinder sind absolut gesehen wenig betroffen, aber relativ gesehen ist auch bei infizierten Kindern der Post-COVID Anteil im Vergleich zu nicht infizierten Kindern deutlich erhöht. Die Inzidenz von Post-COVID bei Erwachsenen beträgt 500/100.000 Personenjahre. Die Inzidenz von Post-COVID bei Kindern beträgt 300/100.000 Personenjahre. ○ Als Stärke der Studie wurde genannt, dass man auf eindeutige Diagnosen zugreifen konnte, als Schwäche wurde der Detection Bias genannt, den man nun versucht, in weiteren Analysen, z.B. durch die Hinzunahme von Kontrollgruppen mit einer anderen Erkrankung (z.B. Influenza) zu minimieren ○ Die Ergebnisse werden demnächst auch der STIKO vorgestellt	Dürrwald Haas Scheidt-Nave
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	ZIG

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Aktuelle Version Folien hier Kleine Änderungen, vor allem hinsichtlich der Berücksichtigung von Faktoren, die das Gesundheitssystem zusätzlich belasten könnten, z.B. Influenza. ***ToDo***: *Am Freitag veröffentlichen (Rexroth)*	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** nicht berichtet **Presse** Workshop zur Hospitalisierungsinzidenz fällt aus Bundespressekonferenz von gestern auf heute verschoben Abfrage von Themen für den morgigen Tweet: 1. Hinweis auf Testung von Geimpften mit Atemwegsinfektionen 2. COVIMO Studie ist abgeschlossen 3. Retweet von 2G/3G Flyer zu gegebener Zeit **P1** 2G/3G Flyer finalisiert Wird veröffentlicht und getweetet **Abt. 3** ! BMG-geförderten Projektes hat Flyer entworfenen, der die Durchführung und Logistik von Lolli-Pool-PCRs in Kitas und Grundschulen für Sorgeberechtigte und Betreuungspersonal erklärt ! Flyer hier ! Übersetzung in andere Sprachen geplant **ToDO**: **1.** *Hinweis auf Testung von Geimpften mit Atemwegsinfektionen in den Wochenbericht aufnehmen (Rexroth)* **2.** *Veröffentlichung des Flyers im Deutschen und Übersetzung in Auftrag geben (Seifried)*	BZgA (Benser) Presse (Wenchel) P1

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Bericht zur fachlichen Einordnung der Hospitalisierungsinzidenz – finale Abstimmung ! Bericht hier ! Die Abbildung soll nicht als Nowcasting bezeichnet werden, sondern als „Abschätzung der zu erwartenden Nachmeldung“, da es keinen R Wert enthält ! Vorschlag: Bundesweite Grafik im Wochenbericht und Auswertung auf Bundeslandebene für die Länder **RKI-intern** (nicht berichtet) **ToDo:** 1. *Bericht an das BMG schicken mit dem Hinweis, dass bei Zustimmung eine Aufnahme in den kommenden Wochenbericht geplant ist (Diercke, Hamouda, Matthias an der Heiden)* 2. *Workshop für Journalisten zum Thema Nowcasting, da BMG Workshop abgesagt wurde (Diercke, Hamouda, Matthias an der Heiden)*	Abt. 3 Diercke
7	**Dokumente** nicht berichtet	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* nicht berichtet **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus	FG17

	Rest negativ **ZBS1**	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Änderung der Entisolierungskriterien Folien hier Es wurden Ergebnisse vorgestellt, die mit Hilfe des CovidStrategyCalculators bestimmt wurden Virusdaten entsprechen dem Wildtyp, Viruskinetiken von Delta/ non-Delta sind sehr ähnlich Ergebnisse gelten nur für Ungeimpfte, keine Modellierung der Ausscheidungskinetik von Geimpften möglich Ergebnis: eine kürzere Isolierungsdauer als 10d ist nicht sinnvoll 14d Isolierung ohne Testung oder 10d mit PCR Testung haben ähnliches relatives Risiko Vorschlag für zukünftige Strategie: ▪ Geimpfte + Ungeimpfte gleich behandeln ▪ 14d ohne Testung oder 10d mit PCR Testung im ambulanten Setting ▪ 14d mit PCR Testung im klinischen Setting ToDo: *Am Freitag nochmal abschließend diskutieren (die beiden letzten Folien, d.h. Überblick relatives Risiko und Überblick P(inf) als Diskussionsgrundlage mitbringen) (Oh)*	ZBS7 (Oh)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 08.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 08.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
  - Max von Kleist
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffcyk
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Anna Rhode
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 07.10.2021 Fälle: 236.132.082 (-7% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 4.822.472 Todesfälle (CFR: 2,05%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Wenig Änderungen in der Reihenfolge Aufwärtstrend in der Türkei und der Russischen Föderation **Neu:** Rumänien mit stark ansteigendem Trend (+40%); Einstufung als Hochrisikogebiet WHO SitRep allen Regionen rückläufig bis auf Europa (+5%) Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in: Europa (+2%) VOC / VOI: Neu nachgewiesen Alpha: Zimbabwe, Madagaskar Beta: Sierra Leone, Liberia, Benin Gamma: Ghana, Togo, Benin Delta: Benin, Gabun, Kamerun, Mali, Burkina Faso **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.293.807 (+10.429), davon 94.113 (+86) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 63,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.846.361 (68,4%), mit vollständiger Impfung 54.038.360 (65,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 2 BL Anstieg (Sachsen, Thüringen) V.a. südliche Länder am stärksten betroffen SH und SL am niedrigsten Anzahl Kreise mit 7-TI >25/100.000 EW: 375/411 (+2) Anzahl Kreise mit 7-TI >50/100.000 EW: 247/411 (+5) Anzahl Kreise mit 7-TI >100/100.000 EW: 359/411 (+14) 5 Kreise mit 7-TI >200/100.000 EW, Trendbericht heute relativ stabil über die Wochen. Keine deutliche Übersterblichkeit erkennbar	ZIG1 FG32
2	**Internationales** (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	Rückmeldung zur aktuellen Einschätzung erhalten Eine gekürzte Version ist in Arbeit (4 Seiten statt 6 Seiten). Ein entsprechender Entwurf wird zirkuliert und soll kommenden Mittwoch verabschiedet werden. ***ToDo:*** *Fachliche Einschätzung des Entwurfs von weiteren FG und Verabschiedung am Mittwoch 13.10.2021.* **Diskussion:** Eine Untererfassung der Fälle ist möglich aber eine komplette Verzerrung der Lage ist nicht erwartbar. Dies wäre eher realistisch sobald die Kostenübernahme der Tests ausläuft, was jedoch erst noch ansteht. Insgesamt wird über mehrere Indikatoren hinweg ein ähnlicher Trend beschrieben, daher ist davon auszugehen, dass die genutzten Surveillanceinstrumente funktionieren und die aktuelle Einschätzung anhand der generierten Daten daher adäquat ist. Ein weiterer Rückgang ist eher nicht wahrscheinlich und ein Anstieg ist zu erwarten, v.a. unter Berücksichtigung der Saisonalität, steigender Mobilität, und vergleichbarer Signale bei anderen resp. Erkrankungen. Die Vermittlung der aktuellen Situation / Lage und die Umsetzung in Politik scheinen auseinander zu driften Sollten sich die durch das RKI veröffentlichten Einschätzungen, Prognosen und Modellierungen nicht bewahrheiten wird sich das RKI diesbezüglich rechtfertigen müssen. Dies wird eine kommunikative Herausforderung.	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Daten der CoSiD-Befragung wurden veröffentlicht, mehr hier. Gründe für Nicht-Impfung wurden primär untersucht und eine Impfquote unter der Befragten wurde ebenfalls ermittelt, war jedoch nicht der Fokus der Studie. Anhand der Befragungen ist eine höhere Impfquote zu erwarten (19% der Befragten waren nicht geimpft). Dieses Ergebnis ist jedoch durch einen maßgeblichen Selection Bias beeinflusst. Die Mehrheit der Probanden ist erreichbar für Informationen zu Impfungen. Gründe für eine Nicht-Impfung waren mangelndes Vertrauen in die Entwicklung des Impfstoffes, ein niedriges Vertrauensniveau gegenüber den staatlichen Institutionen, die Wahrnehmung, dass COVID-19 eine milde Erkrankung sei und das Risiko einer Erkrankung niedrig ist. Wie können die bisher nicht Geimpften erreicht werden? Impfaktionswoche sollte verlängert werden, sodass Gelegenheitsprobleme vermindert werden. Die 6% die sich definitiv nicht impfen lassen wollen, werden vermutlich nicht erreicht werden können. Daher wird ein Fokus auf die gelegt, die sich potentiell noch zur Impfung bewegen lassen. Die	BZgA

	Kommunikation über Impfungen könnte vermehrt über einen Dialog erfolgen und weniger über staatliche Institutionen. Eine weitere Herausforderung stellt die niedrigschwellige Aufarbeitung von Informationsmaterialien zur Schutzimpfung dar. Teils fällt es Personen schwer bestehenden Informationsmaterial zu verstehen. **Diskussion:** Die Veröffentlichung Unterschiedlicher Angaben zum selben Themen (z.B. Impfquoten) unter Referenz unterschiedlicher Datenquellen (Registerdaten, andere Erhebungen, Befragungen) mit unterschiedlicher Datenqualität ist eine Herausforderung, da dies in der Öffentlichkeit teils schwer verständlich ist. Daher sollte darauf geachtete werden Transparenz und Verständlichkeit zu wahren. Die Bezugsgruppe bei der Darstellung der Impfquote sollte klar und deutlich kommuniziert werden. Der Unterschied der in den Proportionen ist groß und kann zu Missverständnissen führen (Impfquote 60% auf die Gesamtbevölkerung und ca. 80% auf alle Erwachsenen). Im Wochenbericht sollte die Darstellung ggf. angepasst werden oder auf die unterschiedlichen Datenquellen hingewiesen werden. Anpassungen für den kommenden Wochenbericht können bist spätestens Dienstag d. 12.10.2021 angemeldet werden. ***ToDo:*** *Kommunikation über die unterschiedlichen Datenquellen und Auswertungen soll diskutiert werden. Presse und P1 diskutieren Möglichkeiten zur entsprechenden Darstellung in unterschiedlichen Medien (z.B. Twitter).* **Presse** (nicht berichtet) **P1** Vergangene Woche wurde über PK und COVIMO getwittert 2G/3G Flyer wurde veröffentlicht	Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Es wurden unterschiedliche Szenarien bzgl. der Isolierungsdauer und abschließender Testung (mit PCR oder Antigen Test) vorgestellt, mehr hier. Das verbleibende Risiko für Folgefälle kann erheblich ab einer Isolierungsdauer von 10 Tagen verringert werden. Eine abschließende Testung kann dieses noch weiter senken. Die bisher verwendete Strategie von 14 Tage Isolierung + Abschlusstestung zeigen das niedrigste Restrisiko für Folgefälle (0.01%-0.04%; 0,4-2 Fälle statt 4000 Fälle). Auch eine Isolationsdauer von 14 Tagen ohne Testung (RR: 0.06%; 2 Fälle), Isolationsdauer von 10 Tage ohne Testung	FG17

	(RR: 2,1%; 84 Fälle) und mit PCR Testung (RR: 0,4%; 17 Fälle) zeigen ein verringertes Risiko für Folgefälle Eine abschließende Entscheidung für eine angepasste Empfehlung (auch differenziert nach Settings) konnte nicht getroffen werden. Die Mehrheit des Plenums ist für eine Vertagung, sodass die aktuellen Empfehlungen weiter bestehen bleiben. **RKI-intern** (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** (keine)	Alle
8	**Update Impfen** Seit gestern im Stellungnahmeverfahren: Booster-Auffrischungsimpfung und die Empfehlung des Janssen Impfstoffs Die Wirksamkeit des Janssen Impfstoff liegt nach aktueller Einschätzung eher bei 30% und für auf schwere Verläufe eher bei 60%; ähnliches Bild aus anderen Ländern. Daher ist es fraglich ob eine Grundimmunisierung wirklich nach nur einer Dosis gegeben ist, oder ein Booster mit einem anderen Impfstoff angebracht ist. Empfehlung zu Auffrischungsimpfung ist im Entwurf: Alle Personen ab 70 und med. Personal mit Patkontakt, und alle Bewohnerinnen sowie Personal in entsprechenden Einrichtungen Evidenz in Bezug was die Schutzwirkung einer Infektion angeht wird derzeitig gesichtet. Bisherige Annahme sind 6 Monate, dies soll erneut geprüft werden, auch vor dem Hintergrund der DELTA-Variante. Gestern fand ein Treffen zwischen STIKO, PEI, BMG statt. Thema wat die Aussetzung von dem Moderna Impfstoff in skandinavischen Ländern. Grund dafür war eine erhöhte Anzahl an Myokarditis Fällen v.a. unter jungen Menschen. Das Risiko war 4-mal höher beim Moderna als beim Biontech Impfstoff. In Deutschland gibt es noch wenig entsprechende Daten. Diese werden aufgearbeitet. Dies ist auch relevant für eine empfohlene Booster-Impfung	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 552 Proben, davon: 17 SARS-CoV-2 207 Rhinovirus 70 Parainfluenzavirus 39 saisonale (endemische) Coronaviren 3 Metapneumovirus 1 Influenzavirus 97 RSV	FG17

	Eine neue Delta-Sublinie wurde ermittelt (AY33 + Mutation). Bisher ca. 30 Sequenzen mit Nachwies. Die Einsendungen kamen aus 9 unterschiedlichen Laboren. **ZBS1** Umstellung seit letzter Woche hat gut funktioniert. 166 Proben, von den 74 Proben positiv waren (ca. 45%)	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** Noch keine Rückmeldung vom BMG bezgl. des Nowcastings	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** Mit Beginn der Herbstferien wird es schwieriger die Schichten zu füllen. Ähnliches ist für die Winterferien zu erwarten. Ein Zwischenbericht wird zurzeit vorbereitet. 01.01.2022 soll dieser fertiggestellt werden. ***ToDo:*** *Erneuter Aufruf per Mail soll durch Herrn Schaade erfolgen.*	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:57 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 13.10.221, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Wiebe Külper-Schiek
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Julia Schilling
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Florentine Frentz

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.330.258 (+11.903), davon 94.389 (+92) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 65,4/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.073.537 (68,6%), mit vollständiger Impfung 54.395.005 (65,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Bundesweiter Wert ist konstant, unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Anstieg in Sachsen und Thüringen, leichter Anstieg im Saarland, konstant niedrig in Schleswig-Holstein ○ Nowcasting: 7-d-R-Wert = 0,96 ○ Geografische Verteilung: kaum Veränderung im Vergleich zur Vorwoche, südliche BL stärker betroffen, vor allem Bayern und BaWü ○ HeatMap: Rückgang der Inzidenz bei den Altersgruppen (AG) 0-4 und 5-9 Jahre, mittlere AGs stabil, leichter Anstieg bei den Älteren ○ Hospitalisierungen: Hospitalisierungsinzidenz = 1,9/100.000 Einw., Inzidenz bei Ü80 Jährigen am höchsten, Zahlenmäßig sind die 60-79 am stärksten betroffen ○ Geografische Verteilung der Inzidenzen nach Altersgruppen: Abbildung hier ▪ In Kyffhäuser, Thüringen, ist die Inzidenz bei den 10-19-Jährigen mit über 1000/100.000 Einw. Besonders hoch. Auch einige andere LK haben Inzidenzwerte über 500 in dieser Altersgruppe Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* **Folien** hier Anzahl Testungen: 30.000, Positivenanteil (PA): 6,7 (etwa konstant), Laborauslastung bei ca. 50% ARS-Daten **Folien** hier Ca. 4 Mio. Testungen in den letzten 12 KW, PA bei ca. 6% Testverzug über das Wochenende (Fr-So) höher als innerhalb der Woche Ü80 Jährige wurden am häufigsten getestet, PA am höchsten bei 5-14-Jährigen (>10%) Ausbrüche: 35 in medizinischen Einrichtungen und 65 in Alten- und Pflegeheimen Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* **Folien** hier GrippeWeb (40. KW): 5,3 Mio. ARE (4,1 in KW 39); starker Anstieg bei den 0-4-Jährigen	FG32 (Diercke) Hamouda Hamouda Haller Schilling

	AG Influenza: Starker Anstieg der Arztkonsultationen bei 0-4-Jährigen KH-Surveillance: Seit KW 36 Anstieg der SARI Fallzahlen bei 0-4-Jährigen (65% RSV) Anteil COVID-19 von 18% auf 14% gesunken und bei Intensivfällen von 35% auf 34% gesunken Ausbrüche in Kitas: Unter dem Niveau der 2. & 3. Welle (Anstieg im Vgl. zum Vorjahr etwa 2 Monate früher), 60% Anteil der AG 0-5 Schulausbrüche: Anstieg seit KW 39, Höhepunkt Anfang Oktober (n=191), AG 6-14 ist an 77% aller Ausbrüche beteiligt und 60% aller Ausbrüche mit NUR dieser Altersgruppe Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** **Folien** hier 203 Einsendungen mit 69% PA (138/201) SARS-CoV-2: 1 Nachweis bei 0-4-Jährigen und 2 Nachweise bei Ü60 Influenza: 0 in KW 39/40 und 1 in KW 41 (44-Jähriger) Endemische Coronaviren: =C43 über 10% Hohe Rate an RSV Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** **Folien** hier 1398 COVID-19 auf Intensiv (+580 Neuaufnahme pro Tag) Abbremsen der COVID-ITS Belegung in vielen BL, Anstieg in Bremen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen Altersstruktur: Anteilige Zunahme der Ü80-Jährigen, Ü50-Jährige noch immer stark vertreten Beatmung/ECMO: leichter Rückgang, trotzdem noch rel. hoher Anteil Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Im Osten wird ein Anstieg erwartet, sonst stabiles Niveau **ToDo 1**: *Im Wochenbericht auf die besonders hohe 7d-Inzidenz (>500) in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen in manchen Landkreisen hinweisen, ohne diese zu benennen. Entsprechende Abbildung mit Darstellung von allen Altersgruppen einfügen. Möglichst neutrale Formulierung (Diercke, Hamouda)*	Dürrwald Fischer
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** ***(nur freitags)***	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Gekürzter Entwurf soll im Krisenstabsverteiler zirkuliert werden und am Freitag verabschiedet werden	Abt. 3

	ToDO 2 *Gekürzte Fassung der Risikobewertung an den Krisenstabsverteiler schicken und die kommentierte Version am Freitag in der Sitzung zur endgültigen Verabschiedung vorstellen (Degen/ Wenchel)*	
5	**Kommunikation** **BZgA** Merkblatt für Schwangere und Stillende zur Impfung wird online gestellt **Presse** Pressemitteilung zur Einordnung der Berichterstattung der Bild Zeitung zur COVIMO Studie Workshop zum Nowcasting für Datenjournalisten am Freitag um 10 Uhr Vorschlagssuche zum Begleit-Tweet zum morgigen Wochenbericht: hohe 7d-Inzidenzen bei Jugendlichen (Karte aus Wochenbericht) (siehe ToDo 3) **P1** Tweet zur Diskrepanz DIM/COVIMO Tweet/Insta: neues Rollout zur Datenspende App mit dem neuen feature, dass man zur Studienteilnahme aufgerufen wird Retweet von Karte aus Wochenbericht geplant *Frage: Sind Studien in der Datenspende App mit Abt. 2 oder Abt. 3 abgestimmt?* *Antwort: nicht bekannt, bitte an Herrn Schmich wenden* **ToDO 3** *Karte der 7d-Inzidenz nach Altersgruppen begleitend zum Wochenbericht tweeten (Wenchel)*	BZgA Frentz Wenchel Lein
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Zur Diskussion: Sollen aktuelle Maßnahmen 2G/3G, AHA-L beibehalten werden? Fazit: Ja, da Lage unstabil (R =1, ITS-Indikator: 14 BL in Stufe 2). Durch Wegfall der Maßnahmen ist wieder ein Anstieg zu erwarten. Bisheriges Ausbleiben einer Herbstwelle wahrscheinlich auf diese Maßnahmen zurückzuführen. Information aus AGI Sitzung: Länder möchten keine Änderung der aktuellen Quarantäneregelungen, zeigen gewisse „Müdigkeit“, daher wahrscheinlich eine Änderung der Entlass Kriterien aus der Isolierung ebenfalls nicht sinnvoll RKI-intern nicht berichtet	Alle Abt. 3

7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 15.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:10 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 15.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lothar Wieler

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! ~~FG12~~Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Claudia Siffczyk
  - Ulrike Grote
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Marica Grossegesse
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Katharina Lang
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 14.10.2021 ○ Fälle: 239.007.759 (-4,5% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 4.871.841 Todesfälle (CFR: 2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Ansteigende Trends in Europa, Situation ziemlich heterogen durch Impfung. Rumänien verzeichnet mit die niedrigsten Impfquoten in Europa. Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep 2. Weltweite Fallzahlen nehmen ab, Rückgang etwas verringert im Vergleich zur Vorwoche 3. Europa ist einzige Region mit steigendem Trend, Anstieg höher als letzte Woche 4. West-Pazifik + Afrika: absteigender Trend am deutlichsten Veränderung Fallzahlen weltweit, WHO Dashboard 5. Amerikanischer Kontinent eher abnehmend 6. Afrika gemischtes Bild 7. Europa + Mittelasien ansteigende Tendenzen 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa 8. Hohe Inzidenz in Osteuropa COVID-19 / Rumänien 9. 7-Tages-Inzidenz: 488 (+14,7%) 10. Tests/ 100.000 EW/ Woche: 2.142, Positivanteil: 22% 11. Vollständig geimpft: 28,7 %, teilweise 32%; zweitniedrigste Impfquote in EU nach Bulgarien 12. Todeszahlen steigen exponentiell. 13. Anfang letzter Woche Bitte um internationale Unterstützung 14. Patienten werden nach Ungarn verlegt. 15. Sauerstofflieferungen aus Niederlanden und Polen. 16. Überfordertes Gesundheitssystem, häufig erst späte Vorstellung im Krankenhaus	ZIG 1 (Esquevin) FG32 (Diercke)

	17. Politische Krise in Rumänien: Regierung kann keine neuen Maßnahmen verhängen. 18. Großes Misstrauen gegenüber Regierung 19. Impfskepsis sehr hoch, vor allem in dörflichen Gegenden um Bukarest herum Wie ist die Inzidenz bei Kindern in EU-Ländern (z.B. UK, Dänemark)? *ToDo: für nächste Woche vorbereiten, FF ZIG1* **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 20. SurvNet übermittelt: 4.354.158 (+11.518), davon 94.526 (+65) Todesfälle 21. 7-Tage-Inzidenz: 68,7/100.000 Einw. 22. Hospitalisierungsinzidenz ab 60 Jahre: 4/100.000 Einw. 23. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.128.110 (68,7%), mit vollständiger Impfung 54.486.100 (65,5%) 24. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. Gesamt: Plateau setzt sich weiter fort, minimaler Anstieg. 2. Thüringen: sehr großer Inzidenzanstieg 3. Bremen: Rückgang 4. Sachsen: Anstieg verlangsamt 5. Bayern, BW: auf hohem Niveau 25. Thüringen: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe 1. Hohe Inzidenz vor allem bei 5-14 Jährigen 26. Thüringen: 7-Tage-Inzidenz nach Kreis 1. In den meisten Kreisen Auf-/Abstieg 2. Anstieg vor allem im LK Kyffhäuserkreis 3. Vor allem Schüler betroffen, unklar ob ein großer oder mehrere Schulausbrüche 4. Beeinflusst Trend in ganz Thüringen	P4

	27. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. Höchste Inzidenzen im Südost-Bayern; keine genaueren Informationen, ob 1 größeres Geschehen ursächlich 28. Altersmedian nach Meldewoche und Krankheitsschwere 1. von allen Fällen: ca. 30 Jahre 2. Hospitalisierte + ITS: Altersmedian steigt eher wieder an. 3. Verstorbene: Weiterhin sterben in erster Linie > 80 Jährige. 29. Sterbefallzahlen 1. Keine größere Übersterblichkeit in Deutschland Modellierung *(nur freitags)* (Folien hier) 30. (nicht berichtet) Wie ist das Testkonzept in Schulen in Thüringen? 31. Wurde in AGI kurz angesprochen, recherchiert Fr. Diercke. 32. Testpflicht und Pflicht zum Tragen einer Maske ab 5. Klasse fiel Ende September weg.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Verabschiedung einer gekürzten Version (Entwurf hier) ! Risikobewertung ○ Dem Vorschlag „für nicht vollständig geimpfte“ statt „für nur einmal geimpfte“ Bevölkerung zu schreiben, wird nicht entsprochen, da die STIKO-Empfehlung zur Boosterung von Johnson&Johnson nächste Woche kommt. ○ Sollte das Ziel nicht an die Entwicklung/Phase der Epidemie angepasst werden? Von einer dauerhaften Reduktion der Fallzahlen (nicht nur schwerer Fälle) hin zu einer nachhaltig stabilen Infektionslage mit einem kontrollierbaren Maß an Verbreitung des Virus in einer gut geschützten (z.B. durch Impfung) Bevölkerung, damit schwere Erkrankungen seltener auftreten und der Übergang in die endemische Phase mit vermehrt leichten Verläufen erfolgen kann.	Alle Arvand

	○ Sind vom Modell der Phaseneinteilung etwas abgekommen, Ziel der Pandemiebewältigung ist Minimierung schwerer Verläufe und der Todesfälle. ○ Im Moment ist das Ziel noch, die Fallzahlen einzudämmen, auch in Hinsicht auf die Kinder. ○ Nachhaltiger Rückgang bedeutet langfristige Unterdrückung der Fallzahlen, ist das das Ziel? Diskussion ~~muss~~ sollte hier geführt werden. ○ Einigung, anlehnend an ControlCOVID: Ziel ist Infektionszahlen nachhaltig niedrig zu halten, insbesondere um schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren. ○ „Sehr“ guter Schutz vor schweren Erkrankungen bei Impfeffektivität bleibt. ! Hintergrund ○ Inzidenzen sind leicht zurückgegangen und bilden derzeit ein Plateau. Wie ist das bei Kindern? Kein genereller Anstieg bei Kindern, nur in einzelnen Kreisen. ○ Erneuter Anstieg der Infektionszahlen ist „zu erwarten“ oder „erscheint wahrscheinlich“? Wurde bereits diskutiert und bleibt bei „zu erwarten“. ○ Verweis auf Delta-Variante bei Hintergrund wird gestrichen. ○ Änderung zu „Zahl der Todesfälle befindet sich im Vergleich zu den vorherigen Wellen aktuell auf niedrigerem Niveau“ und „Die Zahl schwerer Erkrankungen…. liegen aktuell auf einem Plateau“ . Unter den Hospitalisierten steigt der Anteil der jüngeren Altersgruppen wird gestrichen. ○ Virusverbreitung: Arbeitsumfeld, Kitas und Schulen wurden nicht erwähnt. -> Im Arbeitsumfeld, in Schulen wird angefügt; Kitas spielen im Moment noch keine große Rolle. ○ Lüften aller Innenräume ist redundant und wird gestrichen. ○ Ergänzung: Nutzung der Corona-Warn-App wird empfohlen. ! Übertragbarkeit ○ Dass die derzeit zirkulierende Delta Variante besonders leicht übertragbar ist, wird eingefügt. ! Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems ○ 1. Absatz wird gestrichen -> Krankheitsschwere soll in den Vordergrund gestellt werden, nicht Überlastung des Gesundheitssystems. (Anmerkung: Kapazitäten auf den Intensivstationen sind aufgrund von Personalmangel gesunken.) ! Strategie und Infektionsschutzmaßnahmen ○ Änderung der Überschrift zu „Grundsätzliche Aspekte der Strategie zur Pandemiebewältigung“ ! Grundprinzipien der Risikobewertung ○ Übertragbarkeit: Vorschlag Virusvariante zu ergänzen wurde abgelehnt, da an PISA-WHO Konzept orientiert. Maßzahlen für Übertragbarkeit sind Fallzahlen und Trends. *ToDo: Fr. an der Heiden finalisiert Risikobewertung, wird am Montag als redaktionelle Überarbeitung und Kürzung von Presse publiziert.*	Haas Wieler Abu Sin Buda

		Haas
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein aktueller Beitrag **Presse** ! RKI hat sich gegen Bild-Berichterstattung gewehrt. Dies wurde positiv aufgenommen. ! Information zu LK und Altersgruppen im letzten Wochenbericht ○ Korrekturtweet erforderlich, da Fehler bei Tweet gestern: in 9 statt 8 LK ist die Inzidenz bei 10-19 Jährigen sehr hoch. ! 2 Anfragen hierzu von Bildzeitung und Deutschlandfunk ○ Warum wurde Auswertung erst jetzt veröffentlicht, obwohl die Inzidenzen in dieser Altersgruppe vor ein paar Wochen höher waren? ○ Wunsch nach Daten dazu 1. Dashboard-Daten sind verfügbar, jedoch andere Altersgruppen 2. Daten können im Nachhinein zur Verfügung gestellt werden. Besser wäre es aber, wenn nicht immer mehr weitere Daten zur Verfügung gestellt werden müssten. 3. Muss politisch entschieden werden. ○ Müssen Daten einer Zeitung auf Aufforderung zur Verfügung gestellt werden? 4. Strategische Frage, keine rechtliche; könnten Daten wahrscheinlich einklagen. ○ Begründung mit nicht vorhandener Kapazität ist ungünstig. ○ Eher qualitativ antworten vs. gar nicht antworten? Wenn antworten, dann generisch. ○ Es gibt vermutlich kein gutes Argument, warum diese Ergebnisse jetzt und nicht schon vorher veröffentlicht wurden. 5. Vorher standen andere Themen im Vordergrund. ○ Verweis auf SurvNet: Daten können aus SurvNet gezogen werden.	BZgA (Ommen) Presse (Glasmacher) Wieler Wenchel Diercke P1

	! Workshop zum Nowcasting der Hospitalisierungsinzidenz für Datenjournalisten ○ Von 10 – 12 Uhr: 10 Journalisten + Hr. an der Heiden, Hr. Hamouda, Fr. Wenchel: gute Diskussion ○ Hintergrundgespräche mit Journalisten sind ab und zu sinnvoll. ○ Maschinenlesbarkeit der Daten notwendig ○ Wurde nicht versprochen, möglichst nicht immer neue Sachen anbieten. ○ Generell kommt bei neuen Abbildungen im Wochenbericht immer die Frage nach Daten auf, auch auf Bundeslandebene.	Wieler Herzog
	Wissenschaftskommunikation ! (nicht berichtet)	
	! VK am Mittwoch von Hr. Spahn mit Hr. Wieler, Hr. Schaade, Hr. Wichmann und mit Virologen und Gesundheitsämtern ○ Mögliche Probleme bei Kapazitäten auf Intensivstationen durch Corona- und Influenzawelle wurde nicht vertraulich behandelt. Information ging an Bild. ○ Beobachtung aus Köln, wo ein Test- und Impfzentrum nebeneinander liegen: Seitdem die Antigentests kostenpflichtig sind, lassen sich wieder mehr Leute impfen. ○ Diskussion Einsatz von monoklonalen Antikörpern: Vorschlag GA sollten auf diese Möglichkeit hinweisen. Vermissen Empfehlung vom RKI zu monoklonalen Antikörpern. ! Antikörpergabe soll auf unterschiedlichen Wegen beworben werden, könnte in AGI eingebracht werden. ○ Es geht im Moment vor allem um Schwangere. In GB sind ein hoher Prozentsatz der Personen auf Intensivstation schwangere Frauen. ○ In den meisten Fällen ist beim Kontakt zwischen GA und Erkrankten kein Arzt involviert. Wie sollen die Informationsflüsse sein? 6. Ein Hygieneinspektor kann erkennen, dass es sich um	

	eine Risikogruppe handelt. Dann sollte darauf hingewiesen werden, dass das Aufsuchen eines Arztes sinnvoll ist. Dieser Arzt berät zur Therapie. GA sollen nur dafür sorgen, dass die Risikogruppen sich ärztlich vorstellen. ○ Können Antikörper ambulant gegeben werden? 7. Keine Zulassung; es gibt spezielle Kliniken, die das teilstationär anbieten.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! (nicht besprochen)	Alle
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Artikel fürs Ärzteblatt kurz vor Finalisierung *ToDo:* *FG37: Entscheidung, ob ARS Daten mit einbezogen werden sollen* *FG14: Möglichkeit, Passage zu Schutzkleidung bei Ärzten einzufügen* *FG33: Bitte um Kommentierung*	FG12 (Mankertz)

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* **STIKO** ! Sitzung letzten Mittwoch ○ Booster-Impfung, Jansen-Impfstoffproblematik 8. Empfehlung für >70 Jährige und Pflegepersonal kommt am Montag oder Mittwoch 9. Jansen-Impfstoff: nach 4 Wochen Optimierung der Grundimmunisierung mit einem mRNA-Impfstoff. Auch mit Janssen? Off-label Gebrauch ○ Vermehrt Myokarditiden bei jungen Männern unter 30 Jahren nach Impfung mit Moderna 10. Bei 12-17 Jährigen nur 1 Fall in Deutschland, bei 18+ Jährigen schon mehr Fälle 11. Rate deutlich höher als beim BioNTech-Impfstoff 12. Wird in Sitzung in 14-Tagen nochmal aufgegriffen, vermutlich Empfehlung von Comirnaty für < 30 Jährige. ○ Was könnte der Grund für die Myokarditiden sein? 13. Höhere Konzentration des Impfstoffs? Nicht gesichert, aber keine weitere Erklärung 14. Besonders auffällig in Norwegen, deutlich erkennbares Signal bei jungen Männern 15. Keine Todesfälle, allerdings auch Fälle die langwieriger sind.	FG33 (Harder)
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 702 Proben, davon: ○ 15 SARS-CoV-2 ○ 1 Influenzavirusnachweis Anfang der Woche; es handelt sich um den 2. in dieser Saison (H3N2) ○ 239 Rhinovirus ○ 186 RSV ○ 63 Parainfluenzavirus ○ 58 saisonale (endemische) Coronaviren ○ ~~##~~ 7 Metapneumovirus **ZBS1** ! (nicht berichtet)	FG17 (Oh) ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Klinisches Management ○ Voranfrage zur Übernahme von Patienten aus Rumänien ○ BMG rechnet mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Anfrage zur Patientenübernahme nach Deutschland	ZBS7 (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:50 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 20.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Nadine Litzba
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Wiebe Külper-Schiek
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - NN (Bitte eintragen)
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Jasmin Benser
- ! Unbekannt
  - Tel.: 1375000709 (Bitte eintragen)

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International *(nur freitags)*
	
	○ nicht berichtet
	
	National
	
	○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier
	○ SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.401.631 (+17.015), davon 94.808 (+92) Todesfälle
	○ 7-Tage-Inzidenz: 80,4/100.000 Einw.
	○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.326.792 (68,9%), mit vollständiger Impfung 54.807.710 (65,9%)
	○ 7-d- R-Wert bei >1 (1,07)
	○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:
	  ○ Starker Anstieg in Thüringen, Sachsen, Bayern, leichter Anstieg in BaWü, Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein
	  ○ Geografische Verteilung: Inzidenzen höher im Süden und Osten, 8 LK mit 7d-Inzidenz>250: die meisten in Bayern, außer Kyffhäuser Kreis (Thüringen)
	  ○ Weniger al 20% der LK haben eine 7d-Inzidenz unter 50/100.000 Einw.
	○ Heatmap nach Altersgruppen: In fast allen AG gibt es einen Anstieg, am stärksten bei den 10-14-Jährigen
	○ Inzidenz nach Altersgruppen: in der AG 10-19 gibt es 15 LK mit einer 7d-Inzidenz >500/100.000 Einw. Auch die Inzidenz bei den Älteren (50-59 Jahre) steigt in einigen BL (Bayern, Thüringen und Sachsen) an
	○ Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)*
	○ Folien hier
	○ Zahl der Testungen im Vgl. zur Vorwoche um 12% zurück gegangen (ca. 800.000), Anstieg der Testpositivenrate (PA) von 6,5 auf 8,3, Laborauslastung steigt, aber ist akzeptabel, Kapazitäten sind vorhanden
	○ ARS-Daten Folien hier
	○ Rückgang der Testungen bei gleichzeitigem Anstieg der Testpositivenrate
	○ Rückgang der Testungen ist vor allem auf Rückgang von Lollitestungen in der AG 5-14 Jahren in NRW zurückzuführen (aktuell Ferien), Testzahlen in Arztpraxen und Krankenhäusern
		ZIG1
		
		Hamouda
		
		Eckmanns

		konstant ○ Anstieg der Testpositivenrate vor allem in Bayern, Sachsen, Thüringen, Brandenburg ○ Ausbrüche: 55 Ausbrüche in Krankenhäusern und 78 Ausbrüche in medizinischen Einrichtungen ○ VOCs Folien hier ○ 100% Delta (=Ay 4.2) (in der letzten Woche keine anderen Varianten) ○ VOI: My/Lambda: 0 in KW 40 ○ Sublinie Ay.33: Anteil konstant ○ Ay1 (“Delta+” Variante): sporadisch ○ Ay 4.2 (ne u in UK aufgetreten): Vorkommen in D wird in nächster Zeit genauer analysiert ○ Sequenzierungen bilden 5% der Meldefälle ab ○ Kumulativer Wachstumsplot: Delta wird Alpha bald in absoluter Zahl übertreffen ○ Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** ○ Folien hier ○ GrippeWeb (41. KW): 5,4 Mio. ARE (5,3 in KW 40); Im Vgl. zur Vorwoche deutlicher Rückgang bei den 0-4-Jährigen, deutlicher Anstieg bei Ü60-Jährigen ○ AG Influenza: 1300 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einw. Heterogenes Bild in den einzelnen BL, aber korreliert nicht zwangsläufig mit Ferien, z.B. Rückgang in Thüringen, obwohl keine Ferien ○ KH-Surveillance: Anstieg nicht fortgesetzt: SARI Fallzahlen gesunken in allen AG, aber bei 0-4-Jährigen sehr hohe Fallzahlen (72% RSV) ○ ICOSARI: Bei AG 35-59 48% COVID-19 ○ SARI Fälle mit COVID-19: erst Anstieg, jetzt Abfall genauso die ITS Fälle ○ Ausbrüche in Kitas: 166 Ausbrücke in den letzten 4 Wochen ○ Ausbrüche in Schulen: 758 Ausbrüche, die meisten in BaWü und Sachsen ○ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ○ Folien hier ○ In KW 41 gab es 176 Einsendungen (davon 50% von Kindern unter 15 Jahren) aus 57 Arztpraxen und 14 BL; insgesamt blieb damit die Einsendezahl konstant ○ Der Positivenanteil für einen Virusfund betrug 73% (129/176) ○ 2-3% SARS-CoV-2 ○ Sporadische Influenzanachweise (H3N2) ○ 20% endemische Coronaviren (OC43, sporadisch 229E) ○ Sonstige ARE: RSV und Rhinoviren hatten den größten Anteil (je ca. 30%), ebenfalls Nachweise von Parainfluenzaviren und HMPV	Kröger Buda Biere Fischer

	○ Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* Folien hier ○ 1480 COVID-19 auf Intensiv (+624 Neuaufnahme pro Tag) ○ Anstieg der COVID-ITS Belegung in einigen BL, Anstieg in Bremen, Sachsen und Thüringen, in Südlichen BL: Rückgang/Plateau, Alle BL haben eine ITS Belegung von mehr als 3% außer Schleswig-Holstein ○ Altersstruktur: Mehr als 50% betrifft Ü60-Jährige, viele Patienten aus Altenheimausbrüchen ○ Beatmung/ECMO: Plateau/leichter Rückgang, trotzdem noch rel. hoher Anteil an COVID-19 ○ Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Vor allem im Osten wird ein moderater Anstieg erwartet Diskussion: a) Es wird ein sehr unterschiedlicher Ausgang von COVID-19 bei geimpften Personen im Rahmen von Altenheimausbrüchen beobachtet, d.h. z.T. sehr gute Wirkung der Impfung und z.T. ITS Behandlung notwendig. Sollte die Ursache davon untersucht werden (im Rahmen von ARS)? Ergebnis: Ja, Untersuchung sehr sinnvoll, es sollten dabei vor allem der verabreichte Impfstoff und die Virusvariante (eventuell bereits im Rahmen der VOC Surveillance verfügbar) angeschaut werden b) Warum steigt ITS-Belegung in Bremen an, obwohl die Inzidenz seit einigen Wochen rückläufig ist? Ergebnis: Faktoren, die möglichweise eine Rolle spielen könnten, sind die Anzahl betreibbarer ITS Betten, der Impfstatus der Fälle, der Wohnort (möglicherweise nicht aus Bremen) und Unterschiede in der Inzidenz Bremen/Bremerhaven ***ToDo 1:*** 1. *Bitte mögliche Einflussfaktoren für den Anstieg der ITS-Belegung in Bremen darstellen, vor allem: 1. Anzahl betreibbarer ITS-Betten, 2. PLZ der ITS-Patienten (Aufschlüsselung nach Bremen, Bremerhaven, andere BL) und 3. Impfstatus der ITS-Patienten (Fischer)*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung** nicht berichtet	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Themenseite zur Auffrischungsimpfung fast fertig Plakate zur Grippeschutzimpfung um Hinweise zur Corona-Impfung ergänzt In Vorbereitung: Pixi Buch zum Thema Impfung **Presse** Bitte um Einordnung der steigenden Fallzahlen im Wochenbericht (Begleit-Tweet mit Hinweis auf AHA-L + Impfung wird erstellt) Vermehrte Anfragen zur Festlegung einer Inzidenz, mit deren Überschreitung mit einer Überlastung der ITS-Belegung zu rechnen ist – Antwort des Krisenstabs: Keine Angabe möglich! Begründung: Die Korrelation der ITS-Auslastung mit den Fallzahlen ist dynamisch und ändert sich in Anhängigkeit von verschiedenen Faktoren, u.a. Impfstatus und Altersgruppe der Erkrankten. Zudem spielen regionale Aspekte eine zentrale Rolle, wie z.B. Anzahl betreibbarer ITS Betten, Impfquote. Es gibt einen groben Orientierungswert im Control-COVID Papier. Ziel der Pandemiebewältigung ist zusätzlich zur Verhinderung einer Überlastung auch die Verhinderung von schweren Verläufen. **P1** Beitrag zur Erklärung der Diskrepanz der Impfquote aus der COVIMO Studie im Vergleich zum Monitoring Werbung für Datenspende 2.0 Insta: 2G/3G **ToDo 2:** 1. *Einordnung der steigenden Fallzahlen im Wochenbericht (Lagezentrum)* 2. *Tweet zum Wochenbericht über die erwartungsgemäß steigenden Fallzahlen und den Hinweis auf AHA-L + Impfung (Wenchel)* 3. *Beitrag zur Erklärung der Diskrepanz der Impfquote aus der COVIMO Studie im Vergleich zum Monitoring mit Abt. 3 und Präs. abstimmen und Endversion Präs. vor der Veröffentlichung vorlegen (P1)*	BZgA Benser Wenchel P1

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Wegfall der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zum 25. November Diskussion hinsichtlich der damit verbundenen Änderungen, z.B. von Verordnungen, Vergütung der Sequenzierung. Es wurde darauf hingewiesen, dass Verordnungen (DIVI, Test-, Impf-, Surveillance) wahrscheinlich noch ein Jahr nach Ablauf der Lage ihre Gültigkeit behalten. Außerdem sei wohl eine Entkoppelung von IfSG 28a von der epidemischen Lage geplant. Alle sollen prüfen, ob ihre Aufgaben von der Beendigung der Lage betroffen sind. Es soll eine Liste mit betroffenen Aufgaben erstellt werden und durch Herrn Mehlitz juristisch geprüft werden. Keine Stellungnahme des RKI zur Beendigung der epidemischen Lage, da es sich hierbei um eine politische Entscheidung handelt. Nur fachliche Einschätzung, dass AHA-L + Impfung weiterhin notwendig. ! Entlassmanagement Es wurde diskutiert, ob eine Überarbeitung doch notwendig sei, da Finanzierung der PCR Testung nicht gesichert ist. Es wurde beschlossen, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Änderung vorgenommen wird. Eine Wiedervorlage ist jederzeit möglich und soll vor allem dann vorgenommen werden, wenn Daten zur Viruskinetik der Deltavariante vorliegen. ***ToDo 3*** *Bitte eigene Aufgaben hinsichtlich der Abhängigkeit zur epidemischen Lage prüfen und wenn davon betroffen, Herrn Mehlitz informieren und zur juristischen Prüfung weiterleiten. (Alle Mitglieder im Krisenstab + Herr Mehlitz)* **RKI-intern** Bericht zu Serologische Studien Krisenstab soll über die Ergebnisse von laufenden serologischen Studien informiert werden. Es wurde von Frau Scheidt-Nave darauf hingewiesen, dass am Ende des Monats ein Webinar zu diesem Thema stattfindet. Einladungen seien rumgeschickt worden. ToDo 4 a) Aktuellen wöchentlichen Bericht zu Studien an Krisenstabsverteiler schicken (Scheidt-Nave) b) Am kommenden Mittwoch (27.10.2021) die wichtigsten Studien und deren Ergebnisse dem Krisenstab vorstellen (Scheidt-Nave, Neuhauser)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** nicht berichtet	Alle

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* nicht berichtet **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 22.20.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:25 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Wochentag, 22.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffcyk
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Agata Mikolajewska
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Martin Dietrich
- ! Weitere
  - Joachim-Martin Mehrlitz
  - Nadine Litzba

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 21.10.2021 Fälle: 241.886.635 (+0,35% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 4.919.755 (CFR: 2,03%) Anzahl Fälle global rückgängig, in allen Regionen rückläufig bis auf Europa (+7%) Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in Europa (+4%) Andere Berichte: Neue Mutante der Delta Variante, heute Veröffentlichung bei Public Health England. Der Einfluss der neuen Variante auf das Infektionsgeschehen wurde untersucht. Ein maßgeblicher Einfluss anderer Faktoren (z.B. Freedom Day und Wegfall infektionsepidemiologischer Maßnahmen, sowie eine niedrige Impfquote unter Kindern und Jugendlichen= Epidemiologie von COVID-19 bei Kindern Internationaler Vergleich des Anteils der positiv getesteten Personen innerhalb einer Altersgruppe (AG) Starker Anstieg der COVID-19 Fallzahlen in UK in der AG <15 Jahre Im Vergleich niedrige Impfquote bei Kindern und Jugendlichen Fazit: Kinder und Jugendliche sollte weiterhin geimpft werden, sonst kann sich eine ähnliche Situation wie in England entwickeln. Weiterhin sollten weitere nicht-pharmakologische Schutzmaßnahmen (NPI) berücksichtig du genutzt werden. **Diskussion:** Die national umgesetzte Teststrategie sowie NPI sollten berücksichtigt werden, da der Fokus im Vergleich auf der Testung und der Transmission von SARS-CoV-2 liegt. Bei dem sogenannten Freedom Day in UK wurden die meisten Restriktionen und NPI aufgelöst. Da die Impfung einen geringeren Einfluss auf die Transmission des Erregers hat ist beim Wegfallen der NPIs ein Anstieg der Infektionszahlen zu erwarten. Eine Empfehlung der Impfung allein ist daher zu kurz gegriffen. Am Beispiel UK zeigt sich wie sich Infektionen im Setting Schule verbreiten, wenn keine NPI mehr etabliert sind. Die skann auch als Impuls für Deutschland genutzt werden, um auf die Relevanz von NPI aber auch Impfungen in diesem Setting und v.a. bei Kindern und Jugendlichen hinzuweisen. Auch die Impfung von erwachsenen mit Kontakt zu diesem Setting trägt zu einem Schutz aller bei.	ZIG1

	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.437.280 (+19.572), davon 94.991 (+116) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 95,1/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.379.610 (69,0%), mit vollständiger Impfung 54.896.523 (66,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Seit dem 19.10. steiler Anstieg Thüringen am stärksten betroffen, mit einem weiterhin steigenden Trend Lediglich in Bremen sinkender Trend Bundesweiter Anstieg der Fallzahlen Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz Bei der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz (HI) ist wieder ein Anstieg auf 4/100.000 EW zu beobachten. Die hohe HI ist vermehrt bei den 80+ zu beobachten Mortalitätssurveillance Keine deutliche Übersterblichkeit In der europaweiten Mortalitätssurveillance zeigt sich eine Untersterblichkeit in der AG 0-14 zu Beginn des Jahres. Jetzt ist diese aber höher als im Jahr 2020 In AG 65+ Mort. höher als 2020 **Diskussion:** Bei der Darstellung aus dem EURO-MOMO-Bericht zur Übersterblichkeit wird eine unklare Baseline angegeben. Die Baseline entspricht der erwarteten Sterblichkeit den entsprechenden Zeitraum, es bleibt aber unklar wie es zu der beschriebenen Untersterblichkeit kam. Die Darstellung zeigt weiterhin die hohen Krankheitslast akuter saisonaler Atemwegsinfektionen bei Kindern und Jugendlichen in einem „normalen“ Jahr im Vergleich zu einem Jahr mit Lockdown und anderen NPI. Eine Weiterführung einiger Maßnahmen (z.B. Lüftungsregime) wäre wünschenswert, sodass auch in Zukunft vermehrt Fälle in dieser AG verhindert werden können. Eine Empfehlung zur Influenzaimpfung für Kinder (quasi als Grundimmunisierung mit Lebendimpfstoffen und nicht dann jedes Jahr) wäre ein interessantes Thema für die STIKO nach der Pandemie.	FG32
2	**Internationales** Delegation aus Montenegro in Berlin 2 Anfragen BMG Anfrage zur Unterstützung in Rumänien – wurde abgelehnt Anfrage aus Papua-Neuguinea – wird noch geprüft In Namibia werden die etablierten Labore in Betrieb genommen und es gibt dazu eine begleitende Mission	ZIG

3	**Update digitale Projekte** Folien hier CWA >35 Mio. Downloads | >560.000 geteilte positive Ergebnisse CWA Version 2.12. (ab 20.10.21) Tage-Inzidenz der Hospitalisierung Zahl der COVID-Erkrankten auf Intensivstationen universeller QR-Code-Scanner Interaktives Dashboard (Downloads, Tests, Warnungen usw.) CovPass-App >22 Mio. Downloads CovPass-App V. 1.10 (ab 16.10.21) Version 1.10 veröffentlicht: u.a. ScreenReader-Anwendung, Taschenlampenfunktion integriert Digitale Einreiseanmeldung > 50.000 Anmeldungen pro Tag > 15,4 Mio. Anmeldungen seit 11/2020 Entwicklung: zusätzliche Informationen für Reisende, dass die Ausweisung als Risikogebiet sich kurzfristig ändern kann Optimierung GA-Portal **Diskussion:** Die langfristige Perspektive digitaler Projekte wird diskutiert und mit Abt. 3 abgestimmt werden. Dazu gibt es in der kommenden Woche am Freitag ein Update.	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** nicht berichtet	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Entwicklung einer Kampagne um die Empfehlungen zu Auffrischungsimpfungen zu kommunizieren. Die Kommunikation wird mit der Kommunikation zur Grippeschutzimpfung kombiniert. Ein Erlass aus dem BMG zu Long-COVID erfordert, dass das Informationsangebot bzgl. dieses Themas ausgebaut werden soll. Relevante Akteure sollen gebündelt präsentiert werden. **Presse** nicht berichtet **P1** Grafik Impfdurchbrüche hier Grafikentwurf am Vorbild der Financial Times soll konzipiert	BZgA n.A. Presse P1

	werden. Möglichst einfache Darstellung muss noch diskutiert werden. **Diskussion:** Eine proaktive Kommunikation zur Impfung von schwangeren soll entwickelt werden. Schwere Verläufe dieser Population können duch eine vollständige Impfung zum großen teil verhindert werden. ***ToDo:*** *Entwurf zur weiteren Kommunikation der Impfempfehlung bei Schwangeren soll kommenden Freitag vorgestellt werden.*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Eine Strategie zum Umgang mit der Wahrnehmung in der Bevölkerung, dass Deutschland die Pandemie nicht gut bewältigt hätte und das RKI zum Teil dafür verantwortlich sei, soll entwickelt werden. Eine Aufarbeitung der Bewältigung der Pandemie mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) aufgrund eines Widerspruchs von Herrn Seehofer nicht weiterverfolgt. Ein kleineres Projekt im Rahmen einer Masterarbeit soll durchgeführt werden. Der Hinweis auf die erbrachten Leistungen und guten Outcomes ist angebracht, jedoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass bei besseren personellen Ressourcen auch bessre Outcomes hätten erreicht werden können, also die Performance mit mehr Personal besser sein könnte. Es gibt bereits viele Publikationen die unterschiedlichen Gesundheits-Outcomes in unterschiedlichen Ländern miteinander vergleichen. Dies könnte durch ein Systematic Review vertieft betrachtetet werden. Auch wären verschiedene Studiendesigns denkbar, die erklärend zeigen welchen Einfluss unterschiedlichen Maßnahmen während der Pandemie hatten. Wichtig ist es geeignete Parameter zu wählen, die auch den Umgang mit der Pandemie deutlich machen. Viele Faktoren bestimmen der Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen oder der Reaktion auf eine Krisenlage. Es muss daher genau kommuniziert werden, was untersucht wird und welche Botschaft gesendet werden soll. Unterschiedliche Kommunikationswege sind denkbar, z.B. Twitter, Epid. Bull. ***ToDo:*** *Projekte und Strategien entwickeln um zu kommunizieren, dass D in der Pandemie nicht versagt hat, z.B. internationaler Vergleich von Outcomes durch ein Systematic Review. Abt. 2 + Abt. 3 + ZIG* **RKI-intern** Mit dem Ende der epidemischen Lage nationaler Tragweite enden einige gesetzliche Regelungen und Verordnungen.	Alle Herr Mehlitz

	Relevante Änderungen wurden identifiziert und eine entsprechende Reaktion auf diese soll geplant werden. Teilweise kann das Ende einiger Verordnungen auch zu einer Arbeitsentlastung im Haus führen, daher sollte genau geprüft werden, wie damit umgegangen wird. Eine nicht notwendige Weiterführung nicht notwendiger Tätigkeiten ist kritisch zu betrachten. In einem Gespräch mit dem BMG soll geprüft werden wie auf die kommenden Änderungen reagiert werden soll. Nicht alle Verordnungen enden sofort, sondern sind noch ein Jahr weiterhin bestehend. Auch können die BL je nach infektionsepidemiologischer Lage selbst wieder Verordnungen in Kraft setzen. ***ToDo:*** *Herr Mehlitz soll eine Mail vorbereiten in der auf die kommenden Änderungen sowie mögliche Herausforderungen für das RKI hingewiesen wird, sodass ein Termin zur Besprechung mit dem BMG vereinbart werden kann.*	
7	**Dokumente** nicht berichtet	Alle
8	**Update Impfen** Kommende Woche findet eine Jubiläums STIKO Sitzung statt Thema: Myokarditiden nach einer Impfung mit Moderna, mögliche Einschränkungen des Gebrauchs in Deutschland	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 665 Proben, von denen 571 vollständig untersucht sind, davon: 10 SARS-CoV-2 178 Rhinovirus 45 Parainfluenzavirus 58 saisonale (endemische) Coronaviren 9 Metapneumovirus 2 Influenzavirus (H3N2) 187 RSV ~~Rest noch nicht ausgewertet~~ **ZBS1** 93 Proben mit 50 positiven Proben (ca. 54%) aus einem Gesundheitsamt und Studienproben Unterstützung bei einem WHO Projekt in Papua-Neuguinea im Februar	FG17 ZBS1 (Michel)

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Infografik zum Einsatz von Monoklonale Antikörper ist nun online gestellt Web-Seminar mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen zum Einsatz von monoklonalen Antikörpern. Die Aktivitäten des RKI wurden hier vorgestellt Weitere Dokumente werden aktualisiert Publikation für Deutsches Ärzteblatt zu Therapieempfehlungen wird eingereicht Viele Meldungen zu schweren Verläufen bei Schwangeren mit COVID-19 (nicht systematisch erfasst). Relevante Empfehlungen sollen angepasst werden.	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** Weiterhin schlechte personelle Besetzung für das LZ Doppelschichten müssen teilweise gemacht werde ***ToDo:*** *Schrieben für MA mit Aufruf zur Mitarbeit im LZ an Herrn Schaade senden und dann im Haus teilen.*	FG38
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:56 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 27.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther Maria Antao
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Barbara Biere
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG25
  - Hannelore Neuhauser
- FG32
  - Michaela Diercke
- FG33
  - Thomas Harder
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Ruth Offergeld
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- FG37
  - Muna Abu Sin
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Ines Lein
- Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- BZgA
  - Jasmin Benser

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 4.506.415 (+11.900) Fälle, davon 95.359 (+114) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz 118,0/100.000 EW ○ Hospitalisierungsinzidenz: 3,07/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 6,57/100.000 EW ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.562.198 (69,2%), mit vollständiger Impfung 55.191.607 (66,4%) ○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer ▪ Steiler Anstieg der Gesamtinzidenz von 70 auf >100/100.000 EW ▪ TH, SN, BY > 200/100.000 EW ▪ Kein Anstieg in SL und SH, in NW jetzt Plateau nach vorherigem Anstieg ○ Nowcasting und 7-Tage-Tage-R-Wert ▪ R weiterhin >1, der steile Anstieg setzt sich derzeit nicht fort ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Starker Anstieg in BW, BY, SN, TH ▪ Nur noch <40 LK mit Inzidenz <50/100.000 ▪ Höchste Inzidenz im LK Mühldorf: > 550/100.000 ▪ Keine Daten aus LK Parchim (Cyberangriff) ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche ▪ Anstieg in allen Altersgruppen, am stärksten bei 5-9 und 10-14Jährigen ▪ 40-44Jährige: >150/100.000 ▪ >90Jährige: Steigerung in KW 41 von 78 auf 118/100.000	FG32 Diercke Abt.3 Hamouda

	○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Anteil der LK mit Inzidenzen > 500 hat sich deutlich erweitert, besonders bei 10-19Jährigen	FG 37 Abu Sin
	! **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl der meldenden Labore hat abgenommen 10% Rückgang i. Vgl. zu KW 37 ▪ Leichter Anstieg der Testanzahl, deutlicher Anstieg des Positivenanteils auf knapp 11% ▪ Positivenanteile in SN und TH am deutlichsten gestiegen ○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten stabil ▪ Auslastung in TH auf ca. 90% gestiegen ▪ In allen anderen BL unter 50%, steigende Tendenz ○ Positivenanteile auf Laborebene (bundesweit) ▪ Heterogenes Bild mit bemerkenswert großer Streuung zwischen 0% und 30%, (Ausreißer > 50%), überwiegend zwischen 5% und 15%	
	ARS-Daten (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Anzahl der Testungen stabil, starker Anstieg in TH ▪ Positivenanteil gestiegen (knapp 10%) ▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021 auf Bundesland-Ebene: TH Anstieg HE etwa gleich, NW Rückgang ▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021: deutlicher Anstieg TH, ST, BB, BY, BW Anstiege in den letzten 2 Wochen ○ Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Bundesländern (mit ausreichenden Angaben)	FG 17 Kröger

	▪ 5-14Jährige mit höchstem Positivenanteil in den meisten Bundesländern ▪ In NRW steiler Einbruch der Testzahlen bei 5-14Jährigen ○ Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort und Altersgruppen ▪ Im Jahresvergleich 20/21: zögerlicher Anstieg aber vergleichsweise weniger als 2020 in Arztpraxen, stabile Testanzahl in Krankenhäusern, deutlicher Rückgang an anderen Testorten ▪ Im Jahresvergleich 20/21: Zunahme der Testanzahl bei 0-4Jährigen, deutliche Abnahme in den mittleren Altersgruppen, deutlicher Rückgang seit 2 Wochen bei den 5-14Jährigen, 60-69Jährige etwas unter den Vorjahreswerten, geringere Unterschiede in den hohen Altersgruppen ▪ Testorte sind bei den 0-4 und 5-14Jährigen überwiegend Arztpraxen, bei den 60-79 und >80Jährigen überwiegend Krankenhäuser ▪ Positivenanteile: starker Anstieg in Arztpraxen und an anderen Testorten, gering auch in Krankenhäusern ▪ Starke Zunahme des Positivenanteils bei 5-14Jährigen (bei gleichzeitigem Rückgang der Testanzahl) ○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Behandlungseinrichtungen ▪ Ausbrüche in med. Einrichtungen KW 42: 78 (Vorwoche 55) ▪ Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: 122 (Vorwoche 78) ! **VOC/Delta-Variante** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen ▪ Bei Genomsequenzierung liegt der B.1.617.2 (Delta)-Anteil bei 100 %, in IfSG-Daten bei 99,7, in der RKI Testzahlerfassung ist ein Gap von 5% sichtbar, den fehlenden Daten wird nachgegangen ▪ Keine Nachweise von VOI ▪ Interessenfokus richtet sich derzeit auf AY.4.2 (auch großes Medieninteresse) mit 0,8% Nachweisen in der letzten Woche, und AY.33 (mit und ohne E484K	FG 37 Buda

	Mutation) mit 2,3% Nachweisen (50-60 Nachweise mit E484K) ▪ Charakteristische Mutation AY.4.2: Y145H+A222V, 315 Nachweise in AY.4.2, 82 Nachweise in B.1.617.2 (Delta) ▪ AY.4.2: bei gleicher Impfquote Altersmedian (31 vs. 35), Hospitalisierungen (6,2% vs. 10%) und Verstorbenenanteil (0,56% vs. 3,19%) höher, (CAVE geringe Fallzahl!) ▪ Geografische Verteilung: keine spezifische Region erkennbar ▪ International: derzeit keine Hinweise auf unterschiedliches Outcome ▪ Anteil Genomsequenzierung: leichter Rückgang nachgewiesen	FG17 Biere
	! **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ GrippeWeb ▪ ARE-Rate i. Vgl. zur Vorwoche gesunken, Kurve wird hauptsächlich durch Kinder getragen ▪ Anstieg bei den 0-4Jährigen, Rückgang bei Schulkindern, Rückgang bei mittleren Altersgruppen Ältere Altersgruppen in allen Altersgruppen ▪ Gesamt-ARE-Rate liegt in der 42. KW im Bereich der Vorjahre ○ ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz im Vgl. zur Vorwoche leicht gesunken (bei 60% Feriendichte) ▪ Betrifft alle BL außer HE, RP, SL ▪ Anstieg in NW, RP und SL bei den 0-5Jährigen ▪ Anstieg in SL und RP bei den 5-14Jährigen in ▪ 1,4 Mio/100.000 EW (= 1,1 Mio Besuche) in KW 42 ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen (außer 15-34) stark gestiegen, insgesamt deutlich über der Vorjahresniveau	MF 4 Fischer

	▪ Weiterhin sehr hohes Niveau bei 0-4Järigen (73% RSV) ▪ 5-14 und 15-34Jährige etwa auf Vorjahresniveau, starker Anstieg bei >35Jährigen durch hohen COVID-19- Anteil ▪ Anteil der SARI-COVID-Fälle insgesamt gestiegen ▪ Anteil COVID-19 an SARI 23% (KW 41: 17%) ▪ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 44% (KW 41: 39%) ▪ Jahresvergleich 20/21: Anstieg in allen älteren Altersgruppen verläuft etwa auf Vorjahresniveau, aber eine Woche früher, gleiche Entwicklung bei COVID-SARI-Fällen auf ICU für 35-59Jährige, jüngere Altersgruppen spielen bei den COVOD-19-Diagnosen eine ganz geringe Rolle	Alle
	○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen ▪ Weniger i. Vgl. zu 2. und 3. Welle (bei 60% Feriendichte) ▪ Kindergartenausbrüche: 190 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen (BY 26, BW 36) ▪ Ausbruchsgröße: MW 5 Fälle Median 3 Fälle ▪ 18 Ausbrüche mit ≥10 Fällen ▪ Schulausbrüche: 768 Ausbrüche, davon 189 in BW, 116 in TH ▪ 77% aller Ausbruchsfälle bei 6-14Jährigen ▪ Ausbruchsgröße: MW 3 Fälle, Median 5 Fälle ▪ 84 Ausbrüche mit ≥10 Fällen (bis zu 73 Fällen) ▪	*Fischer* *Fischer*
	! **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ 201 Einsendungen aus 45 (-12) Praxen in 13 BL ○ Positivenrate 63% ○ 50% der Proben von <15Jährigen ○ 2 Sars-CoV-2 Nachweise, mit 2 % etwa gleichbleibend ○ 1 Influenza A -Nachweis, konnte noch nicht typisiert	Hamouda

	werden ○ Rhinoviren: stark verbreitet ○ PIF: leichter Anstieg durch PIF 3 Nachweise, insgesamt PIF4 > PIF3, Rückgang, RSV und HRV Rückgang ○ Endemische Coronaviren: Seitwärtsbewegung bei OC43 und 229E, andere spielen keine Rolle	
	! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) ○ COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 1762 Behandelte ! starker Anstieg +282 Fälle ▪ Neuaufnahmen +821 in 7 Tagen (Vorwoche +600) ○ Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene ▪ Nord-West: Rückgang HB (kleine Fallzahlen), Anstieg HH, Plateau NIS, SH, Nord-Ost: Anstieg BB, ST, Mitte: Anstieg in SN, TH, HE, Süd: Anstieg BY, BW, Plateau RP SL ▪ 2 BL < 3% (Basisstufe), 14 BL > 3%: ○ Altersstruktur ▪ 60% der ITS-Fälle sind > 60Jährige ▪ Verschiebung hin zu älteren Altersgruppen, ▪ Absolute Zahlen: Zunahme bei den 60-69, 70-79 und +80Jährigen, auch 50-59Jährige nehmen zu, andere Altersgruppen halten ihr Plateau ▪ Todesraten spiegeln dieses Bild ○ Personal-Raum- und High-Care-Verfügbarkeitseinschränkungen ▪ Personal und Raumeinschränkungen folgen der COVID-Kurve, durch Personalwegfall fast 10% Kapazitätsreduktion i. Vgl. zum Vorjahr ▪ Starke Zunahme der Nicht-Verfügbarkeit im High-Care- Bereich ○ Beatmung/ECMO Belegung und Kapazitäten ▪ Anstieg der Belegung und Rückgang der Kapazitäten	*Abt 3 /FG 32 Diercke* Wieler *Bremer/Lagebericht* *Presse/ Wenchel*

	in beiden Bereichen ▪ Anteil von COVID-Fällen „drückt“ die Gesamtbelastung nach oben ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen ▪ Starker Anstieg für Osten, Süden und Süd-Westen ▪ Moderater Anstieg für Westen ! **Diskussion** ○ Frage: Wie viele Ausbrüche bestehen aus mehr als zwei Fällen? ○ Antwort: Ab zwei Fällen wird ein Ausbruch registriert, Median bzw. MW liegen bei KiTa- und Schulausbrüchen zwischen 3 und 5 ○ Frage: Was kann man zum Absinken der Anzahl der Todesfälle auf ITS von 2. auf 3. Welle aussagen und zum derzeitigen Anstieg? (Im Hinblick auf die Debatte, dass die ITS-Belegung als Maß für die Belastung von politischer Seite eingefordert wird). Ist der Anteil der Todesfälle durch verbesserte Therapie gesunken? ○ Antwort (Fischer): Anstieg der Anzahl der Verstorbenen auf IST in den letzten Wochen zu beobachten (zwischen 30 und 45 Todesfälle/Tag) es gibt jedoch keine Aussage dazu, in welche Behandlungskategorie diese fielen. Daten zu Therapieintensität und Versterben sind nicht verlinkt) ***ToDo 1:*** *Nachfrage durch M. Fischer bei DIVI-Register und Rückmeldung* ○ Frage: Warum unterscheidet sich die Zahl der Ausbrüche im KITA- Bereich so deutlich von den Schulen? ○ Antwort: Bisher aus den Daten ableitbare Hypothesen: Informationen zur Umsetzung von Maßnahmen liegen für KITAs vor (für Schulen weniger). Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen ist in Schulen wohl eher rückläufig (AHA+L), im KITA-Bereich gut, ein Zusammenhang mit den Fallzahlen kann hier abgeleitet werden. Betreuer im KITA-Bereich wurden von Impfkampagnen besser erreicht, es ist bekannt, dass die Infektionszahlen der Kinder mit steigender Impfquote der Betreuenden sinken. Übertragungsdynamik und Suszeptibilität: Jüngere Kinder sind sehr selten Indexperson, sie infizieren sich in der Familie. Bei den 10-19Jährigen sind jedoch 39%, bei den	*BzGA*

>25Jährigen 50% Indexpersonen.

KITA-Kinder halten sich zudem deutlich mehr im Freien auf.

In den meisten BL gibt es keine Testpflicht für KITA-Kinder, dies könnte zu einer Untererfassung führen

- Frage: Heatmap und Jahresvergleich der COVID-SARI-Fälle zeigen eindrücklich die derzeitige Entwicklung. Zeigt sich in Hotspot-Gebieten (Inzidenzen >500/100.000 EW) eine unmittelbare Assoziation von Inzidenz und Belastung der Kliniken?
- Antwort (Folien zur geografischen Verteilung der Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen): In SN, TH, BY und BW ist die 7-Tage-Inzidenz in den höheren Altersgruppen am höchsten. Auch bei den Hospitalisierungsinzidenzen liegen BY und TH an der Spitze. In Landkreisen in BY mit den höchsten 7-Tage-Inzidenzen liegt die Hospitalisierungsinzidenz zwischen 10 und 20.
- Vorschlag: Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen)

ToDo 2: *Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen)*

Angebot von Michaela Diercke: Altersstratifizierte Darstellung der Anteile Hospitalisierter, der Anteile schwerer Verlaufsformen und der Anteile der Verstorbenen (Rückgang schwerer Verlaufsformen durch die Impfung) Vorstellung in der nächsten Krisenstabssitzung (Fr 29.10.2021)

- Vorschlag: Mehr auf die Problematik der Älteren mit erhöhtem Risiko für Hospitalisierung, schweren Verlauf und Tod fokussieren.
- Wie wirkt die Impfung? 2020 waren all >60Jährigen sehr vorsichtig. Jetzt infizieren sich zwar weniger Personen, diese, weil älter, haben ggf. mehr Risiko für einen schweren Verlauf. Kann die Impfung kompensieren, dass unsere Empfehlungen nicht mehr gelebt werden?
- Hinweis: Nächste Woche findet die letzte BPK Spahn/Wieler statt, letzte Gelegenheit, relevante Botschaften zu vermitteln. Von politischer Seite soll die Boosterimpfung beworben werden. Das Herausarbeiten von Risikogruppen eignet sich thematisch für die BPK:

	○ Es ist bekannt, dass auch bei Geimpften mit steigendem Alter das Risiko für schwere Verläufe steigt ○ Ungebremste Infektionsausbreitung in jüngeren Altersgruppen erhöht den Infektionsdruck (Exposition) auf Ältere und dringt auch in geschützte Bereiche (KH, Pflegeheime) ein, die Gruppe der Suszeptiblen ist nach wie vor groß. ○ Diese Informationen sollen auch im Wochenbericht berücksichtigt werden. ***ToDo 3:*** *Diese Information soll bereits morgen, Do 28.10.2021 in den Wochenbericht aufgenommen (und im Rahmen der BPK verstärkt) werden: Umformulierung im Abschnitt „Einschätzung der Lage“: „..sprunghafter Anstieg in den höheren Altersgruppen.“, sowie Empfehlung, Kontakte zu reduzieren, die Boosterimpfung in Anspruch zu nehmen und auf einen vollständigen Impfschutz zu achten.* ***ToDo 4:*** *Botschaft soll im begleitenden Tweet aufgegriffen werden* ○ Wie ist die Impfeffektivität nach Impfung AstraZeneca? ○ Antwort: Effektivität wurde nach Impfstoffen ausgewertet., Effektivität bei AstraZeneca etwas geringer, aber kein bedrohliches Waning zu beobachten. In der Gruppe der 10-15% Personen ohne Impfwirkung finden sich vermutlich höher suszeptible Personen und Personen, die die dritte Impfung noch nicht erhalten haben. ○ Frage an BzGA: Ist eine Kampagne für die dritte Impfung/Boosterimpfung geplant? ○ Frage kann nicht beantwortet werden. **ToDo 5** : *Bitte an BzGA, diesbezügliche Informationen in der Krisenstabssitzung am Freitag, 29.10.2021 zu teilen* ○ Vorantreiben der Impfung ist wichtig, aber das mit dem steigenden Alter (damit einhergehend häufigeren Vorerkrankungen) zunehmende relative Risiko bleibt bestehen, deshalb sollten die Infektionszahlen niedrig gehalten werden. Sonst kommt es zu Todesfällen, die durch	

	geringere Exposition vermeidbar wären.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Abstimmung und ad hoc Verabschiedung einer an die aktuelle Entwicklung angepassten Risikobewertung (Dokument hier) ○ Folgender Passus wird verabschiedet: Die 7-Tage-Inzidenzen steigen derzeit in allen Altersgruppen an. Die Fallzahlen sind höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Ein erneuter weiterer Anstieg der Infektionszahlen ist zu erwarten. Gründe dafür sind unter anderem die noch immer große Zahl ungeimpfter Personen, mehr Kontakte in Innenräumen. Die Zahl der Todesfälle zeigt eine steigenderTendenz. Die Zahl schwerer Erkrankungen an COVID-19, die im Krankenhaus evtl. auch intensivmedizinisch behandelt werden müssen, steigt ebenfalls wieder an. Es lassen sich nicht alle Infektionsketten nachvollziehen, Ausbrüche treten in vielen verschiedenen Umfeldern auf. Das Virus verbreitet sich überall dort, wo Menschen zusammenkommen, insbesondere in geschlossenen Räumen. Häufungen werden oft in Privathaushalten und in der Freizeit (z.B. im Zusammenhang mit Reisen) dokumentiert, Übertragungen und Ausbrüche finden aber auch in anderen Zusammenhängen statt, z.B. im Arbeitsumfeld, in Schulen, bei Tanz- und Gesangsveranstaltungen und anderen Feiern, besonders auch bei Großveranstaltungen und in Innenräumen. COVID-19-bedingten Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern treten wieder zunehmend auf. Davon sind auch geimpfte Personen betroffen. *Keine Zirkulation, Freigabe des aktualisierten Dokuments durch Herrn Schaade*	FG 38 Rexroth Alle *Rexroth/ Schaade*
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kein Beitrag **Presse** ! Botschaft Twitter für Donnerstag ist bereits geklärt ! BPK nächste Woche wurde bereits besprochen	BZgA Benzer Presse Wenchel P1 Lein

	P1 ! Angepasste Illustration zu Impfdurchbrüchen (Quelle: Financial Times) wird spätestens Anfang nächster Woche fertiggestellt	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Neue Koalition berät gegenwärtig zu einer Übergangslösung, die bis Ende März andauern soll, bezgl. der Aufhebung der epidemischen Lage, Details sind noch nicht bekannt ! Outcome Indikatoren: D im Vergleich zu anderen Ländern ○ In welcher Form, mit welcher Tiefe und mit welchem Zeithorizont soll die geplante Publikation verfasst werden? ○ Es soll zweigleisig verfahren werden ○ Zeithorizont 1,5 Wochen: Artikel im EpiBull (kein syst. Review), wenige Indikatoren, positive Kernaussage soll einen Kontrapunkt setzten zum Narrativ, dass in D viele Fehler gemacht wurden und das RKI dabei eine große Rolle gespielt hat ○ Vertiefte Analyse/systematischer Review soll zum Frühjahr 2021 angestrebt werden ○ Angedachte Folien brauchen nicht erarbeitet zu werden ! Hinweis Rexroth: Auch im gemeinsamen Krisenstab von BMI und BMG war die epidemische Lage von nationaler Tragweite Thema ○ Die anderen Ressorts äußern Verunsicherung angesichts der steigenden Fallzahlen. Es besteht Zurückhaltung gegenüber Aktivitäten, da die Leitung fehlt (z.B. Strafverfolgung von Impfzertifikatfälschung) ○ Kampagne zur Boosterimpfung ab 10.11. setzt zu spät an, es gibt Überlegungen, Druck/Zwang auszuüben ○ Nowcasting zur Hospitalisierung wurde rezipiert, Missverständnisse traten auf, Fehlinterpretationen als Indikator für die Belastung des Gesundheitswesens konnten gemeinsam mit Herrn Rottmann geklärt werden, die Schwierigkeit des Meldeverzugs der Hospitalisierungsdaten wurde verstanden ○ Zwangsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen, weil	Alle Schaade Jung-Sendzik Rexroth Hamouda Schaade

	bestimmte Dinge nicht funktionieren ist bemerkenswert, Der Übergang vom politischen Vakuum zur neuen Regierung gelingt hoffentlich rasch ○ Auch bezüglich der Meldepflichten von Krankenhäusern wird Druck von Seiten des RKI erwartet, dies ist nicht möglich, hier sind die Landes- und regionalen Gesundheitsbehörden zuständig. Dies wäre zumindest bei großen Kliniken sinnvoll ! Derzeit wird geprüft, ob das Nowcasting für die Hospitalisierungsinzidenz besser dargestellt und in den Trendbericht aufgenommen werden kann. Auch eine Darstellung auf Länderebene ist denkbar ○ Insgesamt könnten wesentlich mehr Daten präsentiert werden, die kont. Aktualisierung würde jedoch mehr Personal voraussetzen ! Hinweis: Die Ampelkoalition hat ein Eckpunktepapier zur Aufhebung der epidemischen Lage erarbeitet, in allen Fraktionen sind auch Juristen mit diesem Vorgang befasst ***ToDo 6**: Eckpunktepapier soll zirkuliert werden* **b) RKI-intern** ! Nicht besprochen	Wieler
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nicht besprochen	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG37
12	○ CoMoBu (RKI-SOEP-Studie): Datenerhebung für die 2. Runde im 4. Quartal 2021, erstmals unter Einbeziehung von Jugendlichen, vulnerablen Gruppen, Migranten, Geflüchtete, Impf- und Serostatus wird erhoben, umfangreicher Fragenkatalog zu Gesundheit, sozialen Unterschieden, Gesundheitsverhalten (insbes. i. Vgl. zu präpandemischer Zeit) Belastung und Folgen der	FG34 Offergeld FG 25 Neuhauser Neuhauser

	Pandemie, Impfbereitschaft, wahrgenommene Barrieren ○ Ergebnisse sind im April 2022 zu erwarten, aufwendige Auswertung, Datengewichtung ○ CORONA-MONITORING lokal 2021: Nachbefragung aller Teilnehmenden aus 2020 in 4 Orten (Kurz-Fragebogen zu Infektionen/Impfungen; Lang-Fragebogen zu Long-COVID-Beschwerden), erneute Blutprobe aller Teilnehmenden in Straubing bzw. aller sicher/mutmaßlich Seropositiven in den 3 übrigen Orten ELISAs auf S-AK und N-AK, IGRA auf T-Zell-Immunität ○ Derzeitiger Stand: Kurzbefragungen und Blutentnahmen in allen Orten abgeschlossen, Laboranalysen für letzten Ort Straubing werden in Kürze beendet, Long-COVID-Befragung hat begonnen, erste Datenauswertungen laufen ○ SeBluCo: 2022 ist eine erneute Stichprobe geplant (n=15.000), bisherige Ergebnisse: Bis November 2020 adjustierte Prävalenz <2%, dann stetiger Anstieg bis April (19,4% gesamt, 6,1% natürliche Infektionen), sehr gute Korrelation der natürlichen Infektionen mit repräsentativen Studien (MusPAD) ○ Blutspendende (18-59Jährige) waren Anfang 2021 weniger häufiger geimpft als allg. Bevölkerung (zu der Zeit noch Priorisierung), Sept. 2021: 87,6% AK-positiv (75-95%), davon N-positiv: 9,3% (vorläufig, 1.728/4.141 Proben untersucht) ! Diskussion ○ Seroprävalenz durch natürliche Infektionen ist erfreulich niedrig, das zeigt, dass die Maßnahmen wirksam gegen die Verbreitung der Infektion waren, diese Aussage könnte in den Bericht aufgenommen werden ○ Dunkelziffer: sollte eingeordnet werden, Faktor 2 ist eine sehr niedrige Untererfassung ***ToDo 7:*** *Bis nächste Woche Überlegungen zur Kommunikation der SeBluCo Studie, können die Daten zur Abschätzung der Impfquote herangezogen werden, wie ist der Bias einzuordnen etc.*	Offergeld

		Alle?
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Keine vermerkt	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:56 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 29.10.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Justus Benzler
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffczyk
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZBS2
  - Oliver Kaspari
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZIG1
  - Regina Singer
  - Romy Kerber
  - Carlos Correa-Martinez

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 28.10.2021 ○ Fälle: 244.897.472 (+3% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 4.970.435 Todesfälle (CFR: 2,03%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Global leicht zunehmender Trend 2. Reihenfolge unverändert 3. Stärkster zunehmender Trend in Ukraine und Deutschland 4. Höchste Inzidenz in Rumänien Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep 5. Leicht zunehmender Trend, Fallzahlen +4% 6. Auffällig vor allem Region Europa + 18%, Todesfälle +14% 7. Abnehmende Fallzahlen in allen anderen Regionen 8. Zunahme der Todesfälle in Region Asien 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 9. Keine große Veränderung im Vergleich zur letzten Woche 10. Amerikanischen und asiatischen Kontinent: leichter Rückgang 11. Höchste Inzidenzen in Europa 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa 12. In allen baltische Staaten Inzidenz > 500, höchste in Lettland 13. Neu ist die Inzidenz über 500 in Kroatien und Slowenien, auch in deren Nachbarländern Anstieg in Fallzahlen. Bewertung der Situation der Länder der EU/EEA durch ECDC 14. Bewertung anhand von Punktesystem mit 5 epidemiologischen Indikatoren 15. Sehr hoher Grad der Besorgnis in Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen 16. Nur noch Malta und Spanien werden in die geringste Stufe eingeordnet.	ZIG 1 (Singer) Oh FG32 (Diercke)

	Ist geplant, die Situation in UK (Seroprävalenz letzten Sommer in Bevölkerung bei 90%, Ende der Maßnahmen) in die strategische Planung für die Zeit nach dem Winter mit einzubeziehen? Strategische Positionierung? 17. Ziele sind nicht an Seroprävalenz gekoppelt, die gesamte epidemiologische Lage wird betrachtet. Es wurde kein Freedom Day im Frühjahr versprochen. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 18. SurvNet übermittelt: 4.559.120 (+24.668), davon 95.606 (+121) Todesfälle 19. 7-Tage-Inzidenz 139,2/100.000 Einw. 20. Hospitalisierungsinzidenz: 3,5/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 7,7/100.000 EW 21. Fälle auf ITS: 1.808 (+40) 22. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.609.928 (69,3%), mit vollständiger Impfung 55.276.225 (66,5%) 23. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. Thüringen, Sachsen und Bayern: sehr hohe Inzidenzen 2. In anderen BL kein vergleichbar steiler Anstieg, aber in allen BL steigende Tendenzen. 24. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. Karte färbt sich dunkler ein. 2. 4 LK mit Inzidenzen > 500 in Bayern: Mühldorf/Inn, Miesbach, Traunstein, Straubing 3. Nur noch wenige LK mit Inzidenz < 50 4. Ein LK kann zurzeit aus technischen Gründen keine Fälle übermitteln. 5. Im Wochenvergleich ist Anstieg deutlich sichtbar, starker Fokus auf Süden und Süd-Osten. 25. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht) 1. Deutlicher Anstieg zu erwarten, wenn man Meldeverzug berücksichtigt.	Buda

26. Sterbefallzahlen

    1. Weiterhin ähnliches Niveau wie 2017-2020, noch keine Übersterblichkeit.

27. Verlauf 7-Tage-Inzidenz und 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz

    1. In erster Welle wurden anteilig deutlich mehr Fälle hospitalisiert. Vermutlich aufgrund der geringen Testkapazität und einer besseren Erfassung der schweren Fälle im Meldesystem.

    2. In 2., 3.und 4. Welle dann ähnliches Testangebot.

28. Verhältnis Hospitalisierungsinzidenz zu 7-Tage-Inzidenz

    1. In 1.Welle Verhältnis Inzidenz zu Hospitalisierungsinzidenz deutlich höher, dann Rückgang.

    2. In Zeiten zwischen den Wellen steigt das Verhältnis wieder an. Vielleicht wegen großzügigeren KH-Einweisungen aufgrund von größeren Kapazitäten.

    3. Sehr stark von anderen Faktoren abhängig.

    4. Anteil ist immer noch hoch und noch nicht sehr stark zurückgegangen.

29. Verhältnis Inzidenz und Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen über den Pandemieverlauf

    1. Bei >80 Jährigen ist Verhältnis Inzidenz und Hospitalisierungsinzidenz gesunken, aber trotzdem noch sehr hoch. Der Anteil schwerer Verläufe ist bei Hochaltrigen immer noch höher als in anderen AG.

    2. In anderen AG werden nur ca. 10% aller Fälle hospitalisiert.

    3. Nächsten Mittwoch folgen noch andere Darstellungen.

30. Strategie und Kommunikation

    1. Notwendig der Bevölkerung zu vermitteln, dass das Risiko in höheren AG durch Impfung stark gesunken, aber trotzdem immer noch höher als in jüngeren AG ist.

    2. Auch Geimpfte tragen weiterhin zur Verbreitung bei. Die Einhaltung der Basismaßnahmen muss wieder stärker vermittelt werden.

	3. Die Verantwortung sollte nicht immer den Jungen zugeschoben werden. Auch die Alten haben eine Selbstverantwortung.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! WHO Generaldirektor verlängert PHEIC und zeitl. befristete Empfehlungen für 3 weitere Monate 31. Werden die Empfehlungen systematisch geprüft? 1. Von FG38, Maßnahmen vom BMG 32. Haben keinen bindenden gesetzlichen Charakter. Nicht alle Empfehlungen werden komplett umgesetzt.	FG38 (Rexroth)
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **Arbeit des Kommunikationsteams der CWA** (Folien hier) ○ Neues und komplexes Produkt, das beständig weiterentwickelt wird: Kontaktnachverfolgung, Testergebniserfassung und -benachrichtigung, Event Check-in, Impfnachweis ○ Ziel: Transparenz schaffen, Möglichkeit für Anfragen zu bieten ○ Kommunikation mit Bürgern, Beantwortung von Bürgeranfragen, hauptsächlich per Email, zum Teil auch Telefonate ○ Nutzung von Autoreply und Textbausteinen, aber mit persönlicher Anrede ○ Kontakt zu SAP und Telekom ○ Art der Anfragen 1. Bei Veröffentlichung (Juni-Juli 2020) in erster Linie Anfragen zur Technik, Fehlermeldungen und zur Risikoermittlung 2. Mittlerweile kaum noch technische Fragen, in erster Linie Fragen zu Impfzertifikaten und Testergebnissen ○ Hinweise zur Verbesserung, wertvoller Input für SAP und DT ○ Kritik (mehr) und Lob (weniger) ○ Juni-Juli 2020: 42 Mitarbeiter beantworteten in 17 Positionen in 2 Schichten 200-300 Mails pro Tag ○ seit August 2020: 7 Mitarbeiter, ca. 50 Mails pro Tag ○ bisher ca. 24.000 Bürgermails beantwortet ! CovPassCheck App (IBM) gutes Tool um Impfzertifikate an der Basis (z.B. in Restaurants) zu kontrollieren. ! Bedeutung der Kontaktnachverfolgung nicht vernachlässigen: bei 1/5 aller roten Meldungen ist der anschließende Test positiv. ! Mehr Funktionalitäten führen zu stärker Gesamtnutzung. ! Wie lange soll so ein Tool laufen? Solange eine pandemische Situation vorliegt? Muss irgendwann in konzeptionelle Strategie überführt werden.	FG21 / ZBS2 (Kaspari) Mielke Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Nicht besprochen	Alle

5	**Kommunikation** **BZgA** ! Nicht anwesend **Presse** ! Sehr viele Anfragen zu Impfdurchbrüchen, Auffrischungsimpfungen ! Nächsten Mittwoch letzte BPK mit Herrn Wieler und Herrn Spahn, danach keine Pressebriefings vom RKI geplant. Letzte Chance Kernmessages anzusprechen, nicht klar, wann die nächste Gelegenheit besteht. ! P1 und Presse sollten zusätzlich zur PK twittern. ! Dass das RKI keine eigenen Pressekonferenzen durchführen wird, wurde noch nicht final entschieden. Da die Pressefragen jedoch zu 80% politisch sind, entsteht in der Zeit bis zur neuen Regierungsbildung ein Vakuum. ! Schwierig sich zu politischen Fragen zu äußern. Aufpassen, dass RKI nicht für alles verantwortlich gemacht wird, weil sich kein anderer äußert. ! BPK ist nicht einziges Instrument. Andere Formate, wie Hintergrundgespräche, Wochenberichte, Interviews, Beantwortung von Presseanfragen, Twitter möglich. ! BPK hat größere Reichweite als andere Publikationen, findet in Zeitungen Wiederhall. **Wissenschaftskommunikation** ! Boosterimpfung auf Twitter und Insta geplant ! Für Grafik zu Impfdurchbrüchen wurde Hr. von Kleist ins Boot geholt. ! Abbildung zum wöchentlichen Impfquoten-Monitoring (hier) ○ Soll so auf Insta und Twitter dargestellt werden. ○ Janssen ist als vollständig geimpft in Abb. eingegangen. ! Epid. Bull Publikation Indikatoren: Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern, wie ist der Stand? ○ Struktur erstellt, Arbeitspakete verteilt, nächste Woche erneute Absprache; AP Fr. Jung-Sendzik ! Wann erscheint Beitrag fürs Ärzteblatt von Hr. Wieler zum	BZgA Presse (Degen) Wieler P1 (Lein)

	Thema Kinder? ○ Ärzteblatt hat Manuskript schon, Hr. Wieler ist in Kontakt mit Redakteurin, dauert üblicherweise nicht allzu lange.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** ! Wie wird sich Impfung auf schwere Fälle auswirken? ! Wie weit hilft Impfung, um Überlastung abzuwenden oder müssen weitere Maßnahmen getroffen werden? ! Wirkung von Impfung auf die verschiedenen Altersgruppen? ○ Zurzeit steigende Inzidenzen, steigende Hospitalisierungen und Todesfälle ○ Es werden mehr Impfdurchbrüche bei Geimpften erwartet, da Anstieg bei Infektionen. ○ Wie kann man kommunizieren, dass Impfung trotz steigender Fallzahlen eine große Bedeutung hat? ○ Analyse von Forsa, initiiert von BMG: Befragung von 4.000 Ungeimpften: 3. Die Allermeisten haben nicht vor sich impfen zu lassen. 4. Viele halten das Risiko, schwer zu erkranken, für gering. 5. Impfsicherheit ist großes Thema. ○ Weiterhin an Ungeimpfte appellieren. Wirksamkeit gegen schwere Verläufe ist gut. ○ Impfung wirkt allerdings nicht so gut wie erhofft gegen Infektionen und Übertragung auf andere. ○ Ziel ist Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle. ○ Kommunizieren, dass vorsichtiges Verhalten und regelmäßiges Testen weiterhin wichtig sind. ○ Geimpfte haben ein reduziertes Risiko schwer zu erkranken. Dies entlässt sie nicht aus der Verantwortung, zu vermeiden, dass sie andere infizieren.	Alle Wieler Buda

	○ In letzter BPK wurde erläutert, wie viele Millionen Personen in den einzelnen Altersgruppen noch ungeimpft sind. -> anschaulicher als nur Prozentwerte ○ FAQ zum Übertragungsrisiko durch Geimpfte muss geändert werden. Bisher sinngemäß, dass es aus PH-Sicht vernachlässigbar sei. *ToDo: Änderung FAQ, FF Presse* ○ Publikation "Community transmission an viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK" kommt zu dem Ergebnis, dass der Impfeffekt auf die Reduzierung der Transmission minimal ist. 6. Vorschlag: Vorstellung der Studie nächste Woche in 2-3 Folien durch FG36 7. Fragestellung ohne systematische Aufarbeitung vorstellen, Aspekt Weiterverbreitung in Population, kein evidenzbasiertes systematisches Review 8. Dann sollten auch andere Studien zur Thematik vorgestellt werden. -> keine Kapazitäten dazu in FG36 9. Wenn nur einzelne Studien herausgegriffen werden, könnte dies einen bias in die Diskussion bringen, ausgewogene Informations- und Datenlage erforderlich. 10. Kann FG33 dazu beitragen? 11. Ziel STIKO: Verhinderung von schweren Infektionen, generelle Verhinderung von Infektionen steht nicht im Mittelpunkt für STIKO, für RKI aber relevant. Für Booster-Impfung muss Evidenz für Übertragung aufgearbeitet werden. *ToDo: Abt. 3 klärt, ob und was vorgestellt wird.*	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* **STIKO** ! Diese Woche wieder Sitzung. Themen: ○ Deutlich erhöhtes Myokarditis Risiko nach Spikevax. 12. Vorbereitung eines ersten Drafts, Einschränkung von Spikevax auf Altersgruppe 30+ 13. Nächste Woche Entscheidung ○ Impfung von Genesenen: 1 oder 2 Impfdosen, über 4.000 Publikationen dazu. ○ Booster-Impfung: letzte Woche Empfehlung für >70 Jährige,	FG33 (Wichmann)

	Gesundheitspersonal, Jansen-Impfstoff 14. In Israel finden breite booster-Impfungen statt, dort wurde BioNTech im 3 Wochenintervall geimpft. 15. Absinken Immunschutz auch in unseren Daten, STIKO muss sich positionieren. ! Viele Presseanfragen zu Impfdurchbrüchen, 1-2% sinkende Wirksamkeit pro Woche, nachlassender Impfschutz vor Hospitalisierung bei >60 Jährigen ! Minister hat allen Booster-Impfung nahegelegt (ist von STIKO aber noch nicht empfohlen) und doppelte Impfung von Genesenen (hierzu liegen FG33 und WHO noch keine Daten vor) ○ Frage: Was bringt wirklich Zusatznutzen? ! Werden demnächst andere Impfstoffe als mRNA-Impfstoffe zugelassen? Vor allem für kleine Kindern mit bekannten, vielfach erprobten Adjuvantien? ○ Novavax: 16. Gibt noch Nachfragen, eingeschränkte Produktionskapazitäten 17. Vermutlich Ende 2021 oder Anfang nächsten Jahres 18. Zunächst für Erwachsene, Jugendlichen 2 Monate später; für <12 Jährigen nichts in naher Zukunft ○ Sanofi-GSK: andere Wirkstoff nicht vor Ende nächsten Jahres ○ Bei STIKO liegen Daten aus Zulassung von Comirnaty ab 5 Jahren vor. ○ Wirksamkeit traditioneller Impfstoffe nicht so gut.	Oh
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 784 Proben, davon: ○ 13 SARS-CoV-2 ○ 195 Rhinovirus ○ 16 Parainfluenzavirus ○ 70 saisonale (endemische) Coronaviren ○ 9 Metapneumovirus ○ 3 Influenzavirus **ZBS1** ! 178 Proben, davon 92 positiv auf SARS-CoV-2.	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	ZBS7

	! Zurzeit Aktualisierung von einigen Dokumenten	(Niebank)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! EinreiseVo voraussichtlich bis 15.01.2022 verlängert ○ Verlängerung um 2 Wochen; Unsicherheit, wie es danach weiter geht	FG38 (Rexroth)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Int. Kommunikation wieder arbeitsintensiver (wahrscheinlich herbstferienbedingt) ! Weniger Erlasse und kleine Anfragen im Moment	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** ! Am 5.11. Beginn Krisenstabsitzung erst ab 12 Uhr	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:50 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 03.11.221, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Jasmin Benser

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.638.~~429~~ 419 (+20.398), davon 96.027 (+194) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 146,6/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.782.304 (69,5%), mit vollständiger Impfung 55.566.259 (66,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Bundesweiter Wert steigt, Anstieg in Sachsen, Thüringen, süden Bayerns und BaWü 5 LK mit einer 7d- Inzidenz >500 und 65 LK >50 ○ Nowcasting: 7-d-R-Wert = 1 ○ Geografische Verteilung: Immer mehr LK mit sehr hoher Inzidenz ○ HeatMap: Großer Anstieg bei den 10-14-Jährigen, Anstieg in allen Altersgruppen ○ Hospitalisierungen: Hospitalisierungsinzidenz = 3,6/100.000 Einw. und 8,3/100.000 Einw. Bei den Ü60-Jährigen ○ Geografische Verteilung der Inzidenzen nach Altersgruppen: Abbildung ▪ Immer mehr LK, wo die Inzidenz bei den 10-19-Jährigen mit über 1000/100.000 Einw. Besonders hoch sind. Auch in den anderen Altersgruppen steigen die Inzidenzwerte stark an ○ Altersverteilung der Inzidenzen pro Kalenderwoche: der Anteil der Älteren steigt stark an. Das spiegelt sich auch den deren Anteil an den Hospitalisierungsraten und Todesfällen wider	FG32 (Diercke) Hamouda
	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* **Folien** hier Anzahl Testungen: um mehr als 20% angestiegen, Positiven Anteil (PA): 12,24%, Laborauslastung bei ca. 50%-70%. außer in Thüringen, wo fast 100% VOIC/VOI Folien hier ▪ 100% Deltavariante (kein Nachweis anderer VOCs seit KW 38) ▪ VOI Ay4.2: niedrig aber konstant, AY33 konstant ▪ Keine Häufung der Mutation bei Hospitalisierten oder Todesfällen ▪ Anteil sequenzierter Proben sinkt ARS-Daten **Folien** hier Anstieg der Testzahlen und der PA, PA bei ca. 30% in	Kröger Eckmanns

		Thüringen und 20% in Sachsen Am häufigsten wird in Arztpraxen und „Andere“ getestet, d.h. Lollitests in Schulen. 5-14 Jährige wurden am häufigsten getestet, Anstieg PA am höchsten bei 5-14-Jährigen 354/100.000 Einw. Ausbrüche: 118 in medizinischen Einrichtungen und 135 in Alten- und Pflegeheimen	Buda
		Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* **Folien** hier GrippeWeb (43. KW): 5,1 Mio. ARE (5,1 in KW 42); Rückgang bei den Klein- und Schulkindern AG Influenza: Starker Anstieg der Arztkonsultationen bei Erwachsenen, vor allem in Bayern KH-Surveillance: leichter Rückgang der SARI Fallzahlen bei 0-4-Jährigen (67% RSV) Anteil COVID-19 von 27% und bei Intensivfällen 34% Ausbrüche in Kitas: 65/Woche, 44% Anteil der AG 0-5 Schulausbrüche: leichter Rückgang durch Herbstferien, aktuell bei 753 Ausbrüchen in den letzten 4 Wochen, AG 6-14 ist an 77% aller Ausbrüche beteiligt	Biere
		Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten *(nur mittwochs)* **Folien** hier 204 Einsendungen mit 58% PA (119/204) SARS-CoV-2: 4% Influenza: 0 in KW 43 Endemische Coronaviren: OC43 5-10% Weiterhin hohe Rate an RSV	Fischer
		Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* **Folien** hier 2224 COVID-19 auf Intensiv (+1076 Neuaufnahme in den letzten 7d) Anstieg der COVID-ITS Belegung in Hamburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Bayern und Thüringen. Saarland und RLP Plateau Altersstruktur: Zunahme der Ü50-Jährigen Beatmung/ECMO: Anstieg Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Bundesweit starker Anstieg erwartet Personalmangel führt zu weniger Intensivbetten	
		Diskussion Hinweis1: Es kam die Bitte, dass im Wochenbericht der Hinweis auf den Feiertag am 01.11.21 in manchen Ländern und den damit verbundenen Meldeverzug aufgenommen wird. Das wäre aber erst aktuell für den nächsten Wochenbericht, da der morgige nur einschließlich ~~Freitag~~ Sonntag letzte Woche berücksichtigt. Hinweis2: Presse wurde gebeten, die öffentliche Presse darauf hinzuweisen, dass der Vergleich der Hospitalisierungsinzidenz mit dem all-time high nicht korrekt ist. Ronja Wenchel sagte zu, es über die Presseagentur zu kommunizieren Feststellung: Die Situation in diesem Jahr ist nicht besser als im letzten und die Modellierung sagt, dass sie ohne weitere	

	Maßnahmen sich verschlechtert. Der Anstieg der Meldungen im GrippeWeb, das ein guter Indikator für Schutzmaßnahmen ist, zeigt, dass diese weitestgehend wegefallen sind. **ToDo 1**: ▪ *Im Wochenbericht darauf hinweisen, dass ohne weitere Maßnahmen und Einschränkungen die Intensivbetten stärker ausgelastet sein werden als je zuvor und man zudem mit schweren Erkrankungen und Todesfällen rechnen müsse (scharfe Formulierung) (Lagezentrum, Prüfung durch FG36 Haas)* ▪ *Sofern obiger Textbaustein am Donnerstagvormittag fertig ist, ihn an Presse (Ronja Wenchel) senden als Grundlage für Tweet*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Risikobewertung: Gefährdungslage für Ungeimpfte wurde von ‚hoch' auf ‚sehr hoch' gestuft und darauf hingewiesen, dass die aktuell moderate Lage für Geimpfte sich mit steigendem Infektionsdruck verschärfen könnte. Dokument hier **ToDO 2** *Zustimmung der Änderung durch Wheeler und anschließend zur Kenntnis an BMG schicken (Rexroth)*	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Themenseite zur Ansteckung und Übertragung online gestellt Telefonaktion zur Auffrischungsimpfung in Vorbereitung **Presse** Tweet zu EpiBull Artikel in der Ausgabe 46/2021, warum Kinder vor SARS-CoV-2 Infektionen geschützt werden sollten, erhielt guten Response BPK mit Tweet begleitet **P1** BPK Retweetet Vorbereitung des Abbildung Anteil Geimpfter bei Hospitalisierten Retweet Wochenbericht	BZgA Benser Wenchel Leuker

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Diskussion AGI/ EpiLag zur Testpflicht Geimpfter Keine Änderung der relevanten Dokumente (Control COVID), sondern Kommunikation über ‚Best Practice' Beispiele ! Info: Rumänische Patienten wurden auf 18~~20~~ ITS Betten in Deutschland verlegt mit Hilfe des RKI (ZBS7) **ToDo 3** *Die Evidenzlage zur Transmission durch vollständig Geimpfte am Freitag vorstellen (FG33)*	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **ToDo 4** *Überblick über (neue) Therapiemöglichkeiten von COVID-19 am kommenden Freitag in der Krisenstabssitzung geben (ZBS7)* *obigen Punkt auf die kommende Agenda setzen (Rexroth)*	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14

12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 05.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 05.11.2021, 12:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
  - Thomas Harder
- FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Kai Schulze
- FG37
  - Sebastian Haller
- FG 38
  - Ute Rexroth
- P1
  - John Gubernath
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZBS7
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ZIG1
  - Romy Kerber
- BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ***(nur freitags)*** Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 03.11.2021 ○ Fälle: 247.472.724 (+4,3% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 5.012.337 Todesfälle (CFR: 2,03%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Länder unverändert 2. UK und Rumänien: rückläufiger Trend 3. Deutschland auf Platz 6 mit steigenden Fallzahlen 4. Impfquote ist auffallend niedrig in osteuropäischen Ländern. 5. Höchste Inzidenz in UK Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep 6. Steigender globaler Trend: Inzidenz + 3%, Todesfälle + 8% 7. Abnehmender Trend in Region östliches Mittelmeer 8. Todesfälle +50% in Süd-Ost-Asien, vor allem wegen Nachmeldungen aus Indien 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 9. Nord- und Südamerika bleiben stabil, weltweit höchste Inzidenzen auf europäischem Kontinent 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner EU/EWR Wochenvergleich 10. Inzidenzen >500 1. Baltische Staaten, in Estland >900 bei weiterhin steigendem Trend 2. Slowenien und Kroatien 3. neu hinzugekommen Slowakei Bewertung der epidemiologischen Situation der Länder der EU/EEA durch ECDC 11. Punktebewertung anhand von 5 Kriterien: Je höher die Punktezahl (dunkler), desto besorgniserregend ist die Lage in einem Land. Tabelle wird dunkler. 12. Neu in der höchsten Kategorie sind Tschechien,	ZIG 1 (Kerber) FG32 (Diercke)

	Griechenland, Ungarn, Niederlande 13. Leichte Zunahme für Deutschland 14. Malta und Spanien: weiterhin als einzige Länder in der 1., am wenigsten besorgniserregenden Kategorie **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 15. SurvNet übermittelt: 4.709.488 (+37.120), davon 96.346 (+154) Todesfälle 1. 7-Tage-Inzidenz 169,9/100.000 Einw. 2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,91/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 9,15/100.000 EW 16. Fälle auf ITS: 2.332 (+106) 17. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.835.987 (69,6%), mit vollständiger Impfung 55.647.310 (66,9%) 18. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. Thüringen, Sachsen, Bayern, BW am stärksten betroffen 19. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. 11 LK mit Inzidenz >500 und 76 mit Inzidenz >250 2. Inzidenz in Miesbach: 717 20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe 1. Bei 10-19 Jährigen teilweise > 1000 /100.000 EW 2. Auch bei 80+ Jährigen in einem LK in Sachsen Inzidenz >500 21. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht) 1. Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz zu erwarten 22. COVID-19 Trends 1. Wieder Anstieg bei Todesfällen 23. Sterbefallzahlen 1. Seit Oktober etwas deutlichere Übersterblichkeit als sonst, nicht allein aus COVID Todesfällen zu erklären.	Mielke Harder Wichmann Wenchel

	24. Gibt es einen Grund, warum NRW und Niedersachsen, insgesamt der Nord-Westen relativ günstig dasteht vor allem bei den 50+ Jährigen? 1. Anteil Geimpfter im Nord-Westen ist deutlich höher. Neben östlichen BL sind auch in BY und BW weniger geimpft. 2. Problematisch Vergleiche zu einem bestimmten Zeitpunkt zu ziehen. Die Situation war auch schon andersrum, 7-Tagesinzidenz ist zu kleinteilig. 3. Impfquote hat einen Effekt, erklärt aber nicht alles. 4. Korrelation Impfstatus-Inzidenz wird von FG33 kritisch gesehen. Impfquote und Fallzahlen können nicht auf die gleichen Personen zurückzuführt werden. 5. In Bremen wurden z.B. in nennenswerten Umfang Personen aus dem Umland geimpft. 6. Wenn Daten der KV verfügbar sind, ist eine individuelle Zuordnung möglich. Daten können retrospektiv ausgewertet werden. 7. Korrelation auf Bevölkerungsebene hängt vom Erreger ab, klappt gut bei Rota, schlecht bei Influenza. 8. Es gibt auch andere Gründe für eine hohe Inzidenz, z.B. Verhalten. 9. Deutschland ist in größeres Geschehen eingebettet, von Situation in Nachbarländern beeinflusst. Könnte nächste Woche im Wochenbericht Bezug zu Control COVID hergestellt werden? 25. Auf LK Ebene hohe Anfälligkeit für Verzerrung. 26. Auf Landesebene Bezug zu ControlCOVID nehmen, um Situation besser einordnen zu können. Als Tabelle oder in Textform? 27. Hospitalisierungsinzidenz ist im Wochenbericht bereits enthalten. 28. Würde Blick auf ControlCOVID lenken, hat keine Folgen für Bundesländer, aber hilfreich für Einordnung der Lage. 29. Bis auf ein BL sind alle in der höchsten Stufe. *ToDo: Montag Tweet mit Link, Presse entwirft Vorschlag*	Wichmann

	30. Zeitpunkt der Levelerreichung korreliert wahrscheinlich nicht mit Inzidenz. Keine großen Veränderungen bei Impfung mehr in letzter Zeit, longitudinal könnte etwas gezeigt werden. 31. Könnte man an Kooperationspartner outsourcen, evtl. Uni Münster, Kontaktverhalten longitudinal ins Modell nehmen, komplex. Wurden Kontaktdaten der Uni Münster schon vorgestellt? 32. Vorstellung in Abteilung, Aufarbeitung in FG33 aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Soll Münster machen, dann Vorstellung in Abteilung.	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** ! Verlegung von 18 rumänischen Patienten ist abgeschlossen. ! KH sind an Belastungsgrenze. ! Neue Anfrage aus Slowenien ab nächster Woche wird diskutiert, ist politische Entscheidung. ! Auch andere europäische Länder sind bereit Patienten aufzunehmen. ! In ZIG abgesehen von Patientenversorgung im Augenblick keine weiteren Hilfeersuchen. ! Vorbereitung auf weitere Unterstützung in Madagaskar	ZBS7 (Herzog) ZIG (Hanefeld)

3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **CWA** ○ >35 Mio. Downloads, 600.000 Warnende, >20.100 Twitter-Follower ○ Version 2.13 verfügbar, noch Probleme bei Android ○ Neu: Papierkorb-Funktion, Änderungen bei Statistiken in der App, Booster-Notifikation ○ Ab Montag Mitnutzung der Luca QR-Codes möglich ○ Was ist mit lokaler Hospitalisierungsinzidenz gemeint? 1. Auf Bundeslandebene ○ Laufen Zertifikate nach 1 Jahr aus? 2. Technisches Ablaufdatum wird auf europäischer Ebene diskutiert. Stand der Diskussion unbekannt, muss im BMG nachgefragt werden. ! **CovPass** ○ CovPass-App: >19 Mio. Downloads ○ CovPassCheck-App: ca. 613.000 Downloads 3. Austausch mit Kollegen in Frankreich: große Medienkampanien, gute Vernetzung in den Ministerien, Kommunikation, Twitter ○ An Booster-Impfung wird gearbeitet. ! **CWA** ○ Ca. 40.000 Anmeldungen pro Tag ○ Insg. >16 Mio. Anmeldungen seit 11/2020	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! BMG fragt an, wer am 9.11. beim BMG/BMI Krisenstab (16-17 Uhr) teilnehmen kann. Themen: nicht-pharmazeutische Corona-Schutzmaßnahmen (AHA+L), kurze Einschätzung zur erwarteten Situation im Herbst/Winter; aktuelle Risikobewertung ○ Teilnahme O. Hamouda ! Einschätzung: Gesundheitliche Gefährdung für Geimpfte ist moderat und noch ansteigend. Wie wird das von der Bevölkerung aufgefasst. Sollte differenziert werden, dass insbesondere die ältere Bevölkerung gefährdet ist? ○ Public Health Perspektive: Ausgehend von steigenden Inzidenzen steigender Infektionsdruck, auf Bevölkerungsebene steigt das Risiko. ○ Auch die Versorgungssituation verschlechtert sich.	Alle Wichmann
5	**Kommunikation** **BZgA** ! 2 neue Themenseiten: Ansteckung und Übertragung und Co-Administration des Corona-Impfstoffs mit anderen Tot-Impfstoffen	BZgA (Ommen)

	Presse ! Am Montag Wartungsarbeiten, evtl. kurzeitige Ausfälle **Wissenschaftskommunikation** ! Unterstützen Presse mit ControlCOVID Tweet ! Bewerbung der Datenspende, erste Ergebnisse werden vorgestellt. ! Grafik zu Impfdurchbrüchen noch in Arbeit ! Frage an BZgA: Ist nochmal eine Kampagne zur Kontaktreduktion geplant? ○ AHA-L Regeln sollen wieder verstärkt kommuniziert werden. ○ Sollten RKI und BZgA in Abstimmungsrunde mit BMG gemeinsam einbringen. ! Bitte an BZgA: Informationen sehr textlastig, kann man Infografiken etwas leichter auffindbar machen? ○ Nimmt Hr. Ommen mit, bereits jetzt Infografiken als Begleitung zum Text ! In den Medien wird von einer Pandemie der Ungeimpften gesprochen. Aus fachlicher Sicht nicht korrekt, Gesamtbevölkerung trägt bei. Soll das in Kommunikation aufgegriffen werden? ○ Von Seiten der BZGA gibt keine Entwarnung, AHA+L Regeln werden wieder stärker in den Fokus genommen. ○ Dient als Appell an alle, die nicht geimpft sind, sich impfen zu lassen. ○ Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden. ○ In der Kommunikation sollte aufgepasst werden, wie kritisch man über den Impfstoff kommunizieren will, immerhin nach einem halben Jahr immer noch >90% Wirksamkeit. Wenn 95% geimpft wären, sähe die Situation anders aus. ○ Die Frage ist, wie kann man die aktuelle Lage mit welcher Kommunikationsstrategie in den Griff bekommen. Deshalb AHA+L in Kommunikation auch an Geimpfte adressieren. ! Sollte Presse mit P1 wieder stärker Selbsttests proagieren, vor allem in Bezug auf private Treffen an Weihnachten. ○ Keine allgemeine Empfehlung von 2G+, wurde am Mittwoch so entschieden. *ToDo: auf nächste Tagesordnung setzen: spezielle Empfehlungen für Weihnachtsfeiertage für Familienfeste sinnvoll?*	Presse (Wenchel) P1 (Gubernath) Ommen Mielke Haas Wichmann Wenchel
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Informationen aus den Ländern zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen	FG36 (Haas)

	○ Aus EpiLag Informationen zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen. Es ist nicht möglich diese Information weiter zu kommunizieren, dies wäre aber in Bezug auf AHA-L Regeln wichtig. *ToDo: In EpiLag oder AGI thematisieren bzw. Seuchenreferenten adressieren um Länder für EpiBull Artikel zu motivieren.* ○ Gourmet-Treffen auf Sylt, Attack-Rate 35% -> Niedersachsen bitten, das als Ausbruchsbericht zu publizieren. Unter diesem Bericht sollte erwähnt werden, dass es schon mehrere solcher Ereignisse gab. **b) RKI-intern** ! Stand EpiBull Artikel, Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern (Indikatoren) ○ Maßnahmen letztes Jahr haben dazu geführt, dass sich das Virus trotz fehlender Impfung nicht unbegrenzt ausbreiten konnte. -> schon Textbausteine zu diesem Thema von Abt. 2 ○ Ergebnisentwurf wird, sobald fertig im Verteiler Krisenstab zirkuliert.	Abt.3/ Abt.2/ ZIG
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Evidenz Transmission vollständig Geimpfter: Impfeffektivität gegenüber Delta-Variante (Folien hier) ○ Schutz vor asymptomatischen Infektionen (4 Studien): 63% ○ Schutz vor milden Verläufen: mRNA > Vaxzevria ○ Metaanalyse von 4 Studien zu Impfdurchbrüchen unter Delta ○ Laborbasierte Studie, USA: 719 Proben, keine demographischen Angaben, Impfstoff unbekannt – mittlere Ct-Werte der Geimpften glichen denen der Ungeimpften; gleicher Anteil Ct <25 bei Ungeimpften und Geimpften. – Asymptomatische: Ct<25 bei 29% der Ungeimpften und 67% der Geimpften ○ Krankenhausbasierte Studie, Singapore – 218 Patienten, 71 geimpft, 130 ungeimpft, mit mRNA-Impfstoffen – Ungeimpfte sind deutlich jünger. – Initialer Ct-Wert unterscheidet sich nicht. – Geschwindigkeit des Abfalles der viral load	FG33 (Harder)

	bei Geimpften deutlich höher, schnellere virale Clearance ○ Impfdurchbrüche bei HCW, NL – 161 Impfdurchbrüche, alle 4 Impfstoffe – Medianes Alter 25, alles milde Infektionen – Mittlerer CT-Wert bei Geimpften und Ungeimpften gleich – Impfung verringert Wahrscheinlichkeit für positive Viruskultur ○ Haushaltskontaktstudie, UK – 19 Indexfälle, 602 Kontakte unter Delta – Unter Geimpften 7 Indexfälle/31 Kontakte, unter Ungeimpften 8 Indexfälle/15 Kontakte – Geschwindigkeit des Abfalls der viral load höher bei Geimpften ○ Epidemiologische Studien zur Transmission: Haushaltskontaktstudie, UK, Kohortenstudie, Kontakte von symptomatischen und asymptomatischen Fällen – >95.000 Indexfälle – Reduktion der Transmission unter Corminaty um 65% und unter Vaxzevria um 35% ○ Fazit: ○ Impfeffektivität gegen Delta-Variante – Schutz vor asymptomatischer Infektion: VE ca. 60-65%, mRNA > Vektor-Impfstoffe ○ Impfdurchbruchsstudien – Initiale Ct-Werte vacc = unvacc – Schnellerer Abfall des viral load bei vacc – Viruskultur? ○ Verhinderung der Transmission – Nur 1 Studie unter Delta: Reduktion der Transmission um ca. 50% (Comirnaty > Vaxzevria) ○ Lancet Studie zeigt, dass sekundäre Attackrate identisch ist, jedoch sehr kleine Fallzahlen. ! Wie kann es sein, dass Daten zur Impfeffektivität am Anfang so falsch waren (Schutz vor 90% der Infektionen)? ○ In Bezug auf asymptomatische Infektionen gab es am Anfang keine Informationen. Studien zur Delta-Variante wurden erst nach Alpha durchgeführt. ○ Delta-Variante und waning, Abgrenzung Einfluss Delta und waning nicht möglich. ! Bezugnehmend auf grundlegende Aspekte und Besonderheiten der Immunität gegen Infektionen des	FG17 (Oh)

Respirationstrakt wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Unmittelbar nach der Impfung hat man ein hohes Level an neutralisierenden Antikörpern, diese transsudieren in die Schleimhaut, woraus hohe lokale (=mukosale) Immunität im Nasenrachenraum resultiert. Deswegen besteht in den ersten 2 Wochen – 2 Monaten nach Impfung sehr guter Schutz vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion. Mit dem Abfall neutralisierender Antikörper sinkt lokale Immunität wieder, so dass im Anschluss an dieses 2-8 Wochen-Zeitfenster der Schutz vor Infektion deutlich geringer ist. Dementsprechend können sich Geimpfte >2 Monate nach Impfung auch wieder leichter infizieren.
- Die Erwartung ist, dass die meisten Geimpften nicht oder nur leicht symptomatisch sind, dass sie aber durchaus hohe Viruskonzentrationen im Nasen-/Rachenraum aufweisen und kontagiös sind.

! Die Ergebnisse der UK Haushaltskontaktstudie (Lancet Infectious Diseases) reflektieren das, was anhand der grundlegenden Erkenntnisse zur Immunität gegen Infektionen des Respirationstrakts zu erwarten ist: Der Schutz vor Infektion nimmt ca. >2 Monate nach Impfung erheblich ab.
Zwar ist die Fallzahl dieser Studie eher klein, die methodische Stärke liegt aber in der engmaschigen (täglichen) Beprobung enger Kontaktpersonen, unabhängig vom Symptomstatus. So wurden auch asymptomatische Infektionen zuverlässig erfasst, die in Beobachtungsdaten sonst unterschätzt werden (da die Beprobung in größeren Zeitabständen bzw. vorwiegend bei symptomatischen Personen erfolgt). .

! Man sollte dementsprechend sehr vorsichtig mit der Aussage sein, dass Impfungen vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion schützen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Impfung trifft dies immer weniger zu. Dies gilt umso mehr, weil eine fortlaufende Adaptation des Virus an den Immunselektionsdruck in der Population anzunehmen ist, welche zukünftig ebenfalls die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion herabsetzen könnte.

! Verkürzung des Sheddings spielt in Bezug auf Haushaltskontakte keine Rolle, aber in Bezug auf sonstiges Geschehen.

! Normalerweise wäre es kein Problem, wenn Personen mild oder asymptomatisch infiziert werden. Die hohe Anzahl Ungeimpfter ist das Problem.

! Ist 2G oder 3G noch ein Schutzkonzept, das empfohlen werden kann? Was ist mit geimpften Kontaktpersonen, kann der Ausschluss von der Quarantäne noch gerechtfertigt

	werden? ○ In großer Studie wurden odds ratio nach Settings unterschieden: in Haushalten deutlich höher, in anderen Settings etwas niedriger. ○ Infektionsprävalenz in Studienpopulation spielt eine Rolle. ○ Kontakte in Innenräume ohne Maske sind das Problem. Setting Haushalt aufgrund der wiederholten und kontinuierlichen Kontakte, steigender Infektionsdruck ○ Schwere Erkrankungsfälle könnten verhindert werden, wenn dies Geimpften klargemacht werden kann. ○ Größere Stratifikation nach Alter; Kontakte mit Älteren erfordern mehr Testungen. ! Kommunikation kann nicht geändert werden. Würde große Verwirrung hervorrufen. Andere Aspekte sollten in den Vordergrund gestellt werden: AHA+L, Boosterung ○ Diese Punkte betonen, doppelt Geimpft wieder in Quarantäne zu schicken, ist nicht vermittelbar. ○ Soll 2G+ auf die Tagesordnung gesetzt werden?	Wieler
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 816 Proben, davon: ○ 63 SARS-CoV-2 ○ 232 RSV ○ ## Rhinovirus ○ 54 Parainfluenzavirus ○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren ○ 8 Metapneumovirus ○ 3 Influenzavirus **ZBS1** ! 219 Proben, davon 110 positiv auf SARS-CoV-2 (50,2%). ! Antigenpaper wurde veröffentlicht zusammen mit PEI.	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nächte Woche kurzer Überblick über aktuelle Therapieempfehlungen im Krisenstab ○ Veröffentlichung hierzu im deutschen Ärzteblatt der Fachgruppe COVRIIN, Link wird an Verteiler versendet	ZBS7 (Schulz-Weidhaas)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Lagezentrum-Schichtbesetzung über Weihnachten, Vorschlag: ○ Verzicht auf Krisenstabsitzung am 24.12 und 31.12, d.h. Sitzungen am 22. und 29.12. und dann wieder am 05.01. ○ Arbeitsfreie Tage werden nicht besetzen im Lagezentrum, von kurzer Kontrolle der internationalen Kommunikation am 26.12. abgesehen. ○ Tägliche automatisierte Berichterstattung an allen außer den arbeitsfreien Tagen. ○ Kein Wochenbericht zwischen Weihnachten und Neujahr, da Daten nicht aussagekräftig, d.h. Wochenbericht am 23.12. und dann wieder am 06.01. ○ Alles unproblematisch, außer Verzicht auf Wochenbericht. 4. Könnte RKI in schlechtes Licht rücken. 5. Vorbereitung des Wochenberichts bedeutet hohen Arbeitsaufwand für viele Personen. 6. Journalisten proaktiv auf Problem hinweisen: Daten sind aufgrund von Feiertagen schwer zu beurteilen. Nimmt Pressestelle mit. *ToDo: Bericht ans BMG mit Vorschlag, wie beschrieben*	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! SARS-CoV-2 bei Weißwedelhirschen, Informationen aus dem FLI (Hr. Beer), Artikel in Ärztezeitung ○ Meldung aus USA: bis zu 50% der Hirsche haben Antikörper. ○ FLI kontaktiert: im Moment noch keine Proben von Rot- und Rehwild verfügbar. Proben werden aktuell untersucht. ○ Vermutet wurde Transmission von Mensch zu Tier; Tiere sind hoch suszeptibel, fortwährende Quelle, Weiterentwicklung des Virus möglich. ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	Buda

Ende: 14:14 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 05.11.2021, 12:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
  - Thomas Harder
- FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Kai Schulze
- FG37
  - Sebastian Haller
- FG 38
  - Ute Rexroth
- P1
  - John Gubernath
- Presse
  - Ronja Wenchel
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZBS7
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ZIG1
  - Romy Kerber
- BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ***(nur freitags)*** Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 03.11.2021 ○ Fälle: 247.472.724 (+4,3% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 5.012.337 Todesfälle (CFR: 2,03%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Länder unverändert 2. UK und Rumänien: rückläufiger Trend 3. Deutschland auf Platz 6 mit steigenden Fallzahlen 4. Impfquote ist auffallend niedrig in osteuropäischen Ländern. 5. Höchste Inzidenz in UK Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep 6. Steigender globaler Trend: Inzidenz + 3%, Todesfälle + 8% 7. Abnehmender Trend in Region östliches Mittelmeer 8. Todesfälle +50% in Süd-Ost-Asien, vor allem wegen Nachmeldungen aus Indien 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 9. Nord- und Südamerika bleiben stabil, weltweit höchste Inzidenzen auf europäischem Kontinent 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner EU/EWR Wochenvergleich 10. Inzidenzen >500 1. Baltische Staaten, in Estland >900 bei weiterhin steigendem Trend 2. Slowenien und Kroatien 3. neu hinzugekommen Slowakei Bewertung der epidemiologischen Situation der Länder der EU/EEA durch ECDC 11. Punktebewertung anhand von 5 Kriterien: Je höher die Punktezahl (dunkler), desto besorgniserregend ist die Lage in einem Land. Tabelle wird dunkler. 12. Neu in der höchsten Kategorie sind Tschechien,	ZIG 1 (Kerber) FG32 (Diercke)

	Griechenland, Ungarn, Niederlande 13. Leichte Zunahme für Deutschland 14. Malta und Spanien: weiterhin als einzige Länder in der 1., am wenigsten besorgniserregenden Kategorie **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 15. SurvNet übermittelt: 4.709.488 (+37.120), davon 96.346 (+154) Todesfälle 1. 7-Tage-Inzidenz 169,9/100.000 Einw. 2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,91/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 9,15/100.000 EW 16. Fälle auf ITS: 2.332 (+106) 17. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.835.987 (69,6%), mit vollständiger Impfung 55.647.310 (66,9%) 18. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. Thüringen, Sachsen, Bayern, BW am stärksten betroffen 19. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. 11 LK mit Inzidenz >500 und 76 mit Inzidenz >250 2. Inzidenz in Miesbach: 717 20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe 1. Bei 10-19 Jährigen teilweise > 1000 /100.000 EW 2. Auch bei 80+ Jährigen in einem LK in Sachsen Inzidenz >500 21. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht) 1. Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz zu erwarten 22. COVID-19 Trends 1. Wieder Anstieg bei Todesfällen 23. Sterbefallzahlen 1. Seit Oktober etwas deutlichere Übersterblichkeit als sonst, nicht allein aus COVID Todesfällen zu erklären.	Mielke Harder Wichmann Wenchel

	24. Gibt es einen Grund, warum NRW und Niedersachsen, insgesamt der Nord-Westen relativ günstig dasteht vor allem bei den 50+ Jährigen? 1. Anteil Geimpfter im Nord-Westen ist deutlich höher. Neben östlichen BL sind auch in BY und BW weniger geimpft. 2. Problematisch Vergleiche zu einem bestimmten Zeitpunkt zu ziehen. Die Situation war auch schon andersrum, 7-Tagesinzidenz ist zu kleinteilig. 3. Impfquote hat einen Effekt, erklärt aber nicht alles. 4. Korrelation Impfstatus-Inzidenz wird von FG33 kritisch gesehen. Impfquote und Fallzahlen können nicht auf die gleichen Personen zurückzuführt werden. 5. In Bremen wurden z.B. in nennenswerten Umfang Personen aus dem Umland geimpft. 6. Wenn Daten der KV verfügbar sind, ist eine individuelle Zuordnung möglich. Daten können retrospektiv ausgewertet werden. 7. Korrelation auf Bevölkerungsebene hängt vom Erreger ab, klappt gut bei Rota, schlecht bei Influenza. 8. Es gibt auch andere Gründe für eine hohe Inzidenz, z.B. Verhalten. 9. Deutschland ist in größeres Geschehen eingebettet, von Situation in Nachbarländern beeinflusst. Könnte nächste Woche im Wochenbericht Bezug zu Control COVID hergestellt werden? 25. Auf LK Ebene hohe Anfälligkeit für Verzerrung. 26. Auf Landesebene Bezug zu ControlCOVID nehmen, um Situation besser einordnen zu können. Als Tabelle oder in Textform? 27. Hospitalisierungsinzidenz ist im Wochenbericht bereits enthalten. 28. Würde Blick auf ControlCOVID lenken, hat keine Folgen für Bundesländer, aber hilfreich für Einordnung der Lage. 29. Bis auf ein BL sind alle in der höchsten Stufe. *ToDo: Montag Tweet mit Link, Presse entwirft Vorschlag*	Wichmann

	30. Zeitpunkt der Levelerreichung korreliert wahrscheinlich nicht mit Inzidenz. Keine großen Veränderungen bei Impfung mehr in letzter Zeit, longitudinal könnte etwas gezeigt werden. 31. Könnte man an Kooperationspartner outsourcen, evtl. Uni Münster, Kontaktverhalten longitudinal ins Modell nehmen, komplex. Wurden Kontaktdaten der Uni Münster schon vorgestellt? 32. Vorstellung in Abteilung, Aufarbeitung in FG33 aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Soll Münster machen, dann Vorstellung in Abteilung.	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** ! Verlegung von 18 rumänischen Patienten ist abgeschlossen. ! KH sind an Belastungsgrenze. ! Neue Anfrage aus Slowenien ab nächster Woche wird diskutiert, ist politische Entscheidung. ! Auch andere europäische Länder sind bereit Patienten aufzunehmen. ! In ZIG abgesehen von Patientenversorgung im Augenblick keine weiteren Hilfeersuchen. ! Vorbereitung auf weitere Unterstützung in Madagaskar	ZBS7 (Herzog) ZIG (Hanefeld)

3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **CWA** ○ >35 Mio. Downloads, 600.000 Warnende, >20.100 Twitter-Follower ○ Version 2.13 verfügbar, noch Probleme bei Android ○ Neu: Papierkorb-Funktion, Änderungen bei Statistiken in der App, Booster-Notifikation ○ Ab Montag Mitnutzung der Luca QR-Codes möglich ○ Was ist mit lokaler Hospitalisierungsinzidenz gemeint? 1. Auf Bundeslandebene ○ Laufen Zertifikate nach 1 Jahr aus? 2. Technisches Ablaufdatum wird auf europäischer Ebene diskutiert. Stand der Diskussion unbekannt, muss im BMG nachgefragt werden. ! **CovPass** ○ CovPass-App: >19 Mio. Downloads ○ CovPassCheck-App: ca. 613.000 Downloads 3. Austausch mit Kollegen in Frankreich: große Medienkampanien, gute Vernetzung in den Ministerien, Kommunikation, Twitter ○ An Booster-Impfung wird gearbeitet. ! **CWA** ○ Ca. 40.000 Anmeldungen pro Tag ○ Insg. >16 Mio. Anmeldungen seit 11/2020	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! BMG fragt an, wer am 9.11. beim BMG/BMI Krisenstab (16-17 Uhr) teilnehmen kann. Themen: nicht-pharmazeutische Corona-Schutzmaßnahmen (AHA+L), kurze Einschätzung zur erwarteten Situation im Herbst/Winter; aktuelle Risikobewertung ○ Teilnahme O. Hamouda ! Einschätzung: Gesundheitliche Gefährdung für Geimpfte ist moderat und noch ansteigend. Wie wird das von der Bevölkerung aufgefasst. Sollte differenziert werden, dass insbesondere die ältere Bevölkerung gefährdet ist? ○ Public Health Perspektive: Ausgehend von steigenden Inzidenzen steigender Infektionsdruck, auf Bevölkerungsebene steigt das Risiko. ○ Auch die Versorgungssituation verschlechtert sich.	Alle Wichmann
5	**Kommunikation** **BZgA** ! 2 neue Themenseiten: Ansteckung und Übertragung und Co-Administration des Corona-Impfstoffs mit anderen Tot-Impfstoffen	BZgA (Ommen)

	Presse ! Am Montag Wartungsarbeiten, evtl. kurzeitige Ausfälle **Wissenschaftskommunikation** ! Unterstützen Presse mit ControlCOVID Tweet ! Bewerbung der Datenspende, erste Ergebnisse werden vorgestellt. ! Grafik zu Impfdurchbrüchen noch in Arbeit ! Frage an BZgA: Ist nochmal eine Kampagne zur Kontaktreduktion geplant? ○ AHA-L Regeln sollen wieder verstärkt kommuniziert werden. ○ Sollten RKI und BZgA in Abstimmungsrunde mit BMG gemeinsam einbringen. ! Bitte an BZgA: Informationen sehr textlastig, kann man Infografiken etwas leichter auffindbar machen? ○ Nimmt Hr. Ommen mit, bereits jetzt Infografiken als Begleitung zum Text ! In den Medien wird von einer Pandemie der Ungeimpften gesprochen. Aus fachlicher Sicht nicht korrekt, Gesamtbevölkerung trägt bei. Soll das in Kommunikation aufgegriffen werden? ○ Von Seiten der BZGA gibt keine Entwarnung, AHA+L Regeln werden wieder stärker in den Fokus genommen. ○ Dient als Appell an alle, die nicht geimpft sind, sich impfen zu lassen. ○ Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden. ○ In der Kommunikation sollte aufgepasst werden, wie kritisch man über den Impfstoff kommunizieren will, immerhin nach einem halben Jahr immer noch >90% Wirksamkeit. Wenn 95% geimpft wären, sähe die Situation anders aus. ○ Die Frage ist, wie kann man die aktuelle Lage mit welcher Kommunikationsstrategie in den Griff bekommen. Deshalb AHA+L in Kommunikation auch an Geimpfte adressieren. ! Sollte Presse mit P1 wieder stärker Selbsttests proagieren, vor allem in Bezug auf private Treffen an Weihnachten. ○ Keine allgemeine Empfehlung von 2G+, wurde am Mittwoch so entschieden. *ToDo: auf nächste Tagesordnung setzen: spezielle Empfehlungen für Weihnachtsfeiertage für Familienfeste sinnvoll?*	Presse (Wenchel) P1 (Gubernath) Ommen Mielke Haas Wichmann Wenchel
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! Informationen aus den Ländern zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen	FG36 (Haas)

	○ Aus EpiLag Informationen zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen. Es ist nicht möglich diese Information weiter zu kommunizieren, dies wäre aber in Bezug auf AHA-L Regeln wichtig. *ToDo: In EpiLag oder AGI thematisieren bzw. Seuchenreferenten adressieren um Länder für EpiBull Artikel zu motivieren.* ○ Gourmet-Treffen auf Sylt, Attack-Rate 35% -> Niedersachsen bitten, das als Ausbruchsbericht zu publizieren. Unter diesem Bericht sollte erwähnt werden, dass es schon mehrere solcher Ereignisse gab. **b) RKI-intern** ! Stand EpiBull Artikel, Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern (Indikatoren) ○ Maßnahmen letztes Jahr haben dazu geführt, dass sich das Virus trotz fehlender Impfung nicht unbegrenzt ausbreiten konnte. -> schon Textbausteine zu diesem Thema von Abt. 2 ○ Ergebnisentwurf wird, sobald fertig im Verteiler Krisenstab zirkuliert.	Abt.3/ Abt.2/ ZIG
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! Evidenz Transmission vollständig Geimpfter: Impfeffektivität gegenüber Delta-Variante (Folien hier) ○ Schutz vor asymptomatischen Infektionen (4 Studien): 63% ○ Schutz vor milden Verläufen: mRNA > Vaxzevria ○ Metaanalyse von 4 Studien zu Impfdurchbrüchen unter Delta ○ Laborbasierte Studie, USA: 719 Proben, keine demographischen Angaben, Impfstoff unbekannt – mittlere Ct-Werte der Geimpften glichen denen der Ungeimpften; gleicher Anteil Ct <25 bei Ungeimpften und Geimpften. – Asymptomatische: Ct<25 bei 29% der Ungeimpften und 67% der Geimpften ○ Krankenhausbasierte Studie, Singapore – 218 Patienten, 71 geimpft, 130 ungeimpft, mit mRNA-Impfstoffen – Ungeimpfte sind deutlich jünger. – Initialer Ct-Wert unterscheidet sich nicht. – Geschwindigkeit des Abfalles der viral load	FG33 (Harder)

	bei Geimpften deutlich höher, schnellere virale Clearance ○ Impfdurchbrüche bei HCW, NL – 161 Impfdurchbrüche, alle 4 Impfstoffe – Medianes Alter 25, alles milde Infektionen – Mittlerer CT-Wert bei Geimpften und Ungeimpften gleich – Impfung verringert Wahrscheinlichkeit für positive Viruskultur ○ Haushaltskontaktstudie, UK – 19 Indexfälle, 602 Kontakte unter Delta – Unter Geimpften 7 Indexfälle/31 Kontakte, unter Ungeimpften 8 Indexfälle/15 Kontakte – Geschwindigkeit des Abfalls der viral load höher bei Geimpften ○ Epidemiologische Studien zur Transmission: Haushaltskontaktstudie, UK, Kohortenstudie, Kontakte von symptomatischen und asymptomatischen Fällen – >95.000 Indexfälle – Reduktion der Transmission unter Corminaty um 65% und unter Vaxzevria um 35% ○ Fazit: ○ Impfeffektivität gegen Delta-Variante – Schutz vor asymptomatischer Infektion: VE ca. 60-65%, mRNA > Vektor-Impfstoffe ○ Impfdurchbruchsstudien – Initiale Ct-Werte vacc = unvacc – Schnellerer Abfall des viral load bei vacc – Viruskultur? ○ Verhinderung der Transmission – Nur 1 Studie unter Delta: Reduktion der Transmission um ca. 50% (Comirnaty > Vaxzevria) ○ Lancet Studie zeigt, dass sekundäre Attackrate identisch ist, jedoch sehr kleine Fallzahlen. ! Wie kann es sein, dass Daten zur Impfeffektivität am Anfang so falsch waren (Schutz vor 90% der Infektionen)? ○ In Bezug auf asymptomatische Infektionen gab es am Anfang keine Informationen. Studien zur Delta-Variante wurden erst nach Alpha durchgeführt. ○ Delta-Variante und waning, Abgrenzung Einfluss Delta und waning nicht möglich. ! Bezugnehmend auf grundlegende Aspekte und Besonderheiten der Immunität gegen Infektionen des	Oh (FG17)

Respirationstrakt wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Unmittelbar nach der Impfung hat man ein hohes Level an neutralisierenden Antikörpern, diese transsudieren ~~transfundieren~~ in die Schleimhaut, woraus hohe lokale (=mukosale) Immunität im Nasenrachenraum resultiert. Deswegen besteht in den ersten 2 Wochen – 2 Monaten nach Impfung sehr guter Schutz vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion. Mit dem Abfall neutralisierender Antikörper ~~nach 2-8 Wochen~~ sinkt lokale Immunität wieder, so dass im Anschluss an dieses 2-8 Wochen-Zeitfenster der Schutz vor Infektion deutlich geringer ist. Dementsprechend können sich Geimpfte >2 Monate nach Impfung auch wieder leichter infizieren. ~~In den ersten 2 Wochen – 2 Monaten sehr guter Schutz vor Infektion.~~
- Die Erwartung ist, dass die meisten Geimpften nicht oder nur leicht ~~wenig~~ symptomatisch sind, dass sie aber durchaus hohe Viruskonzentrationen im Nasen-/Rachenraum aufweisen und kontagiös sind. ~~Die meisten Übertragungen finden vor oder zu Beginn der Infektion statt.~~

! Die Ergebnisse der UK Haushaltskontaktstudie (Lancet Infectious Diseases) reflektieren das, was anhand der grundlegenden Erkenntnisse zur Immunität gegen Infektionen des Respirationstrakts zu erwarten ist: Der Schutz vor Infektion nimmt ca. >2 Monate nach Impfung erheblich ab.
Zwar ist die Fallzahl dieser Studie eher klein, die methodische Stärke liegt aber in der engmaschigen (täglichen) Beprobung enger Kontaktpersonen, unabhängig vom Symptomstatus. So wurden auch asymptomatische Infektionen zuverlässig erfasst, die ~~Schutz vor asymptomatischer Infektion wird~~ in Beobachtungsdaten sonst unterschätzt werden (da die Beprobung in größeren Zeitabständen bzw. vorwiegend bei symptomatischen Personen erfolgt). ~~immer unterschätzt~~.

! Man sollte dementsprechend sehr vorsichtig mit der Aussage sein, dass Impfungen vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion~~en~~ ~~verhindern~~schützen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Impfung trifft dies immer weniger zu. Dies gilt umso mehr, weil eine fortlaufende Adaptation des Virus an den Immunselektionsdruck in der Population anzunehmen ist, welche zukünftig ebenfalls die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion herabsetzen könnte.

! Verkürzung des Sheddings spielt in Bezug auf Haushaltskontakte keine Rolle, aber in Bezug auf sonstiges Geschehen.

	! Normalerweise wäre es kein Problem, wenn Personen mild oder asymptomatisch infiziert werden. Die hohe Anzahl Ungeimpfter ist das Problem. ! Ist 2G oder 3G noch ein Schutzkonzept, das empfohlen werden kann? Was ist mit geimpften Kontaktpersonen, kann der Ausschluss von der Quarantäne noch gerechtfertigt werden? ○ In großer Studie wurden odds ratio nach Settings unterschieden: in Haushalten deutlich höher, in anderen Settings etwas niedriger. ○ Infektionsprävalenz in Studienpopulation spielt eine Rolle. ○ Kontakte in Innenräume ohne Maske sind das Problem. Setting Haushalt aufgrund der wiederholten und kontinuierlichen Kontakte, steigender Infektionsdruck ○ Schwere Erkrankungsfälle könnten verhindert werden, wenn dies Geimpften klargemacht werden kann. ○ Größere Stratifikation nach Alter; Kontakte mit Älteren erfordern mehr Testungen. ! Kommunikation kann nicht geändert werden. Würde große Verwirrung hervorrufen. Andere Aspekte sollten in den Vordergrund gestellt werden: AHA+L, Boosterung ○ Diese Punkte betonen, doppelt Geimpft wieder in Quarantäne zu schicken, ist nicht vermittelbar. ○ Soll 2G+ auf die Tagesordnung gesetzt werden?	Wieler
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 816 Proben, davon: ○ 63 SARS-CoV-2 ○ 232 RSV ○ ## Rhinovirus ○ 54 Parainfluenzavirus ○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren ○ 8 Metapneumovirus ○ 3 Influenzavirus **ZBS1**	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)

	! 219 Proben, davon 110 positiv auf SARS-CoV-2 (50,2%). ! Antigenpaper wurde veröffentlicht zusammen mit PEI.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ! Nächte Woche kurzer Überblick über aktuelle Therapieempfehlungen im Krisenstab ○ Veröffentlichung hierzu im deutschen Ärzteblatt der Fachgruppe COVRIIN, Link wird an Verteiler versendet	ZBS7 (Schulz-Weidhaas)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Lagezentrum-Schichtbesetzung über Weihnachten, Vorschlag: ○ Verzicht auf Krisenstabsitzung am 24.12 und 31.12, d.h. Sitzungen am 22. und 29.12. und dann wieder am 05.01. ○ Arbeitsfreie Tage werden nicht besetzen im Lagezentrum, von kurzer Kontrolle der internationalen Kommunikation am 26.12. abgesehen. ○ Tägliche automatisierte Berichterstattung an allen außer den arbeitsfreien Tagen. ○ Kein Wochenbericht zwischen Weihnachten und Neujahr, da Daten nicht aussagekräftig, d.h. Wochenbericht am 23.12. und dann wieder am 06.01. ○ Alles unproblematisch, außer Verzicht auf Wochenbericht. 4. Könnte RKI in schlechtes Licht rücken. 5. Vorbereitung des Wochenberichts bedeutet hohen Arbeitsaufwand für viele Personen. 6. Journalisten proaktiv auf Problem hinweisen: Daten sind aufgrund von Feiertagen schwer zu beurteilen. Nimmt Pressestelle mit. *ToDo: Bericht ans BMG mit Vorschlag, wie beschrieben*	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** !	Alle

16	**Andere Themen** ! SARS-CoV-2 bei Weißwedelhirschen, Informationen aus dem FLI (Hr. Beer), Artikel in Ärztezeitung ○ Meldung aus USA: bis zu 50% der Hirsche haben Antikörper. ○ FLI kontaktiert: im Moment noch keine Proben von Rot- und Rehwild verfügbar. Proben werden aktuell untersucht. ○ Vermutet wurde Transmission von Mensch zu Tier; Tiere sind hoch suszeptibel, fortwährende Quelle, Weiterentwicklung des Virus möglich. ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	Buda

Ende: 14:14 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Wochentag, 10.11.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
- ! FG12
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  -
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus(Protokoll)
  - Ulrike Grote
  - Claudia Syffczyk
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
- ! MF3
- ! MF4
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
- ! BZgA
- ! BMG

- Martina Fischer
- Jasmin Benser
- Janina Ensin

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.884.054 (+39.676), davon 96.963 (+236) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 232/100.000 Einw. Hospitalisierungsinzidenz: 4.6/100 000, bei > 60 J 10.5 /100 000; damit wurde der allgemeine Grenzwert von 5 als Gesamtwert überschritten; zeigt die Belastung an Verlauf der 7-T-Inzidenz: Am höchsten in SN mit >500; gefolgt von TH, BY und BW; insgesamt deutlicher Anstieg; Knick in der Kurve am Ende durch Meldeverzug; Nord-West/Süd-Ostgefälle R Wert deutlich über 1 Geografische Verteilung 7-T-Inzidenz nach LK: Das erste Mal ein LK (LK Rottal-Inn) über 1000/ 100 000; Insgesamt hohe Inzidenzen (>500) im Süd-Osten (BY, SN, TH und Teile BW); Inzidenz nimmt über die letzten Wochen kontinuierlich zu; Top 15 über 700/100 000 Inzidenz der Fälle nach AG und KW (heatmap) Fast in allen AG Inzidenz über 100; AG 10-14J über 400; ältere AG 85J/90J über 130 und 200, deutlich höher als in dritten Welle 7-T-Inzidenz nach LK und AG: LK mit hohen Inzidenzen nehmen in jüngeren und mittelalten AG zu; in der Gruppe > 50J nehmen LK mit Inzidenz > 500 zu; in Rottal-Inn liegt die Inzidenz bei 50-59 J > 1000/100 000; AG > 80J zahlreiche LK über 500 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz nach BL: TH, SN, BY, ST, BW deutlich erhöht, Bundesweit bei 4,6; einige BL liegen deutlich darüber TH, BY und SA weisen die höchsten Hosp-Inzidenzen auf, 15% der LK liegen über 10/100 000 Todesfälle (Karte): Kleine Zahlen, starke Schwankungen, Hohe Zahlen in den LK mit hoher Hospitalisierungszahl und Inzidenzen Beispiel (Dashboard): Rottal-Inn Inzidenz deutlich höher im Vergleich zur 2 und 3 Welle, dies gilt auch für Traunstein, Dingolfingen, Deggendorf (Inzidenz bei Älteren sehr hoch) Großstädte mit >500 000 Einwohner: alle Großstädte weisen eine Inzidenz > 100/100 000, ausgenommen Bremen bei 85/100 000 Frage: Ist eigentlich bekannt, warum TH eine vielfach erhöhte Hospitalisierungsinzidenz hat?	ZIG1 FG32

	Inzidenz seit 3 Wochen im Vgl. am höchsten, SN geringfügig darunter. Hospitalisierungsinzidenz ist anfällig für Ungenauigkeiten Thüringen hat auch hohes Durchschnittsalter und geringe Impfquoten Sachsen hat nur 33% Datenvollständigkeit bei Hospitalisierung, Thüringen 66% *ToDo: FG 32 Weiterführende Klärung am Freitag* Testkapazität und Testungen: hier ***(nur mittwochs)*** Anzahl der Testungen nicht wesentlich verändert, Positivanteil deutlich gestiegen von 12 auf 16%, höchster Wert seit Beginn der Erfassung Auslastung der Kapazitäten: aktuell ca. 50% der PCR-Testkapazität genutzt, unterschiedliche Verteilung in den BL In TH Kapazitäten nahezu ausgelastet, andere BL zwischen 50-60% Auslastung Positivanteile in TH, SA fast 30%; BB Anstieg steil nach oben, insgesamt steigend Übersicht Teststrategie in Kitas nach BL: Geimpfte nur sporadisch in einzelnen Bereichen getestet, PCR-Pooltest in NRW und BY in Grundschulen, weitere BL AG-Test 2-3 pro Woche ARS-Daten (hier) Daten aus Monats- und Wochenbericht Bei gleichbleibender Testung Anstieg des Positivanteils Vgl. BL über versch. Wellen: Einige BL verzeichnen einen höheren Positivanteil in der aktuellen Welle im Vgl. zu vorhergehenden Wellen, KW 34-44 2020 und 2021 auch deutlicher Anstieg des Positivanteil *Testgruppe und Testort* nach Arztpraxen, KH und Andere: Hohe Positivanteile in Arztpraxen, KH im Vgl. deutlich niedriger; Andere (Testzentren) deutliche Zunahme Nach AG: 5-14 J steiler Anstieg in den letzten Wochen in Arztpraxen Anzahl der Testung pro AG und Ort: Jüngere eher in Arztpraxen, Ältere in KH; Testung nach AG: 80 J am meisten getestet, gefolgt von AG 5-14 J bzw. 15-34 J; Positivanteile: 5-14 J am höchsten Ausbrüche (KW44) Altenpflegeheime (APH) und med. Einrichtungen: Med. Einrichtungen: 119 Ausbrüche (118 in KW43); (unten/grün) APH 161 Ausbrüche (135 Ausbrüche in der Vorwoche)	FG37
	Frage: Gibt es eine Verzögerung in der Bearbeitung der Proben in TH auf Grund der starken Auslastung? Turnaround time in TH liegt bei einem Tag.	FG36

	Syndromische Surveillance (hier) ***(nur mittwochs)*** Grippeweb: Anstieg ARE setzt sich fort, ganz normales Niveau und vergleichbar mit Vorjahren; AHA-Regeln scheinen diese Saison keinen Einfluss zu haben ARE-Konsultationsinzidenz: leicht gesunken, Herbstferien SARI-Fälle: Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre trotz deutlichem Rückgang weiter sehr hoch (65% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), so viele SARI-Fälle in dieser AG wie sonst nur auf dem Höhepunkt der Grippewelle; AG > 35 Jahre erhöht, ähnlich Werte aus Vorjahr in KW 44, aber höher als in den Jahren von der COVID-19-Pandemie; Nachmeldungen möglich Anteil COVID-19 an SARI bei 33% (KW 43: 31%); Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung bei 64% (KW 43: 51%) Kita: 267 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in SN (n=41), BW (n=37); Durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, Median: 3 Fälle; (22 Ausbrüche mit >=10 Fällen/Ausbruch); Erwachsene bilden einen großen Anteil in den Ausbrüchen Schulen: 919 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in BW (n=210), BY (n=136) Durchschnitt: 5 Fälle, Median: 3 Fälle; 62 Ausbrüche mit >=10 Fällen Frage zu Kita-Ausbrüchen: Bei positiven Betreuungspersonal werden Kinder seltener nachgetestet, daher kann es sein, dass der Anteil der Betreuenden in den Ausbrüchen in Kitas im Vgl. zu Schulen niedriger erscheint. Maßnahmen den BL unbekannt, jedoch sind es vor allem junge Erwachsenen, die sich gegenseitig infizieren. Kinder spielen eine Rolle, aber am ehesten nicht die Tragende. Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (hier) ***(nur mittwochs)*** In KW44: 71% Positivenrate (186 Einsendungen) 54 Arztpraxen aus 14 BL; größter Anteil bei 0-4 J Keinen Nachweis von Influenza, mehr Nachweise SARS-CoV-2 Endemische Coronaviren: Trend setzt sich fort Sonstige Atemwegsviren: Rhinovirus rückgängig, RSV dominieren (34% Posrate), 49% der Nachweise bei 0-4 J Zahlen zum DIVI-Intensivregister (hier) ***(nur mittwochs)*** Starker Anstieg in der Belegung, besonders ITS Neuaufnahmen von COVID-19: +1465 Pat in letzen 7 Tagen (30% mehr im Vgl zu Vorwoche) Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Alle BL über 3%, mehrere über 12%, Trend zunehmend Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad Anteil der Invasivbeatmung (dunkelgrün) sehr hoch, Anteile vgl mit Vorwellen Anteil der Verstorbenen: 50-80 Pat pro Tag; Trend steigend Altersverteilung COVID-19 Pat auf ITS: über 60J über 60%,	Fr. Fischer

	Verschiebung in die älteren Gruppen Personal/Raummangel: Freie Betten nehmen ab, Personalmangel auf dem Peak der zweiten über der dritten Welle, extrem stark 67% der Meldebereiche melden eine eingeschränkte Kapazität Prognose für 20 T: Anstieg der ITS Belegung bundesweit VOC/VOI in Deutschland (hier): Keine Veränderung, B.1.617.2 (Delta) weiterhin dominierend VOI B.1.621 (My)/ C.37 (Lambda) keine Nachweise in der letzten Woche Anteil der Stichprobe (gleichbleibende Anzahl der Sequenzierungen) sinkt auf 1,2%; Grund: steigende Fallzahlen VOI: AY.4.2 (Delta plus): Keine Zunahme AY33: Anteil stabil; keine Zunahme AY.4.2: Insgesamt 620 Nachweise, Vgl. Unterschiede Altersmedian, Hospitalisierung, Anteil Verstorbene, Impfdurchbrüche nicht signifikant; breite geographische Verteilung	FG36
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung**	Abt. 3

5	**Kommunikation** **BZgA** Keinen Beitrag **Presse** Seit dieser Woche gibt es wieder wöchentliche BPK Sprechzettel in Vorbereitung **P1** Flyer 2G/3G Überarbeitung *s. Diskussion RKI Strategie* Tweet am WE: Kontaktreduzierende Maßnahmen hervorheben	BZgA n.A. Presse P1 (Leuker)
6	Bereits im Stufenplan/ Control COVID (S. 9) beschrieben: „Bei zunehmendem Infektionsdruck (Stufe 2) sollten sich auch Geimpfte und Genesene bei planbaren Kontakten zu Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf außerhalb des eigenen Haushalts einem aktuellen Test unterziehen und nur mit negativem Testergebnis treffen (betrifft auch private Veranstaltungen wie Geburtstagsfeiern, Spieleabende usw.).“ Dabei wird bei 3 G eine Testung mit NAT (bsp PCR) empfohlen. Unterschiedliche Bezeichnungen und Konzepte 2 G, 2G plus (2 G mit AG Nachweis) und 3G NAT (Test mit PCR für Hochrisikosetting) müssen erklärt werden. Es sollte eine weitere Verwirrung der Bevölkerung bzgl. versch. Konzepte vermieden werden. Eine weitere konkrete Darstellung und Hervorhebung relevanter Szenarien zur Veranschaulichung für die Bevölkerung und Verweis auf bestehende Dokumente (Control COVID Papier) wäre wünschenswert. Es wurde diskutiert, ob eine Beschränkung auf Hochrisikosettings oder eine allgemeine Empfehlung zur Testung v.a. von Geimpften erfolgen sollte. Eine zusätzliche Testung (v.a. PCR) bindet Ressourcen und ist nur bei Kontrolle dieser nützlich. In Hochrisikosettings werden die Testkonzepte (Alle geimpft, gebooster, mehrfach in der Woche getestet, Kontaktbeschränkungen) nicht konsequent umgesetzt. Dabei sollte vor allem in Bildung und Beruf seriell getestet werden und anlassbezogen bei Geimpften und Risikokonstellationen (s. Modellierungen EpiBull-Artikel) Empfehlungen in den einzelnen Papieren (z.B: Altenpflege-Dokument, Testverordnung, TestVO der Länder) sind nicht immer konsistent bzgl. ihrer Empfehlungen. Auch auf Bundesebene sind Testpflichten	Abt. 3 / Alle

	für Geimpfte nicht unbedingt legal (SchutzausnahmeVO): Geimpfte sind mit Getesteten gleichgestellt. Generell sollte ein zusätzlicher Nutzen von der Testung ausgehen. Insgesamt sollte bei der aktuellen Situation und Entwicklung offensiver kommuniziert werden, dass die Bevölkerung die Anzahl der Kontaktpersonen reduziert werden (social bubble) und Massenveranstaltungen eingeschränkt werden und das Verhalten an Karnerval/Weihnachten/ Besuchen im Altersheim angepasst werden sollte. Es herrscht eine Unsicherheit in der Bevölkerung (hohe Fallzahlen, wenig Aktion von der Politik), der Appell sollte praktisch und klar sein und von der Bevölkerung umsetzbar sein. AHA+L, Kontaktbeschränkungen, Testungen in Hochrisiko/vulnerable Settings als Message für die BPK und Twitter, zusätzlicher Hinweis im Lagebericht ToDo: *FG36, FG37 und Abt1 einheitliche (minimal-invasive) Anpassung des Stufenplans zu NAT* *Presse: Kommunikation über die Flyer (Weihnachtstreffen in der social bubble mit Testgedanken/ 2G und 2Gplus bei Treffen mit Personen mit hohem Risiko)* *Flyer sollten in mehrere Sprachen übersetzt werden* ! Diskussion zu Gesetzentwurf auf Freitag verschoben **RKI-intern** (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** (nicht berichtet)	FG33

9	**Labordiagnostik** **FG17** S. Lage national **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ***(ausnahmesweise auch mittwoch)*** **CWA: nur auf ärztlichen Rat hinweisen oder auch auf Antivirale?** CWA wird hauptsächlich für die Benachrichtigung von KP genutzt. Aktuell verfügbare Therapieoptionen (Monoklonale AK, weitere Medikamente kommen) in Frühphase der Erkrankung indiziert, wenn bsp. Eine KP positiv testet Idee: bei KP mit Symptomen/pos. Test empfehlen sich mit dem HA in Verbindung zu setzten um mögliche frühzeitige Therapieoptionen zu besprechen. RKI gibt keine Therapieempfehlungen. Es sollte der Kontakt zu Fachgesellschaften (Bestehender Arbeitskreis mit Einbezug von Allgemeinmediziner und Internisten) aufgenommen werden und ein Statement für die CWA und Testpapier abgestimmt werden *ToDo: Fr. Niebank kümmert sich um die Koordination und Abstimmung*	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle

	keine	
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 12.11.2021, 11:00	

Ende: 13:07 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 12.11.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF2
  - Thorsten Semmler
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Marc Wiedermann
  - Pascal Klamser
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS 1
  - Janine Michel
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
  - Agata Mikolajewska
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Regina Singer
  - Mikheil Popkhadze?
  -
- ! BZgA
  - Martin Dietrich
  - Mikheil Popkhadze?

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Weltweit: ○ Datenstand: WHO, 11.11.2021 ○ Fälle: 251.266.207 ○ Weltweit leichter Anstieg (+6,7% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 5.070.244, CFR weiterhin bei :2,0%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Iran und Rumänien nicht mehr dabei 2. Neu aufgestiegen: Polen (+66%), Niederlande (+44%), 3. Deutschland auf Platz 4 (+61%) 4. UK und Ukraine: rückläufiger Trend (Inzidenzen bei 340/100.000 EW.), 5. Ukraine mit niedrigster Impfquote (19%) Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep (Daten bis incl. Vorwoche) 6. Leicht steigende globaler Trend: Fälle + 1%, Todesfälle dagegen -4 % 7. Stärkste Zunahme in Europa: Fälle + 66% in den letzten 7 Tagen (Change prozentual +7%), Todesfälle +55% in den letzten 7 Tagen (Change prozentual +10%) 8. Afrika: leicht Zunahme, andere Regionen: Abnahme 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 9. Auffällig: Botswana (durch Nachmeldungen verursacht) 10. Auffällig Europ: Viele Länder mit Inzidenzen zwischen 200-500/100.000, einige Länder > 500/100.000 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner EU/EWR Wochenvergleich 11. Inzidenzen >500: 1. Slowenien > 1000/100.000 2. Kroatien 937/100.000 3. Slowakei 737/100.000 4. Neu dabei Österreich mit > 713/100.000 (+60%) und Tschechien mit 596/100.000 (+42%), beide Länder sind Hochrisikogebiete	ZIG 1 (Singer) ~~FG32 (Diercke)~~

	5. Steigende Tendenz in Deutschland, Polen, Island, Spanien 6. Abnahme einzig in Schweden (<50/100.000) Bewertung der epidemiologischen Situation der Länder der EU/EEA durch ECDC 12. 10 Punktebewertung anhand von 5 Kriterien: Je höher die Punktezahl (dunkler), desto besorgniserregend ist die Lage in einem Land (Todesfälle letzte 14 Tage, 14-Tages-Inzidenz, ~~Positivenquote~~, 14-Tages-Inzidenz bei >65-Jährigen, Hospitalisierungsrate und Fälle auf ITS, Testrate und -positivität~~?~~) 13. EU weiterhin sehr besorgniserregend (8,3) 14. Deutschland: leicht gestiegen (8,0) 15. Höchstwerte: Kroatien 10, Bulgarien 9,7 16. Aufgestiegen: Belgien (9,0), Finnland (7,2), Liechtenstein (7,8) und Polen (8,7) 17. Abgestiegen: Italien (3,2), Irland (7,8), Lettland (7,8), Litauen (7,0), Schweden (4,2) **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 18. SurvNet übermittelt: 4.942.890 (+48.640), davon 97.389 (+191) Todesfälle 19. Gesamtfallzahl knapp unter der 5 Millionengrenze, neue Fälle unverändert hoch 1. 7-Tage-Inzidenz 264/100.000 Ew. 2. Hospitalisierungsinzidenz besorgniserregend gestiegen: 4,7/100.000 Ew., AG ≥ 60Jährige: 10,89/100.000 Ew. 20. Fälle auf ITS: 2.828 (+89) 21. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.167.264 (70,0%), mit vollständiger Impfung 56.080.963 (67,4%) 22. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. TH, SN, BY, BW am stärksten betroffen, Anstiege auch in BE, BB, ST 2. Nördliche BL auf etwas niedrigerem Niveau 23. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. Osten und Süden am stärksten betroffen	FG 32 (Diercke) ***Abt. 2 Ziese*** P4 (Klamser?)

	2. 4 LK > 1000/100.000 Ew. (1 %) 3. 51 LK (1/8) > 500/100.000 Ew., vorwiegend Bayern 4. 2 LK < 50/100.000 Ew 5. Überwiegend Inzidenzen > 100/100.000 Ew. 24. Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer 1. Durch Meldeverzug größerer Graubereich 2. Anstiege bzw. hohe Anstiege in allen BL 3. Stärkste Anstiege in TH und BY, deutlich auch in MV 25. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht) 1. 8,4/100.000 Ew. 26. Sterbefallzahlen 1. Weiterhin leichte Übersterblichkeit 2. Laut *destatis* nicht allein durch COVID-Todesfallzahlen zu erkären, andere Ursachen unbekannt **Diskussion** 27. Könnte bei den Todesfällen eine Untererfassung vorliegen? AW: Eher nicht, Todesfälle sind sehr gut erfasst 28. Könnten sich hier bereits Langzeiteffekte von verzögerten oder suboptimalen Therapien bemerkbar machen? AW (Abt 2): Register und Erfassungssysteme sind zu langsam um das jetzt schon zu erfassen, allenfalls Hinweise auf geänderte Muster ***ToDo 1: Todesursachenstatistik und ggf. andere Erfassungssystem auf geänderte Muster überprüfen*** 29. Modellierungen (Folien hier) 30. *Covid-19 Mobility Project*, GPS-Daten-basierter Kontaktmonitor 1. Reduzierung der mittleren Anzahl tägl. Kontakte: - Durch 1. Lockdown: 100% ! 50% für 1 Monat	***P4***

- Durch Lockdown light: 73% ! 68% für 2 Wochen

- Durch 2. Lockdown 72% ! 55% für 6 Monate

- Aktuell: Nach stetigem Anstieg seit 7/2021 Abfall seit Mitte 9/2021

2. Variation der Kontakte (Proxy für Gruppengrößen):

- Im Lockdown light verringerte wöchentliche Fluktuationen (WE-Veranstaltungen)

- Aktuell größer als je in der Pandemie + leichter Anstieg

3. Alltag (Woche) und Freizeit (Wochenende, WE)

- Präpandemisch Kontaktzahl und Variation am WE größer

- Bis 7/2021 im Mittel weniger Kontakte am WE, Lockdown light verringerte die Gruppengrößen am WE effektiv

-Aktuell: In der Woche sinkt Anzahl der Kontakte stärker als am WE

- Gruppengrößen stagnieren unter der Woche und werden an WE größer

- Halloween als letztes Feiertags-WE: keine Auffälligkeiten

- Für 11.11. (Karnevalsbeginn) werden Auffälligkeiten erwartet

Diskussion

31. Handelt es sich überwiegend um Kontakte im Freien? Daraus würde sich eine Untererfassung ergeben, da jahreszeitlich jetzt mehr Kontakte indoor stattfinden?

32. GPS- Daten können auch indoor erfasst werden, in welchem Umfang muss mit dem Anbieter diskutiert werden

ToDo 2: Prüfung, inwiefern eine Untererfassung durch indoor-Kontakte vorliegt bzw. in welchem Umfang diese erfasst werden, keine Deadline

33. Sind Konzerte/Sportveranstaltungen zu erkennen?

34. Nein, höchste Auflösung ist Bundeslandebene, keine Aussagen hierzu möglich

35. *Erste Einsichten aus der neuen Corona-Datenspende*

1. Corona-Datenspende 2.0 seit 19.10. 2021 mit der Möglichkeit In-App-Umfragen durchzuführen
2. Fragen zu Tests, Symptomen, Soziodemograf. Daten, Verhalten i.d. Pandemie
3. 545/ 5634 User haben den Zeitraum ihres pos./neg. Tests mitgeteilt ! Aussagen zu Änderungen in physiolog. Variablen sind möglich:
4. Ruhepuls: Anstieg um ca. 3 bpm für mindestens 40 Tage
5. Aktivität reduziert um ca. 3500 Schritte/Tag für 20 Tage
6. Schlafdauer um 1 h erhöht für 7-14 Tage
7. Alle Parameter steigen bereits vor dem pos. Testergebnis an
8. Ergebnisse sind trotz ungenauerem Testzeitraum und fehlendem Symptombeginn konsistent mit Publikation *Radin, Jennifer M. et al. 'Assessment of Prolonged Physiological and Behavioral Changes Associated With COVID-19 Infection'. JAMA Network*
9. Ziele: Erhöhung der Konfidenz durch weitere Bewerbung der App, Vergrößerung der Stichprobe, Nutzung der neuen Erkenntnisse zur Optimierung des Fiebermonitors

Diskussion

36. Zeitspannen entsprechen/bestätigen klinische Verläufe, bspw. erhöhte Schlafdauer über 1-2 Wochen, erhöhter Ruhepuls über 6 Wochen
37. Gibt es eine direkte Messung?
38. Nein, Ruhepuls wird als Proxy verwendet
39. Wie viele der negativ Getesteten sind symptomatisch? Gäbe Hinweise auf unterschiedliche Verläufe von COVID und bspw. Influenza.
40. Bisher wurde bei neg. Getesteten die Symptomatik nicht abgefragt. Im Rahmen der 2. Studie wird eine wöchentliche Abfrage, ob getestet wurde, um eine Frage zur Testindikation (Symptomatik) ergänzt.

	41. Ist eine Auswertung nach Impfstatus möglich? 42. Prinzipiell ja, aber CAVE Bias, 95% der Datenspender sind geimpft 43. Insbesondere die Kontaktmonitor-Daten bestätigen die Empfehlungen des RKI zur Kontaktreduzierung und zum meiden großer Veranstaltungen	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** ! Einem Hilfeersuchen Rumäniens (Lieferung von Beatmungsgeräten) kann nicht entsprochen werden ! WHO Intra-Action Review~~port~~ in Nord-Mazedonien ist abgeschlossen (ZIG1 und FG38 beteiligt) ! ZIG, FG38 und FG 37 sind in Vorbereitung eines Intra-Action Review~~sports (?)~~ für Iran ! Namibia: Unterstützung des Aufbaus von Laboren durch Webinare und Schulungen ! Usbekistan: IPC-Schulung für Krankenhäuser	ZIG (Hanefeld)
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) ***(nur freitags)*** ! **CWA** ○ **35, 9 Mio.** Downloads, 640.000 Warnende/Tag, > 90.000 empfangene Warnungen/Tag, 21.000 Twitter-Follower ○ Sehr positive Entwicklung: Mitnutzung des Luca-QR-Codes ○ Kommunikation über Luca: Blog, FAQ, Thread (200.000 Impressions, 1600 Likes), Themenseite, Bürger:innen- und Presseanfragen, großes Medienecho (dpa, Spiegel, Tagesschau etc.) ! **CovPass** ○ CovPass-App: >23,8 Mio. Downloads, jetzt Version 1.12 ○ CovPassCheck-App: ca. 702.363 Downloads 1. Verstärkte Kommunikation, auch mit BMG, zur Steigerung der CovPAssCheckApp 2. Workshop geplant 3. Zunehmend Anfragen durch LKA /Landespolizei zu gefälschten Impfnachweisen ! **DEA** ○ Ca. 40.000 Anmeldungen pro Tag ○ Insg. >16,4 Mio. Anmeldungen seit 11/2020 ○ Weiterhin hoher Kommunikationsbedarf (viele Anrufe) ○ Kommentar: Befragungsinhalte zu verknüpfen war eines der großen Ziele, die erreicht wurden ○ Derzeit stark erhöhtes Arbeitsaufkommen durch steigende Zahlen, explodierende Hotline-Anfragen, Regierungswechsel erschwert die Kommunikation mit dem BMG, mehr Unterstützung von dort wäre wünschenswert	FG21 (Scheida) Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	! Frage: Sollte Risikobewertung noch weiter eskaliert werden? ○ Hinweis auf Äußerung Montgomeries zu Impfdurchbrüchen im Promillebereich ○ Entspricht nicht der Realität, die aus unserer Tabelle (Wochenbericht) zu entnehmen ist ○ Sollten Geimpfte nicht doch getestet werden? ○ War bereits Thema im Krisenstab letzten Mittwoch: Ist im Stufenplan dargestellt (3 Tests/Woche im beruflichen Setting), sollte man SchülerInnen und Studierende hier noch stärker herausstellen? ○ Serielles Testen in definierten Settings ist erfolgreich, wo könnte Hinweis auf den Einschluss Geimpfter in serielle Testkonzepte platziert werden? ○ Fällt in die Zuständigkeit von Bildungsministerium (ggf. ansprechen?) und Arbeitsministerium (Minister Heil ist aktiv) ○ RKI sollte das trotzdem empfehlen, Flyer zu 2G/3G wäre eine Möglichkeit	Schaade Seifried
	ToDo 3: Integration des Hinweises in den Flyer zu 2G/3G. Einschluss Geimpfter in serielle Testkonzepte: Im berufl. Setting, an Schulen und Bildungseinrichtungen 3Tests/Woche auch für Geimpfte und Genesene, insbesondere vor Kontakt zu vulnerablen Personen oder Risikogruppen) ○ Sollte dies auch in den Empfehlungen für Schulen adressiert werden? ○ Statt vollständige Überarbeitung sollte hier auf Stufe 2 hingewiesen werden ○ Wie könnte das BMBF adressiert werden, da keine direkten Ansprechpartner bekannt sind?	***P1 (Lein)***
	ToDo 4: Entwurf eines Berichts an das BMBF, mit der Feststellung, dass Geimpfte und Genesene nicht regelmäßig getestet werden und mit dem Vorschlag, mit einer Klarstellung an die Landesministerien heranzutreten. Ein Briefentwurf an die Ministerien soll beigefügt werden ○ Kommentar BZgA: Nimmt das Thema „2G +Testen“, Fragen zur Kostenübernahme, zu gesetzlichen Testpflichten und zu Testkapazitäten müssen berücksichtigt werden mit in den Steuerungskreis heute ○ Bis zur nächsten Sitzung wird geklärt, an welcher Stelle die BZgA gezielt auf das Testen Geimpfter hinweisen kann ○ Altenheime sollten unbedingt nach 2G+Testen vorgehen, ansonsten sollten die Empfehlungen kongruent mit ControlCovid bleiben, die betriebliche Empfehlung und die für Schulen sollte nur noch einmal verdeutlicht werden, einzige Lücke sind Bildungseinrichtungen, hier muss tatsächlich	***Seifried*** Dietrich Mielke

	nachgebessert werden ***ToDo 5: Anpassung und Zirkulation der aktuellen Risikobewertung, ggf. die Formulierung „sehr besorgniserregend" aus dem Wochenbericht übernehmen, steigende Fallzahlen textlich akzentuieren***	***an der Heiden***
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Derzeit Fokussierung auf Auffrischungsimpfung, angesprochen werden Gruppen, die erfolgversprechend sind: Bereits Geimpfte, Schwangere, Stillende ○ Eckfeldanzeigen in Tageszeitungen ○ Fernsehspot zur Auffrischungsimpfung ○ Editorials zur Auffrischung in Tageszeitungen AHA-L ○ Frage: Zielgruppe der Älteren? ○ Schwerpunkt auf >60Jährige wird berücksichtigt (Telefonaktion mit Tageszeitungen für <60Jährige in BY, SN, TH) **Presse** ! Tweet zum Wochenbericht erhielt 1000 Likes ! Botschaft zum Absagen von Großveranstaltung wurde (kritisch) rezipiert ! Twitter-Gewitter-Begleitung der BPK **P1** ! Twitter zur Impfung in Arbeit: keine Impfung schützt zu 100% ! Vorsichtsmaßnahmen trotz Impfung ! In Arbeit: Verhaltensempfehlungen für ~~.....~~ Herbst/Winter/Feiertage und Flyer zu Impfdurchbrüchen **Lagebericht** ! Soll neben der 7-Tage-Inzidenz im täglichen automatisierten Lagebericht auch die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz dargestellt bzw. berichtet werden (incl. Disclaimer zum Graubereich durch Meldeverzug)? ! Hintergrund: Gespräch mit Steffen und Rottmann-Großner (beide BMG), wie das heterogene Meldeverhalten verbessert bzw. beschleunigt werden kann (Disclaimer zum unterschiedlichen Meldeverzug) ! Es kann gezeigt werden, dass LK mit hohen Inzidenzen auch Hospitalisierungsinzidenzen >5/100.000 Ew. haben ***ToDo 6: Darstellung soll in den tägl. Lagebericht aufgenommen und das unterschiedliche Meldeverhalten per Disclaimer transparent gemacht werden***	BZgA (Dietrich) Presse (Wenchel) P1 (Lein) Bremer Hamouda ***Bremer***
6	**RKI-Strategie Fragen** ! **Allgemein** ! Frisch aus der BPK: Thilo Jung stellte die Frage nach der Quarantänisierung Geimpfter enger Kontaktpersonen. Minister Spahn hat im Anschluss Gesprächsbedarf zu	Präs. Wieler

		diesem Thema signalisiert (eventuell befürchtet er, dass das RKI in diese Richtung gehen möchte). Nächste Woche findet eine Schalte mit dem Minister statt. Wie steht das RKI dazu?	Schaade
		○ Empfiehlt man das, fällt die Grundlage für 2G/3G Regelungen weg	Mielke
		○ Es ist eine Risikoabwägung: 60% weniger Infektion nach Impfung ist eine relevante Größe, Daten zur Übertragung sind uneinheitlich	Oh
		○ Gutes Thema, aber es sollten differenzierte Lösungen gefunden werden: Bspw. für geimpfte HCW als KP (hier wird üblicherweise der Hygienebeauftragte informiert)	
		○ Hinweis: Grundlage für 2G/3G ist der Schutz vor schwerer Erkrankung und vor ITS-Behandlungsbedarf, er würde auch bei Quarantäne für Geimpfte nicht entfallen, 2/3 Schutz vor Infektion ist kein guter Wert, RKI sollte nicht kommunizieren, dass Geimpfte keine Überträger sind, da bald viele Menschen Geimpfte Übertragende kennen werden	Hanefeld
		○ Inwiefern sind die GÄ noch zur KoNa in der Lage (wurde vereinzelt bereits gänzlich eingestellt) ! ist die Botschaft zielführend, wenn die KP ohnehin nicht in Quarantäne geschickt werden?	Schaade
		○ Bisher war dem Gesetzgeber immer wichtig, die Benefits für Geimpfte herauszustellen, u.a. auch dass Geimpfte aus Risikogebieten von der Quarantäne befreit sind	Haller
		○ RKI soll kongruent bleiben, und ein Gesamtkonzept schaffen, FG 36 und FG 37 (KH und Pflegeheime) sollten die Quarantäne-Empfehlungen allgemein und in Einrichtungen des Gesundheitswesens prüfen	Schaade
		○ Diskussion mit FG 14 und Herrn Mielke ist bereits im Gang, FG 36 kann gern noch mit einbezogen werden	Kröger
		○ In der Pflege galt eigentlich Verständigung auf systematische Testung, da bei Quarantäne noch größere personelle Engpässe drohen	Schaade
		○ Vorschlag. Quarantäne light (5 Tage +Test)?	Seifried
		○ An sich hat eine Risikoabwägung schon stattgefunden, FG 36 nimmt das Thema trotzdem mit, incl. der Frage nach dem Benefit	

	○ Da GÄ nicht Schritt halten, profitieren ggf. alle von der Empfehlung, bei Kontakt zu vulnerablen Gruppen als geimpfte KP 5 Tage Kontakte zu reduzieren und sich dann zu testen? ○ Diese Empfehlung für Geimpfte KP ist sinnvoll, dies gilt auch für Personen, die Kontakt zu Personen mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben. ○ In Pflegeheimen genügt es nicht, die Einwohner zu schützen durch Tests etc., auch die Inzidenzen in der Bev. müssen gesenkt werden ○ Wenn Geimpfte in Quarantäne gehen, werden dann vorwiegend Ungeimpfte geschützt? ○ Frage: Ist der Schutz vor Infektion bei Geboosterten wieder deutlich höher? ○ Ja, aber die Dauer ist unbekannt und die Wirkung kommt für diesen Winter nicht schnell genug ○ Könnte man ganz D in 2 Wochen boostern, entspräche das einem kleinen Lockdown. Darüber hinaus sollte thematisiert werden, dass eine Infektion nach Impfung nicht positiv als Booster bewertet werden sollte, da Krankheitsrisiken bestehen, bspw. wurden vermehrt thromboembolische Ereignisse bei Impfdurchbrüchen beobachtet (unklar ob durch Durchbruch oder durch Impfung) ○ Geimpft und im Lockdown? Ist die Alternative eine um 2 Jahre reduzierte Lebenserwartung? ○ RKI sollte sich die Freiheit nehmen, unabhängige Überlegungen anzustellen und dann damit auf das BMG zuzugehen ○ Prinzip der Wirksamkeit, Angemessenheit und Praktikabilität sollte gewahrt bleiben im Rahmen einer nüchternen Stellungnahme zum Zusatznutzen einer Quarantäne bei geimpften engen KP ○ Eine Diskussionsrunde zum Thema „Zukunft-wird es wieder ein normales Leben geben?“ wird vorgeschlagen ***ToDo 9: Terminfindung und Einladung (Verteiler Krisenstab) zu einer abendlichen virtuellen Diskussionsrunde zum o.g. Thema, Dauer 1 Stunde, innerhalb der nächsten 2-3 Wochen (in jedem Fall***	Oh Schaade Mielke Oh ***an der Heiden***

	vor Weihnachten), Anpassung an die Kalender von Schaade und Präs Wieler ! Zum Gesetzentwurf der Ampel-Koalition besteht kein weiterer Gesprächsbedarf ! **RKI-intern** ○ Nicht besprochen	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht besprochen)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* ! STIKO berät derzeit zur Booster-Impfung für alle, in etwa 10 Tagen könnte ein Entwurf vorliegen ! Wird eine möglichst synchrone Boosterung in der Empfehlung angestrebt? ○ Nein, Fokus richtet sich auf Verhinderung schwerere Erkrankungen, daher synchrones Vorgehen derzeit nicht präferiert, Reihenfolge mit absteigendem Alter, auch Schwangere werden adressiert ! Ist die Impfeffektivität weiterhin berechenbar, wenn unter 2G-Bedingungen nur noch Ungeimpfte exponiert sind? ○ Ja, solange es Ungeimpfte gibt, gibt es ein Maß für die Effektivität ! Bleibt der 6-monatige Abstand zur Grundimmunisierung? ○ Ja, ggf. gelockert „in der Regel“ ! Läuft der Status „geimpft“ ohne Booster aus? Wie ist das für Vakzine Janssen ohne mRNA-Booster (s. Frankreich)? ○ Regelung noch unklar, STIKO-Empfehlung muss abgewartet werden ! Wird es Booster-Impfangebote an die RKI-Mitarbeiter geben? ○ Ja, ist bereits in Gang, zunächst nach Alter und Risikofaktoren, dann Einsatzpersonen, dann alle, ebenso wird es für MA ab nächster Woche 3 Tests/Woche geben, das hausinterne Hygienekonzept wird angepasst werden ! Wer monitort die Impfkapazitäten? ○ Umsetzung und Durchführung ist nicht Aufgabe der STIKO ○ In manchen BL werden Zentren wieder geöffnet ○ Vergütung wurde angehoben auf 28 € (+	FG33 (Harder)

	Wochenendzulage 8€) ○ Wegen organisatorischer Probleme werden nicht alle Impfzentren wieder öffnen können	
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 873 Proben, davon 800 untersucht ○ ~~323~~ ?23 SARS-CoV-2 ○ 250 RSV ○ 161 Rhinovirus ○ **73** saisonale CoV (v.a. **OC 43**) ○ 46 ~~PIC~~PIV ○ 7 HMPV ○ 2 Influenza ~~A~~ **ZBS1** ! 161 Proben, davon 77positiv auf SARS-CoV-2 (47,8%) ! Vermehrtes Testen durch hausinterne Fälle	FG17 (Oh) ZBS1 (Michel)
10	○ Evidenzbasierte Therapieoptionen nach Krankheitsphasen, Übersichtsgrafik abrufbar unter: ○ Ambulant: MAK bei Risiko auf schweren Verlauf ○ Stationär: mehrere Therapieoptionen, auch Remdesivir ist zugelassen ○ Seit gestern 2 weitere MAK bzw. Kombination durch EMA zugelassen: Casirivimab/Imdevimab (Ronapreve, Fa. Roche) und Regdanvimab (Regkirona, Fa. Celltrion Healthcare Hungary Kft) ○ Mehrere für andere Indikationen zugelassene Medikamente befinden sich im rolling review ○ **Ausblick**: Kombination aus 2 AK mit Langzeitwirkung (6-12 Monate (gute Substanz für die Prophylaxe) ○ Bisher nur Pressemitt., keine Studienergebnisse für: ○ PrEP: 77% Risikoreduktion bei ½ Jahr Nachbeobachtung ○ PEP: nur 33% Risikoreduktion für schwere Erkrankung, aber bei Seronegativität bei Therapiebeginn 77% Risikoreduktion ○ Werden alle i.m. verabreicht ○ In Tablettenform (ambulant) Molnupiravir, Polymerasehemmer, stärker als Remdesivir, CAVE mutagenes Potential, in Phase 2-3 Studien relevante	ZBS7 (Mikolajewska)

	Reduktion der Viruslast ○ Proteaseinhibitor Ritonavir: viele Medikamenten-interaktionen ○ Vergleichsstudie Molnupiravir/Ritonavir: Risikoreduktion 50% (Symptombeginn <5 Tage) vs. 89% (Symptombeginn <3Tage), NNT (number needed to treat) jeweils 18 **Diskussion** ○ Gibt es eine Handreichung für Niedergelassene zur Entscheidungsfindung? Indikationsstellung ist nicht trivial, da Zeitfenster eine große Rolle spielt und Risiko für schweren Verlauf zu Beginn schwer abschätzbar ist ○ MAK sind sehr gut verträglich, nur sehr selten anaphylaktische Reaktionen ○ Bei Symptomatik < 7 Tage soll die Indikation großzügig gestellt werden, AK- Kontrolle soll abgenommen, Befund jedoch nicht abgewartet werden ○ Bei Symptomatik > 7 Tage soll der serologische Befund abgewartet werden (UK-Studie: auch hospitalisierte Pat. Profitieren von MAK, wenn sie seronegativ sind)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Ein kurzer Bericht zu Weihnachten ist geplant, der nach Freigabe durch Herrn Schaade an das BMG gesendet wird	FG38 (an der Heiden)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ! Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** ! Nicht berichtet ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:16 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 17.11.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antao
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- FG14
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
- FG21
  - Wolfgang Scheida
  - Patrick Schmich
- FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- FG32
  - Claudia Sievers
- FG33
  - Thomas Harder
- FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Julia Schilling
  - Kristin Tolksdorf
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Maren Imhoff (Protokoll)
- MF 1
  - Stephan Fuchs
- MF 2
  - Torsten Semmler
- MF 4
  - Janina Esins
- P1
  - Ines Lein
- P4
  - Susanne Gottwald
- Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG 2
  - Hanna-Tina Fischer
- BZgA
  - Jasmin Benser
- ZBS 7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) SurvNet übermittelt: 5.129.950 (+52.826), davon 98.274 (+294) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 319,5/100.000 EW; 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter Fälle: 5,15/100.000 EW (erstmals > 5, Nachmeldungen ausstehend), in der Altersgruppe ab 60 J.: 11,97 /100 000 EW aktive Fälle: ca. 490.800 Anteil COVID-19 an ITS-Belegung: 14,7 % Stufe 2 gemäß ControlCOVID erreicht Verlauf der 7-Tage-Inzidenz nach Bundesland: deutliche Anstiege in BY, SN, TH Nowcasting und 7-Tage-R-Wert: 7-Tage-R weiterhin um 1,2 schwankend Geografische Verteilung 7-T-Inzidenz nach LK: Top 15-LK > 900/100.000 EW, in 95 % aller LK liegt die 7-Tage-Inzidenz > 100/100.000 EW; Großstädte mit höchsten 7-T-Inzidenzen: Dresden, München, Nürnberg, Leipzig Inzidenz der Fälle nach AG und KW (Heatmap): höchste 7-Tage-Inzidenz in der AG 6-10: 732/100.000 EW, AG 11-14: 687/100.000 EW; in den AG 80+: > 150/100.000 EW 7-T-Inzidenz nach LK und AG: hohe Anzahl LK mit 7-Tage-Inzidenz > 500/100.000 EW, bisher v. a. in den Altersgruppen von 0-59; Anstieg auch in höheren Altersgruppen prognostiziert Verlauf 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz nach BL: bundesweit > 5; TH > 20; SN: hohe 7-Tage-Inzidenz wird in Hospitalisierungs-Inzidenz nicht widergespiegelt, vermutlich werden Hospitalisierungen unzureichend gemeldet; umgekehrte Situation in MV: hier gute Meldung von Hospitalisierungen bei vergleichsweise geringer 7-Tage-Inzidenz; TH meldet Hospitalisierungen besser als SN; unterschiedliches Meldeverhalten beeinträchtigt Aussagekraft der Darstellung Todesfälle nach Sterbewoche: in KW 44 und KW 45 jeweils > 800 Sterbefälle Zusatzauswertungen (Folien hier): 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter COVID-19-Fälle nach BL; Sterbefälle nach LK **Testkapazität und Testungen** (Folien hier) *(nur mittwochs)* deutliche Zunahmen sowohl bei Anzahl der Testungen als auch bei Positivenanteil KW 45: > 1,6 Mio. Testungen, 17 % Positivanteil, höchster	Abt. 3 (Hamouda)

	Positivenanteil seit Beginn der Erfassung Laborauslastung hoch, in einigen BL beinahe ausgelastet, dadurch Gefahr verzögerter Ergebnisübermittlung Positivenanteil nach Laborstandort: BB > 20 %, TH um 30 %, SN > 30 %, in fast allen BL ansteigender Trend	
	ARS-Daten (Folien hier) Zunahme bei Anzahl Testungen (KW 45: > 600.000) und bei Positivenanteil (KW 45: > 15 %) in allen Altersgruppen und in fast allen BL; SL rel. stabil im Vergleichszeitraum 2020 wurden mind. genauso viele Testungen durchgeführt wie in 2021, der Positivenanteil in 2020 lag jedoch niedriger als in 2021; die Differenz im Positivenanteil zum Vorjahr ist in den BL unterschiedlich ausgeprägt: z. B. in SN, TH sehr deutliche Zunahme im Vergleich zu 2020 Anstieg bei Testungen und Positivenanteil v. a. in Arztpraxen (dort Testung v. a. von symptomatischen Pat.), in KH weniger starker Anstieg (dort v. a. Testung von asymptomatischen Pat.); im Vergleich zum Vorjahr ähnliche Anzahl Testungen; höchste Positivenanteile in der AG 5-14 Zunahme bei Ausbrüchen: aktuell 138 aktive Ausbrüche in KH, 192 aktive Ausbrüche in Alten-/Pflegeeinrichtungen; Ausbrüche spiegeln allgemeinen Inzidenzanstieg wider	FG 37 (Eckmanns)
	Diskussion: - Mitteilung Gerit Korr, BMG: Ministerium nervös hinsichtlich PCR-Testkapazitäten, Bedarfsplanung; RKI: erforderlich für Bedarfsplanung: Meldepflicht für Testungen, Übermittlung von Testzahlen erfolgt bisher freiwillig; - Mitteilung ALM e. V.: Labore können prinzipiell Kapazitäten steigern, brauchen dafür Absicherung; problematisch: beginnende Abwanderung von Personal aufgrund erneut zunehmender Belastung ***TODO:*** *FG 32 – im Gespräch mit BMG auf Meldepflicht für PCR-Testungen hinwirken*	
	VOC/VOI in Deutschland (Folien hier) keine Veränderung: B.1.617.2 (Delta) weiterhin dominierend Anteil der Stichproben nimmt bei steigenden Fallzahlen ab (KW 44: 1,1 %) kaum Veränderung bei Delta-Sublinien unter Beobachtung: AY 4.2 und AY.33 um 1 % (KW 44)	FG 32 (Sievers)
	Molekulare Surveillance (Foliensatz 1 hier, Foliensatz 2 hier) CorSurV verlängert bis 06/2022 erfolgreiche Verknüpfung von Sequenzdaten mit Epidaten: 47 % (?) Darstellung des Mappings auf primärsequenzierende Labore: einige Labore übermitteln nie eine ID, Ursachen unklar – Kontakt mit betroffenen Laboren aufnehmen, um Ursachen und Lösung für fehlende Übermittlung zu suchen	MF 2 (Semmler), MF 1 (Fuchs)

	Delta ist das „neue Normal“, viele Sublinien ursprüngliche Delta-Linie: 28 % Anteil in DE Delta-Sub-Sublinie AY.4.2: zwei zusätzliche Mutationen im Spike-Gen, Verdacht auf erhöhte Übertragbarkeit; in GB als VUI deklariert, dort in der Verbreitung stark zunehmend; in DE bislang vergleichsweise wenige Nachweise (s. oben: VOC/VUI in Deutschland) **Diskussion:** - *geografische Verbreitung von AY.4.2? – Aw: keine Peaks, sondern kontinuierliche Zunahme der Nachweise, d. h. keine Hinweise auf lokale Ausbruchsgeschehen*	
	Syndromische Surveillance (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** *Grippeweb:* ARE-Rate auf gleichem Stand wie 2019/2020, deutlich höher als 2020/2021; im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg der ARE-Rate, Ausnahme: Altersgruppe 35-59 *Arztbesuche wegen ARE:* aktuell deutlich mehr Konsultationen als in den vorigen Saisons - vermutete Ursachen: mehr Menschen gehen auch bei schwacher Symptomatik zwecks Testung zum Arzt, RSV-Zirkulation; Altersgruppe 0-4: weiterhin hohes Niveau, aber keine weitere Zunahme *ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:* ausgeprägter Peak in Altersgruppe 0-4, Krankheitslast in dieser Altersgruppe v. a. bedingt durch RSV (67 %); zunehmend SARI-Fälle auch in Altersgruppen 35-59 (73 % COVID-19), 60-79 (58 % COVID-19), 80+ (47 % COVID-19) *ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen:* COVID-19-Anteil nimmt zu, KW 45: 38 % (ITS: 64 %) *COVID-SARI-Fälle, Herbst 2020 und 2021 im Vergleich:* ähnliches Fallzahlniveau in allen Altersgruppen *Ausbrüche in Kindergärten/Horten/Schulen:* Kitas/Horte: Anteil der AG 15+ zunehmend, die meisten Ausbrüche in BW und SN, durchschnittlich 5 Fälle pro Ausbruch; Schulen: deutlich mehr Ausbrüche als 2020, 856 Ausbrüche in den letzten 4 Wochen; durchschnittlich 5 Fälle pro Ausbruch; *Hospitalisierte Kinder:* RSV: bis KW 39 starker Anstieg der SARI-Fälle, zuletzt 300-400 SARI-Fälle wöchentlich; COVID-19: keine Steigerung, in KW 43 ca. 80-90 Hospitalisierte, wobei die Hospitalisierung möglicherweise aus anderen Gründen erfolgte und COVID-19 als Nebendiagnose festgestellt wurde; Fazit: die Krankheitslast bei Kindern geht ausdrücklich von RSV aus **Diskussion:** - *voraussichtlicher Verlauf der Grippesaison? – Aw: Verhalten der Bevölkerung wird sich verändern, noch bevor politische Maßnahmen ergriffen werden; die Verhaltensänderungen werden auch den Verlauf der Influenzawelle bestimmen* - *Folie 11 zeigt zuletzt Rückgänge der Ausbruchszahlen in Schulen – Bewertung? – Aw: Rückgänge nicht überbewerten,*	FG 36 (Buda)

	GÄ derzeit stark belastet, die vermeintlichen Rückgänge werden sich durch nachträgliche Übermittlungen aufheben - *Kinder spielen in der Transmission von SARS-CoV-2 eine große Rolle, der Schulbetrieb wird reaktiv durch Klassen- und Schulschließungen blockiert. Haben wir einen Ansprechpartner für verlässliche Informationen/Zahlen zu Schließungen? – Aw: möglicherweise BMFSJ, BMBF, KMK* - *PCR-Pooltestungen in NW: ab jetzt Rückstellprobe zu jeder Probe - beschleunigt Informationswege, weil Kinder aus positiven Pools nicht erneut beprobt werden müssen*	
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** in KW 45 bisher höchste Zahl an Einsendungen (266); Altersgruppe 0-4 überproportional vertreten insgesamt zweithöchste Positivrate: 62 % SARS-CoV-2: Anteil ähnlich wie Vorwoche, Ct-Werte ungewöhnlich niedrig, d. h. hohe Viruslast, letzte Woche Kontamination eines Puffers Influenza: gelegentliche Nachweise Influenza weltweit: im Vergleich zur Vorsaison aktuell stärkerer Anstieg, u. a. Influenza B (Victoria), H3N2 in RU und US dominierend Basisimmunität gering, Potential für Influenzawelle gegeben endemische Coronaviren: OC43 weiterhin um 10 % sonstige Atemwegsviren: bei RSV leichter Rückgang, HRV wie üblich um 20 %, PIV leicht rückläufig, HMPV auf niedrigem Niveau	FG 17 (Dürrwald)
	DIVI-Intensivregister (Folien hier) ***(nur mittwochs)*** starker Anstieg bei COVID-19-ITS-Neuaufnahmen, Stand 16.11.: +1.781 in den vergangenen 7 Tagen (+20 % im Vergleich zur Vorwoche) absolute Anstiege in allen Altersgruppen; Altersgruppe 60+ macht einen Anteil von 64,4 % aus hoher Anteil schwerer Fälle, um 80 Todesfälle täglich in 7-8 BL > 12 % Anteil COVID19 an Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten Höchststand bei Meldungen zu Personalmangel, 38 % der Intensivbereiche haben keine Kapazitäten im High-Care-Bereich (unabhängig von Behandlungsgrund), 72 % der Intensivbereiche geben „begrenzte bzw. keine Verfügbarkeit“ an SPoCK: in allen Regionen/Kleeblättern wird ein starker Anstieg der COVID19-ITS-Patienten prognostiziert Lage spitzt sich zu	MF 4 (Esins)
	Diskussion: - *Personalmangel für die verringerten Kapazitäten ursächlich? – Aw: Personalmangel korreliert mit Rückgang der Kapazitäten, Ausgleichszahlungen spielen möglicherweise auch eine Rolle*	

2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** angepasste Risikobewertung wurde zirkuliert (Dokument hier) weitere Anpassungen werden gemeinschaftlich in der Krisenstabssitzung diskutiert und vorgenommen, u. a. zu Kontaktreduktion, wichtigen Infektionsumfeldern, Empfehlung der STIKO zu Auffrischimpfungen, Sorge um zunehmende Belastung des Gesundheitswesens und abnehmende Behandlungskapazitäten unabhängig vom Behandlungsgrund **TODO:** *Zirkulation des Dokuments, Nutzung der aktualisierten Risikobewertung für morgigen Wochenbericht (FG 36), nächste Vorstellung der Risikobewertung im Krisenstab kommenden Freitag (19.11.)*	FG 38 (Rexroth)
5	**Kommunikation** **BZgA** kein Beitrag **Presse** hohe Aufrufzahlen von RKI-Twitter und -Internetseiten im Vergleich zu Oktober, hohe Aufmerksamkeit Twitter: Begleitung des Wochenberichts morgen BPK kommenden Freitag (19.11.): Thematisierung der angepassten Risikobewertung/ Gefährdungslage (siehe *TOP 4, Risikobewertung*), Sprechzettel in Vorbereitung Vorschlag für BPK: Grippeweb-Grafik zeigen **P1** Vorstellung 2G-/3G-Flyer kommenden Freitag im Krisenstab **Diskussion:** *Können wir die Unterschiede in der Inzidenz bei geimpften und ungeimpften Personen deutlicher herausstellen? Aus den BL liegen relativ gute Zahlen vor. – FG 33: Berichterstattung zu Impfeffektivität jetzt wöchentlich (statt alle vier Wochen).*	BZgA (Benser) Presse (Wenchel) P1 (Lein)

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ControlCOVID: auf die letzte Woche besprochene „minimal-invasive“ Anpassung der Testempfehlungen für Alten- und Pflegeheime wird verzichtet Begriff der „qualitativ hochwertigen Antigen-Tests“ soll auf der COVID-19-Diagnostik-Seite (rki.de/covid-19-diagnostik) definiert werden **RKI-intern** (nicht berichtet)	Abt. 3 / Alle
7	**Dokumente** Empfehlungen Kontaktpersonen-Management (Dokument hier) Veröffentlichung geplant für Freitag (19.11.) bei Ermittlung von KP je nach Kapazität des GA stärkerer Fokus auf sensible Bereiche und Situationen mit hohem Übertragungspotential (Abschnitt 2.1, Abschnitt 3.2.1); Empfehlung zur Selbstquarantäne vor Anordnung durch das GA (Abschnitt 3.2.2); Einschränkung der Ausnahme von der Quarantäne für geimpfte KP (Abschnitt 3.2.2) Einschränkung der Ausnahme von der Quarantäne für geimpfte KP: Empfehlung steht im Widerspruch zu § 10 SchAusnahmV **Diskussion:** *Empfehlung zur Quarantäne für geimpfte KP wird aufgrund der Widersprüche zu gesetzlichen Bestimmungen Rückfragen erzeugen - Implikationen bedenken – Empfehlungen für Quarantäne werden den Verlauf des Infektionsgeschehens nur minimal beeinflussen, dienen v. a. der Entlastung des ÖGD – Änderungen vom Minister unkommentiert zur Kenntnis genommen – Formulierung anpassen, um Empfehlungscharakter deutlich zu machen* ***TODO:** Formulierungsvorschläge heute an FG 36, Dokument morgen (18.11.) zur Kenntnis an AGI, Veröffentlichung durch Pressestelle am Freitag (19.11.)*	FG 36 (Haas)
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** (nicht berichtet)	FG33

9	**Labordiagnostik** **FG17** siehe *TOP 1, Lage national* **ZBS1** nicht anwesend	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ***(ausnahmsweise auch mittwochs)*** Kleeblätter Süd und Ost rechnen mit strategischer Patientenverlegung ab nächster Woche; West und Süd-West: Verlegung nur regional; Nord: mit Ausnahme von SH entspannt COVRIIN berät zu konkreten Vorschläge ans BMG, u. a. zu frühzeitiger Verlegung, struktureller Verlegung, AK-Therapie	ZBS 7 (Herzog)
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 19.11.2021, 11:00 Uhr	

Ende: 13:33 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 19.11.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG13
  - Stephan Fuchs
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International	ZIG1
	Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 17.11.2021 254.256.432 Fälle (+6,4% im Vergleich zu Vorwoche) 5.112.461 Todesfälle (CFR: 2,01%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. USA 2. Deutschland 3. Russische Föderation 4. UK 5. Türkei 6. Ukraine 7. Polen 8. Niederlande 9. Tschechien 10. Österreich Epidemiologische Lage EU/EW durch ECDC 1. Auf einer Skale 1-10 (very low – very high): Deutschland 8,0 (High) – Vorwoche 8,3 Epikurve WHO Sitrep: Weiterhin steigender globaler Trend Stärkster Anstieg bei Fällen (+8) und Todesfällen (+5%) in Europa	
	Diskussion:	
	Welche Maßnahmen haben die Länder getroffen, die besonders gut mit der Pandemie umgegangen sind, getroffen und warum lassen sich die schweren Verläufe auch in Ländern mit guter Gesundheitsstruktur und monetären Mitteln beobachten?	Schaade
	Eine Aufarbeitung sollte auf EU Ebene laufen. Unterschiedliche Faktoren könnten relevant sein, u.a. die Altersstruktur in Europa.	Rexroth
	In afrikanischen Ländern spielen demographische Faktoren aber auch Diagnostik und Saisonalität eine Rolle. In asiatischen Ländern könnte die Nachhaltigkeit, mit der Maßnahmen getroffen wurden, relevant sein. Die ZIG kann einzelne Fragestellungen bearbeiten und in kommenden Treffen präsentieren.	Hanefeld
	Der diagnostische Bias kann sich auf die Inzidenz aber auch auf die Todesfälle auswirken, z.B. wurden vllt. einige Todesfälle nicht mit COVID-19 diagnostiziert	Bremer
	Eine Übersicht der Übersterblichkeitsdaten aus Afrika wäre ebenfalls interessant.	Schaade
	ToDo: *Darstellung der unterschiedlichen ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich soll in 2 Wochen im Krisenstab von der ZIG vorgestellt werden. Genau Terminierung ist noch nicht erfolgt. Nach dieser Aufgabe soll eine Übersicht zu Übersterblichkeitsdaten aus afrikanischen Ländern erstellt werden.*	ZIG, Schaade

	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.248.291 (+52.970), davon 98.739 (+201) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 340,7/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.434.229 (70,3%), mit vollständiger Impfung 56.351.352 (67,8%) 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz Gesamt: 5,34 / 100.000 Einw. >= 60 Jahre: 12,55 / 100.000 Einw. Fälle auf ITS: 3.431 (+55) Anteil Belegung ITS mit COVID-19: 15,3% Erstaufnahmen ITS: +287 Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 2. Aus Sachsen konnten keine Fälle übermittelt werden, daher sind die Daten zurzeit nicht repräsentativ 3. Weiterhin hohe Inzidenzen 4. Anzahl der LK mit 7-TI >25/100.000 Einw.: 410/411 5. Anzahl der LK mit 7-TI >50/100.000 Einw.: 410/411 6. Anzahl der LK mit 7-TI >100/100.000 Einw.: 395/411 7. Anzahl der LK mit 7-TI >1000/100.000 Einw.: 12/411 Verlauf 7-Tage-Hospitalisierunginzidenz 8. Anstieg in fast allen BL, größter Anstieg in Thüringen 9. Das Verhältnis zur 7 Inzidenz ist in der BL unterschiedlich 10. Durch die Vollständigkeit der Daten kommt es zu einer Unterschätzung des HI. Die HI kann bis zu 50% höher als ausgewiesen sein 11. Die Datenvollständigkeit unterscheidet sich je nach Bundesland, zw. 35-99% Eine Übersterblichkeit ist zurzeit beobachtbar, Gründe müssen noch mit Abt. 2 geklärt werden **Diskussion:** Ein Datenvergleich von 2019 mit 2020 zu den NCD versursachten Todeszahlen zeigt einen Anstieg der Sterberaten von 5%. Größter Anstieg bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und endokrinen Erkrankungen. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind jährliche Schwankungen bekannt. In den USA zeigen sich ähnliche Beobachtungen. Im Laufe der Pandemie zeigt sich ein Rückgang der präventiven / prophylaktischen Leistungen. Eine Auswirkung dieses Rückgangs auf die Mortalität durch NCD ist in diesem kurzen Zeitraum jedoch nicht zu erwarten. Das durch Abt. 2 erstellte Dokument wird im Verteiler Krisenstab verteilt. Bedingt durch den Meldeverzug muss eine Entscheidung zur Berichterstattung zwischen Aktualität und Präzision getroffen werden. Sollte ein Verzug von einer Woche in Kauf genommen werden, um präzisere Werte zu berichten? Dieser Vorschlag bereits aus den Landesbehörden. In einer Phase des starken Anstiegs wäre damit jedoch nicht viel gewonnen.	FG32

	Eine wochenaktuelle Darstellung der Daten sollte in Betracht gezogen werden. Eine Herausforderung stellt die Verknüpfung der berichteten Werte mit juristischen Maßnahmen dar. Die Vollständigkeit der Meldedaten bleibt weiterhin ein Problem. Wie soll damit umgegangen werden? Sollten die Daten zur Vollständigkeit veröffentlicht werden? Eine Abstimmung dazu könnte z.B. in der AGI erfolgen. Ebenso sollte die Grundlage der Daten noch einmal geklärt werden (ist im jedem Land das IfSG Grundlage?). Die variierende Vollständigkeit der Daten und die einhergehende Limitation der Evidenz sollte kommuniziert werden um Transparenz zu wahren. Die Limitationen der Daten, sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Indikatoren (v.a. Hospitalisierungsinzidenz) wurden bereits ausgiebig kommuniziert Die Meldedaten stellen weiterhin qualitativ hochwertige Daten dar. Das Surveillance-System in Deutschland hat seine Limitation ist aber weiterhin sehr gut. Die Limitationen sind bekannt. Die Datenvollständigkeit sollte kommuniziert werden. So können die verwendeten Maßzahlen beurteilt werden. ***ToDo:*** *Die Zahlen zur Datenvollständigkeit sollen ausgewiesen werden. Eine Abstimmung mit den Landesbehörden soll zeitnah (in der nächsten AGI) erfolgen.*	
2	**Internationales** Intra-Action Review wird im Iran in Zusammenarbeit mit Abt. 3 und Charité durchgeführt. Der Fokus liegt auf der Anwendung von Telemedizin während der Pandemie Vermehrt Nachfragen zu Materialien und Laborbedarfen, auch aus dem afrikanischen Raum	ZIG

3	**Update digitale Projekte** Folien, hier CWA: Kennzahlen: >36,2 Mio. Downloads | 690.000 Warnende insgesamt >8800 Warnende/Tag >120.000 empfangene Warnungen/Tag (PPA) Entwicklung: Hotfix gefälschte Zertifikate Version 2.14 (nächsten Montag) Kommunikation: Pandemie-Geschehen (Wochenbericht, Kennzahlen) Englischsprachiges Dashboard CWA, CovPass-App, CovPassCheck-App: 3C gegen Corona Impfen CovPass: Kennzahlen: > 132 Mio. DCC (Stand 12.11.) CovPass-App: >24 Mio. Downloads (Stand 12.11.) CovPassCheck-App: 737.843 Downloads (Stand 12.11.) Entwicklung: Version 1.13 verzögert (bisher keine Rückmeldung vom Google-Review) Kommunikation: Check-App Kommunikation gepushed Nutzung Check-App steigt (Hamburger Verordnung) DEA immer mehr Länder werden wieder als Risikogebiete eingestuft > Zahl der Anmeldungen steigt 1 Jahr DEA: ca. 50.000 Anmeldungen pro Tag | > 16,7 Mio. Anmeldungen seit 11/2020 **Diskussion:** Gibt es einen Ausblick auf die Kompatibilität der CovPassCheck-App mit Lucca QR-Codes? Die Codes können nur dann eingelesen werden, wenn sie nach dem 26.05.2021 erstellt wurden. Der Bertreiber der App muss sich um die Kompatibilität kümmern. Die Betreiber wurden bereits informiert und in der Check App wird es einen Hinweis darauf geben.	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Redaktionelle Änderungen werden durchgeführt Eine Testung vor den Kontakt mit Personen mit erhöhtem Risiko einer Erkankung sollte empfohlen werden	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Boosterimpfung soll kommunikativ bearbeitet werden.	BZgA

	Mehrere Kanäle werden genutzt (TV, Radio, Plakate, Zeitung etc.) Informationsmaterialien zur Boosterimpfung wurden in einem Digitalpaket erarbeitet Ein besonderer Fokus wurde auf impfzögerliche Personen gelegt, um diese zu einer Impfung zu bewegen, also Impflücken zu schließen **Diskussion:** Wurde Kontakt zu Bundesverbänden verschiedener Gruppen aufgenommen, um mit diesen über verschiedene Strategien zu diskutieren? Ein Austausch hat bereits im Sommer stattgefunden. Wurde der TV-Spot soweit angepasst, dass die geimpften Personen nicht mehr ohne grundlegende Schutzmaßnahmen (AHA+L) z.B. feiern gehen? Die Kommunikation von Massenveranstaltung findet im aktuellen Spot (https://www.youtube.com/watch?v=JXQ2C5IXYzk) nicht mehr statt. Das kommunikative Ziel ist es den Impfschutz darzustellen und zu einer Auffrischungsimpfung aufzurufen. Lediglich den Schutz der Impfung zu kommunizieren ist in dieser Lage alleinstehend nicht ausreichend. Die Kontaktreduktion und grundlegende Maßnahmen (AHA+L) sollte kommuniziert werden um mit der Lage umzugehen. Die Kommunikation der Kontaktreduktion ist sinnvoll, jedoch wird die Bevölkerung nicht in der Geschwindigkeit nur durch Kommunikation dazu zu bewegen sein.	
	Presse Derzeitig wird vom Social-Media-Team ein Plan zur Kommunikation über die Weihnachtszeit entwickelt	Presse
	P1 Flyer zum Risiko bei 2G/3G Veranstaltungen wurde überarbeitet Graphik zu Impfdurchbrüchen wird erarbeitet Dokument zu Verhaltensregeln soll bis Montagmittag kommentiert werden **Diskussion:** Eine Anpassung der Darstellungen von Personen sollte den Altersgruppen entsprechend angepasst werden. Die ersten Maßnahmen bei Treffen von Personen außerhalb des eigenen Haushaltes, sollten weiterhin die AHA+L bleiben und nicht die Testungen. Auch die Antigentestung bei nicht Risikopersonen kann zu Verringerung der Transmissionen beitragen Durch Verringerte Verfügbarkeit von Tests sollten diese möglichst gezielt eingesetzt werden Eine „geschichtete“ Empfehlung soll dargestellt werden, d.h. gundlegend sollte bei Treffen auf die Basismaßnahmen geachtete und Kontakte reduziert werden. Sollte es jedoch zu	P1

	Kontakten mit z.B. Risikogruppen kommen, empfiehlt es sich einen Test durchzuführen. Die Darstellung der einzelnen geimpften und infizierten Personen könnte Irreführend sein, da der reale Anteil deutlich höher ist. Die Darstellung sollte daher quantitativ abgestimmt werden (mit FG33). Bei den Verhaltensregeln sollten die AHA+L priorisiert dargestellt werden und nicht die Impfung. ***ToDo:*** *Weiter Änderungen zu der Kommunikation der Testung und Maskengebrauch bei Kontakt mit Risikogruppen in dem Fyler und dem Dokument zu Verhaltensregeln sollen durchgeführt werden. Eine Testung soll v.a. bei Kontakt mit Risikogruppen erfolgen und nicht unbedingt bei jedem Kontakt im privaten Bereich. Die Basismaßnahmen und Kontaktreduktion bleiben im Fokus. Dokument soll bis Freitag DS erstellt sein.*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** Stabile Hospitalisierungsinzidenz unter den Geimpften Die Wirksamkeit sinkt leicht im Verlauf für die milden Verläufe Bei schweren Verläufen sinkt die Wirksamkeit leicht bei den Ü60 LSHTM Modellierungen: Bei einer Boosterimpfung von nur den 70+ würde eine 5. Welle stärker ausfallen als bei der Boosterimpfung der gesamten Bevölkerung. Die Boosterimpfung wird keinen großen Effekt auf die aktuelle Welle haben, aber auf das kommende Infektionsgeschehen in 2022. Bei einer Verkürzung des Impfabstands (unter 6 Monate) steigt die Anzahl des Impfdosen die pro Woche potentiell geimpft werden, dies kann zu einer Verringerung der Impfkapazitäten führen, v.a. von Relevanz für vulnerable Gruppen Empfehlungen und Zulassung von Impfungen bei Kindern >5 Jahren soll zeitnah erarbeitet / durchgesetzt werden **Diskussion:** Inwieweit ist die Schwere der Erkrankung in den Modellierungen der LSHTM berücksichtig?	FG33

	Details zum dem Modell bzgl. der Schwere sind nicht bekannt. Weitere Details können im Anschluss bilateral ausgetauscht werden. Wird für Novavax auch eine Boosterimpfung zugelassen? Die Einzelheiten der Zulassung für Novavax sind noch nicht geklärt. Die Kapazitäten zur Impfung der Bevölkerung sollten durch die Politik gestärkt werden (z.B. durch Öffnung von Impfzentren). Eine Boosterimpfung ab 3-4 Monaten ist sinnvoll. Daten aus Israel können Aufschluss darüber geben, wie lange die Boosterimpfung vorhält. Die Effektivität der dritten Impfung in Deutschland kann noch nicht beurteilt werden. Daten aus anderen Ländern zeigen, dass in Risikogruppen eine hohe Effektivität nachgewiesen werden kann. **STIKO** Der Beschlussentwurf zur aktualisierten STIKO Empfehlung zur Boosterimpfung wurde veröffentlicht	
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 859 Proben, davon: 40 SARS-CoV-2 143 Rhinovirus 31 Parainfluenzavirus 89 saisonale (endemische) Coronaviren 6 Metapneumovirus 2 Influenzavirus (beide H3N2) **ZBS1** 227 Proben erhalten 98 Proben positiv (43,2%)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Thüringen wird mit Verlegungen von Patient:innen in das weitere Bundesgebiet beginnen Die Darstellung des Kleeblattsystems soll weiter bekannt gemacht werden Zulassung der monoklonalen Antikörper zur COVID-19 Therapie erfolgt **Diskussion:** Wie hoch ist die Verfügbarkeit der monoklonalen Antikörper? Es gibt zum aktuellen Zeitpunkt keinen Engpass. Diese Therapiemöglichkeit in der vorklinischen Krankheitsphase sollte in stark betroffenen Regionen weiter	ZBS7

	bekannt gemacht werden, sodass die Belastungssituation reduziert werden kann. ***ToDo**: Informationspaket zur Anwendung von monoklonalen Antikörpern in der frühzeitigen Therapie von COVID-19 soll erarbeitet und in der nächsten AGI geteilt werden.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** der LK Ludwigslust Parchim hat wieder Daten übermittelt	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** Termin zur Diskussion der Perspektiven im Haus (Maskennutzung, 3G etc.) am **02.12.2021**	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:11 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 24.11.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade
Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Marc Thanheiser
- FG17
  - Thorsten Wolff
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - N.N.
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ZBS7
  - Michaela Niebank
  - Annegret Schneider
- MF1
  - Stefan Fuchs
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Christina Leuker
- Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.497.795 (+66.884), davon 99.768(+335) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 404,5/100.000 Einw. Hospitalisierungsinzidenz: 5,7/ 100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.791.289 (70,7%), mit vollständiger Impfung 56.637.852 (68,1%), mit Auffrischimpfung 6.641.501 Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Anstieg in allen BL, sehr steiler Anstieg in Sachsen, Thüringen und Saarland 2. 7d-R-Wert >1 3. 22 LK mit Inzidenz >1000 und 1/3 der LK mit Inzidenz >500 4. Inzidenz nach AG und Meldewoche: wöchentlicher Inzidenzanstieg von 100, Anstieg in allen AG	FG32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* Folien hier 200.000 Testungen mehr als in der Vorwoche Testpositivenrate ca. 20% Anzahl Testungen = 1,8 Mio, Kapazität liegt bei ca. 2,2 Mio Einzelne BL haben Auslastungsgrenze überschritten, z.B. Brandenburg, Thüringen, BaWü. Sachsen 50% der Labore haben eine Testpositivenrate von >20% ARS-Daten nicht berichtet VOC-Bericht nicht berichtet Molekulare Surveillance (nur mittwochs) nicht berichtet Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* nicht berichtet Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten *(nur mittwochs)* nicht berichtet	Hamouda
	Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* Folien hier 4041 COVID-19 Patienten auf den ITS (+2055 in den letzten 7d) Anstieg in allen BL, 9BL mit ITS-Auslastung von >12% Behandlungsbelegung nach Schweregrad: Anstieg der	Fischer

	Patienten mit invasiver Beatmung, ca. 100 Patienten versterben pro Tag auf ITS Altersstruktur von 3813 ITS-Patienten (96% aller gemeldeteten ITS Patienten): Anstieg in allen Altersgruppen, besonders stark bei den 50-79-Jährigen, Anstieg von 5 auf 28 Patientinnen in der Altersgruppe 0-17 in den letzten 5 Wochen Personal-und Raummangel: 75% teilweiser oder kompletter Verfügbarkeitseinschränkung SPoCK: Anstieg in den nächsten 3 Wochen im Osten, Süden und Südosten Modellierungen *(nur freitags)* nicht berichtet Diskussion Frage: Wie hoch ist die Surge Kapazität (d.h. Umwandlung von non-COVID-19 Betten in COVID-19 ITS Betten) Antwort: Die Notfall-Reserve-Kapazität ist als Kenngröße dafür nicht geeignet, da sie hauptsächlich low-care ITS Betten beinhaltet. Daher Orientierung an den Beatmung- und ECMO-Kapazitäten. Frage: Warum bleibt Anzahl verfügbarer ITS Betten konstant, obwohl COVID-19 ITS Patientenzahl stark ansteigt? Antwort: Anteil von Non-COVID-19 Patienten wird gedrückt, z.B. durch Verschiebung von Operationen. Um das zu illustrieren, ist eine neue Grafik notwendig **ToDo1** *Graphische Darstellung des Verlaufs COVID-19/Non-COVID-19 ITS Patienten und der Verfügbarkeit freier ECMO-Betten (Fischer)*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (Dokument hier): Fokus wurde auf Grundimmunisierung statt wie bisher auf Boosterimpfung verschoben Hervorhebung der Belastung des Gesundheitssystems ärztliche Konsultation ggf. Therapieoptionen wahrnehmen: „Durch frühzeitige ärztliche Konsultation können individuell therapeutische Möglichkeiten geprüft werden (z.B. antivirale	Abt. 3

	Therapie). Die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und erst wenige Therapieansätze haben sich hier in klinischen Studien als wirksam erwiesen.“	
5	**Kommunikation** **BZgA** Aktivitäten neu: Webseite aktualisiert zu neuen Entwicklungen, z.B. Novellierung Infektionsschutzgesetzt, STIKO Empfehlung Merkblatt zum Verhalten über die Feiertage: Impfschutz, AHA-L, Testung, Kontaktreduzierung, Boostern Info zur EMA Zulassung für Kinder ab 5 Jahren Flyer zu 2G/3G/2G+ Frage aus Krisenstab: Was wird unter 2G+ verstanden? Antwort: Definition unbekannt, Vorschlag aus Krisenstab wird gern übernommen **Presse** Wahrscheinliche Überschreitung der 100.000 Marke an Verstorbenen am nächsten Tag, daher ggf. ein Twitter Thread dazu und zum Ausgleich kein Begleit-Tweet zum Wochenbericht erfolgreiches Hintergrundgespräch für Journalisten zur Hospitalisierungsinzidenz durchgeführt durch Hamouda, Diercke und M. an der Heiden **P1** Diskussion über 2G/3G Flyer (hier) Ersetzten des begriffs ‚Veranstaltung‘ durch ‚Treffen/Zusammenkünfte‘ Streichen der 2G/3G-Personengrafik nach langer Diskussion, da Grafik häufig zu Missverständnissen führt und Anteile stark Inzidenzabhängig sind Weitere Illustrationen überprüfen und ggf. streichen: z.B. Entfernen des Probentropfens in Schnelltest-Bild, Entfernen des Bilds mit dem Pärchen mit Maske auf dem Sofa Da Eingangs bereits erwähnt wird, dass das Tragen von Masken wichtig ist, soll darauf unter 5. nicht mehr eingegangen werden Unter 5. nicht auf Alten- und Pflegeheime eingehen, da diese eigene SOPs haben, Nur auf private Treffen außerhalb des eigenen Haushalts eingehen **ToDo2** *Bitte das ‚+‘ bei 2G+ definieren: Es handelt sich um Geimpfte oder Genesene, die zusätzlich negativ getestet sind. Nicht auf Art der Testung eingehen. Mit P1 2G/3G Flyer (Leuker) abstimmen. (Ommen)*	BZgA (Ommen) Presse (Wenchel) P1 (Leuker)
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	Allgemein ! 1. Verschiedene Datenangebote zur Hospitalisierungsinzidenz: Was soll das RKI kommunizieren, wie häufig, auf welcher geographischen Ebene? (7-Tageswert tagesaktuell, eingefroren, nachkorrigiert, Nowcast…) Diskussion über die Darstellung der Hospitalisierungsinzidenz für die einzelnen Bundesländer Es wurde angeregt, im Vorfeld zu klären, welcher Wert Maßgeblich für Regelungen sei, dies aber im Laufe der Diskussion wieder verworfen, da BL oft eigene Werte heranziehen. Stattdessen sollen alle verfügbaren Werte ähnlich wie beim R-Wert täglich veröffentlicht werden und ggf. eine regelmäßige Einschätzung erfolgen, wie die Werte zu interpretieren sind. Der eingefrorene Wert sollte als Richtwert empfohlen werden Durch die Veröffentlichung aller Werte soll verdeutlicht werden, dass die aktuelle Untererfassung der tatsächlichen Hospitalisierungsinzidenz nicht durch das RKI zu verantworten ist, sondern durch die unvollständige Meldung der Länder ! 2. Anliegen aus der AGI: Wegfall von PCR-Testindikationen zur Entlastung der PCR-Kapazitäten Es wurde aus der AGI angeregt, dass Ermöglichungstests, z.B. Freitestung nach Quarantäne, 2G+ und Pooltestung an Schulen nicht mehr empfohlen werden. Nach einer Diskussion wurde entschieden, dass auf die nationale Teststrategie verwiesen wird mit einem Disclaimer, dass die BL je nach Kapazität davon abweichen dürfen. RKI Papiere dazu (Kontaktpersonennachverfolgung, Entlassmanagement, Testkonzepte für Schulen) werden aus diesem Anlass nicht geändert. ! 3. AG zur Antiviralen Therapie Herr Schade regt an, dass sich eine Arbeitsgruppe bildet, die sich ergebnisoffen damit auseinandersetzt, ob das RKI eine antivirale Therapie aus Public Health Gesichtspunkten empfehlen kann oder nicht. Es sollen Aspekte der Frühtherapie und Prophylaxe (Chemo- Prophylaxe als Auftrag der STIKO) berücksichtig werden. **RKI-intern** nicht berichtet **ToDo3** *Tägliche Veröffentlichung der Nowcasting-, adjustierten sowie eingefrorenen Werte für die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (Diercke, Rexroth)* **ToDo4** *Textvorlage zur Testindikation (für Wochenbericht?) von J.*	Alle Abt. 3

	Seifried (siehe letzte Folie Testzahlerfassung) um einen Disclaimer ergänzen (Seifried, Mielke, Haas) **ToDo5** *Arbeitsgruppe bilden, die sich damit beschäftigt, ob eine antivirale Therapie aus Public Health Sicht z.B. zur Chemo-Prophylaxe, empfohlen werden kann oder nicht. Nach Fertigstellung soll eine Abstimmung mit FG33 und Fachgesellschaften erfolgen. Erstes Zwischenergebnis vor Weihnachten im Krisenstab präsentieren. Federführung der AG: Niebank, Zuarbeit durch: ZBS7, FG36, FG17 (Oh), Abstimmung mit FG33, Fachgesellschaften*	
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38

14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 26.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:10 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

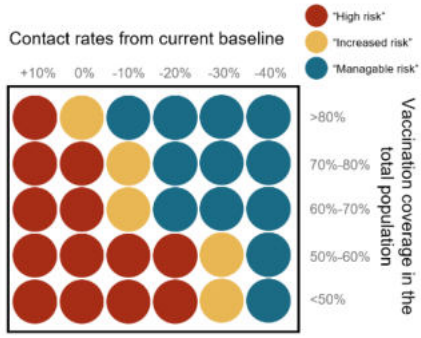
Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Wochentag, 2021-11-26, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Svenja Matusall
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG13
  - Stephan Fuchs
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Barbara Biere
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Agata Mikolajewska
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Anna Rhode
  - Heinz Ellerbrok
  - Mikheil Popkhadze
- ! BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 25.11.2021 Fälle: 258.830.438 Fälle (+9,5% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 5.174.646 Todesfälle (CFR: 2,0%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. USA 2. Deutschland 3. UK 4. Russische Föderation 5. Türkei 6. Niederlande 7. Polen 8. Frankreich 9. Tschechien 10. Vietnam RRA ECDC: current SARS-CoV-2 epidemiological situation and projections for the end-of-year festive season, 17th update Situation in Deutschland: High Concern Grafik veranschaulicht die Belastung durch COVID-19 im Verlauf, unter Berücksichtigung der Impfraten und Kontaktreduktion. 0% stellt des derzeitigen Baseline Wert dar. Die Grafik veranschaulicht die Relevanz von Kontaktbeschränkungen zusätzlich zur Impfung der Bevölkerung Figure 8. Projected burden of COVID-19 mortality in relation to vaccination coverage and contact rate change between December 2021 and the end of January 2022  Note: The figure shows the risk for mortality burden as circles in blue ('manageable risk'), yellow ('increased risk'), and red ('high risk'), across different vaccination coverages as well as different changes in contact rates from the current situation and assuming 30% increased contacts due to the festive season. Einflüsse auf die Krankheitsschwere von COVID-19; internationaler Überblick Studien in Mali~~, Sierra Leone~~ und Uganda untersuchen den Einfluss einer routinemäßigen Exposition gegenüber Malaria auf die Krankheitsschwere Von COVID-19 Es wird die Hypothese aufgestellt, dass durch diese Exposition ein gewisser Trainingseffekt des Immunsystems vorliegt, sodass es nicht zu einer Überreaktion auf SARS-CoV-2 kommt COVID-19-Patienten mit vorangegangener Malariainfektion behielten normale Zytokinspiegel Laborstudie in Sierra Leone zu Kreuzimmunität. Präpandemisches Serum (Ebolaüberlebende und Kontakte) weist reaktivität gegen SARS-2, SARS-1 und MERS auf. Etwas niedriger als Vergleichsgruppe der COVID-19 Patienten (USA) aber sehr viel höher als in präpandemischem Serum aus USA	ZIG1

	~~(endemische Coronaviren & SARS-CoV-2)~~ könnten eine Rolle spielen Virusvariante B.1.1.529 Aktuell starker Fallzahlanstieg in Tschwane/Pretoria, Provinz Gauteng, Südafrika (**R=1,94)** Einzelne Nachweise in Botswana (4) und Hongkong (1, Reisehistorie Südafrika) – Nachtrag: Belgien Diverse Spikeprotein Veränderungen: A67V, Δ69-70, T95I, G142D, Δ143-145, Δ211-212, ins214EPE, G339D, S371L, S373P, S375F, K417N, N440K, G446S, S477N, T478K, E484A, Q493K, G496S,Q498R, N501Y, Y505H, T547K, D614G, H655Y, N679K, P681H, N764K, D796Y, N856K, Q954H, N969K, L981F PCR Auffälligkeit: S-Gen Verlust (n=77), ermöglicht PCR screening Bislang keine Info zu Veränderung von Transmissionsfähigkeit, Krankheitsschwere, Immunevasion, Reinfektionsfähigkeit etc. vorhanden. Seit 24.11.2021 "Variant under Monitoring" by WHO Seit 26.11.2021 „Variant of Concern" by ECDC Heute (26.11.2021) tagt WHO Technical Advisory Group (TAG) on virus evolution Einstufung von Südafrika, Lesotho, Eswathini, Malawi, Botswana, Mosambik asl Virusvariantengebiete 1. Beförderungsverbot (Rechtsgrundlage EinreiseVO) 2. Flugverbot wird diskutiert (vermutlich keine Rechtsgrundlage) 3. Zeitpunkt: möglichst schnell, rechtlich möglich: Sonntag 00Uhr 4. Diskussion: Anpassung §10 EinreiseVO zu Ausnahmen möglich	
	Diskussion	Haas
	Bei dem RRA des ECDC ist der Ansatz gut, jedoch sollte geklärt werden, welchen Zeitpunkt die ECDC als Baseline festlegt. In Deutschland kam es bereits zu einem massiven Anstieg, daher wäre es wichtig zu wissen, welcher Zeitpunkt genutzt werden soll, um die Grafik auszuwerten.	Wolff
	Kreuzreaktionen der N Proteine von SARS-CoV-2 und saisonalen Beta-Coronaviren ist wohl bekannt. Unklar, ob das irgendeine Relevanz für COVID hat. In Honkong sind nach NY Times 2 Patienten identifiziert. Einer der Fälle war in einem Hotel in einem Zimmer gegenüber des Indexfalls untergekommen.	Oh
	HK hat eine sehr gute Einreisequarantäne. Wenn man die Variante dort bei Einreisenden gefunden hat, dann wird sie auch in anderen Ländern angekommen sein In Deutschland wurde diese Variante noch nicht identifiziert. Die Sensitivität der Surveillance ist relativ gut, aber zurzeit müssten ca. 2000 Fälle mit der Variante infiziert sein, um diese in der Surveillance nachzuweisen. Die Sequenzdaten sind sehr frisch. Mit Partnern aus Südafrika wurde besprochen, dass bei	Fuchs

	Auffälligkeiten direkt eine Sequenzierung angeschlossen werden sollte. Es gibt Hinweise auf mehrere Feiern, die potentiell Ausgangspunkt für das Infektionsgeschehen sein könnte. Die Impfrate in Südafrika ist relativ gering. Es gibt wenig Informationen zur Epidemiologie des Ausbruchs. CDC Africa hat aufgerufen keinen Travel-Ban zu implementieren, da diese in der Vergangenheit wenig Impact gezeigt haben. Über Telemedizin besteht Kontakt zu 2 Krankenhäusern in ZA. Sollte es durch diesen Kanal Informationen geben, werden diese weitergeleitet. Diese Line scheint unabhängig von der Delta Variante entstanden zu sein und zeigt ein ungewöhnliches Mutationsprofil. Weitere Untersuchungen sind nötig um valide Aussagen treffen zu können. In der fachlichen Empfehlung zum Kontaktpersonenmanagement werden konkret 2 Varianten (Beta & Gamma) genannt, diese Formulierung ist sehr spezifisch und berücksichtigt nicht neu auftretende Varianten. Ein generelles Statement zu Reisen auf Länder mit VOC ist nicht enthalten. Dies weicht von der geltenden Verordnung zu Risiko- und Virusvariantengebieten ab.	IBBS/STAKOB? Haas
	ToDo: *Empfehlungen zur KoNa anpassen, sodass der Wortlaut angepasst wird, dass eine Quarantäne von Reisenden aus Gebieten mit wahrscheinlicher Exposition zu VOCs empfohlen wird und im Einklang mit geltenden Verordnungen steht.*	Haas, Kröger
	ZIG1/PHI bittet darum die Aktualität beiden Aufgaben (ID4582 ITS Aufnahmekriterien im internationalen Verlgeich und ID4583 Übersterblichkeitsrate Afrika) krititsch zu prüfen. Die Aufgaben sind nicht besonders klar umrissen und bedeuten (so wie sie jetzt gestellt sind) unglaublich großen Arbeitsaufwand. Wir haben dafür derzeit keine Unterstüzung in Aussicht und können das so kaum stemmen, besonders in Erwartung der sich entwickelnden internationalen Situation um B.1.1.529.	Rohde ZIG1
	National	
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.650.170 (+74.414), davon 100.476 (+357) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 438,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.901.630 (70.8%), mit vollständiger Impfung 56.716.237 (68,2%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Sachsen bei fast 1.200 / 100.000 EW 2. Anstieg im gesamten Bundesgebiet zu beobachten 3. Bayern zeigt möglicherweise Stagnation 4. Anzahl Kreise mir 7-TI >50 = 411/411(+0) 5. Anzahl Kreise mir 7-TI >500 = 149/411 (+11) 6. Anzahl Kreise mir 7-TI >1000 = 34/411 (+5) Hospitalisierte gesamt: 5,97 / 100.000 EW	FG32

	Hospitalisierte >60: 14,45 / 100.000 EW Todeszahlen nach Alter und Meldewoche Sterbezahlen bisher unter dem Niveau des letzten Winters Höchste Sterbezahlen in der AG 60-79 und >80 Im gesamten Verlauf 35 Kinder verstorben; alle mit Vorerkrankungen Einige Todgeburten in der AG 0-4; in diesem Jahr bisher 9 Todesfälle Übersterblichkeit derzeit beobachtbar **Diskussion:** Man sollte die Todesfälle unter 0-4-jährigen nicht mit den Todesfällen in anderen Altersgruppen vergleichen, sondern mit der Häufigkeit anderer Todesursachen in anderen Altersgruppen 50% unter den Verstorbenen in den höheren Altersgruppen waren geimpft. Dies muss mit der gesamten Impfquote in Kontext gesetzt werden. Berücksichtigt man diese, ist der Schutz durch die Impfung weiterhin gut.	
2	**Internationales** Twinning Projekt mit Namibia Im Rahmen einer IAR wurde identifiziert, das labortechnische Kapazitäten zur Durchführung von PCR gestärkt werden sollen Im vergangenen Jahr wurde das erste Testlabor aufgebaut. zurzeit kann dieses Labor 20 -60 Samples / Tag möglich Im August diesen Jahres wurde ein neues Labor eingerichtet; zurzeit kann dieses Labor >100 Samples / Tag möglich Ein weiteres Labor wird zurzeit aufgebaut und das Personal trainiert SARS-CoV-2 validiertes Testing soll bald möglich sein	Ellerbrok

3	**Update digitale Projekte** Folien hier **CWA** Kennzahlen: knapp 37 Mio. Downloads | 750.000 Warnende insgesamt 12.000 Warnende/Tag 150.000 empfangene Warnungen/Tag Entwicklung: Notification Booster-Impfung nach 6 Monaten Kommunikation: BPK über CWA und CovPass-Check CWA, CovPass-App, CovPassCheck-App (>100k Impressions) Pandemie-Geschehen (Wochenbericht, Kennzahlen) Impf-Kommunikation **CovPassApp** Kennzahlen: 134,6 Mio. DCC (Stand 23.11.) CovPass-App: > 25 Mio. Downloads (Stand 25.11.) CovPassCheck-App: > 950.000 Downloads (Stand 25.11.) tägliche Downloads um 50% gestiegen in der letzten Woche Entwicklung: Version 1.14 Kommunikation: Check-App Kommunikationsmaterial steht online zur Verfügung Akzeptanz der CheckApp steigt ! Bsp. NRW Verordnung **DEA** Kennzahlen: immer mehr Länder werden wieder als Risikogebiete eingestuft > Zahl der Anmeldungen steigt ca. 60.000 Anmeldungen pro Tag | > 17,1 Mio. Anmeldungen seit 11/2020	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** (nicht berichtet)	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Hinweise zur Kontaktbeschränkung werden prominenter plaziert Kommunikation zur Booster-Impfung wird weiter ausgebaut **Presse** Gestern wurde zu den 100.000 Todesfällen getwittert. Große Resonanz auf den Post In den letzten Wochen gab es insgesamt eine erhöhte Resonanz und Aufmerksamkeit auf den öffentlichen Kanälen des RKI	BZgA Presse P1

	P1 Der 2G/3G Flyer wird zurzeit überarbeitet und soll wenn möglich Montag veröffentlicht Flyer „Verhaltensregeln: Sicher durch den Winter“ wurde erstellt und mit der AG Diagnostik abgestimmt. Die Empfehlungen wurden überarbeitet. **Diskussion:** Einige Formulierungen scheinen relative komplex und lang. Eine Reduktion wäre wünschenswerte. Es sollte klar kommuniziert werden, dass eine Kontaktreduktion auch jetzt schon wichitg ist und nicht erst zu Weihnachten. ***ToDo:*** *Es wird gebeten Rückmeldung direkt im Dokument zu den Verhaltensregeln (hier) gegeben werden.* **Dokument zu PCR-Testing Kapazitäten** Entwurf hier Empfehlung für einen Zielgerichteten Einsatz von PCR Kapazitäten Ländern können in Abhängigkeit von der regionalen Situation Regelungen entsprechend anpassen. Es handelt sich von Seiten des RKI um Empfehlungen. Ein Verweis im Dokument zur Nationalen Teststrategie sollte erfolgen Die Indikation der PCR-Pool Testungen wurde in der AGI kritisch diskutiert ***ToDo:*** *Text des Dokuments soll am Montag veröffentlicht werden.* **Kommunikation zur neuen Variante aus Südafrika** Entwurf hier Herr Wolff hat einen Text zur fachlichen Einschätzung der neuen Variante entworfen und im Krisenstab geteilt Das Dokument soll keine Empfehlungen zu Maßnahmen enthalten und lediglich eine fachliche Einschätzung des Virus sein Das Dokument wurde im Krisenstab überarbeitet Das Dokument wird auf der Webpage des RKI als extra Artikel aufgenommen. Bei einer Klassifizierung als VOC wird dies dann in der entsprechenden Rubrik veröffentlicht	

6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** Der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) hat am 25.11.2021 die Empfehlung ausgesprochen, für den COVID-19-Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer eine Zulassungserweiterung für die EU und damit auch Deutschland zu erteilen. Mit der Zulassungserweiterung kann dieser Impfstoff ab einem Alter von 5 Jahren eingesetzt werden. **Eine Off-Label Nutzung des jetzt verfügbaren Impfstoffs für Erwachsene bei Kindern ab 5 Jahren wird in Deutschland nicht empfohlen.** Eine entsprechende Empfehlung der STIKO ist noch in Arbeit Eine Stellungnahme zur Impflicht wurde erarbeitet. Eine einrichtungsbezogene aber auch allgemeine Impfplicht wird vom RKI als sinnvoll erachtet. Zurzeit erreich das RKI viele Erlasse mit kurzer Bearbeitungszeit (<24h) **STIKO** Die Regelung zur Schutzimpfung bei Genesenen bleibt erhalten. Bei einer Impfung die bereits mehr al 6 Monate zurückliegt, soll ebenfalls eine Booster-Impfung erfolgen **Diskussion:** Ein Initiativbericht zur Anpassung der SchAusnahmV sollte erfolgen, da diese Verordnung geimpfte Personen generell von der Quarantäne ausnimmt. Dies entspricht nicht den aktuellen Anforderungen in der jetzigen epidemischen Lage Ein genaues Datum der Lieferung des Impfstoffes für Kinder ist noch nicht bekannt. In der jetzigen Lage mangelt es nicht an Impfstoff für Erwachsene Eine einrichtungsbezogene Impfpflicht lässt sich einfacher implementieren als eine allg. Impflicht	FG33

9	**Labordiagnostik** (nicht berichtet)	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** Die neue SurvNet Version würde ausgerollt Impfdaten können nun besser erfasst werden Zusätzlich werden Informationen zu Reinfektionen erfasst	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** Heute fand die 300. Sitzung des Krisenstabs statt.	FG38
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:05 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 01.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG13
  - Stephan Fuchs
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Justus Benzler
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
  - Mirco Sandfort
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protokoll)
  - Alba Mendez
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! MF1
  - Thorsten Semmler
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Andrea Rückle

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.903.999 (+67.186), davon 101.790 (+446) Todesfälle Anzahl der aktiven Fälle: 864.600 (+22.400) 7-Tage-Inzidenz: 442,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 59.407.188 (71,4%), mit vollständiger Impfung 57.024.545 (68,6%), davon 10.377.200 (12,5%) mit Booster-Impfung Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Starker Rückgang in Sachsen, vermutlich nicht natürlich, sondern durch Kapazitätsmangel Abflachen in ST & BB Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000: 411/411 (+0) Anzahl Kreise mit 7-TI > 500/100.000: 146/411 (-11) Anzahl Kreise mit 7-TI > 1000/100.000: 32/411 (-3) Nowcasting R-Wert Sinkender Trend auf Bundes- und Länderebene, zurzeit knapp unter 1 Hospitalisierungsinzidenz Sinkender Trend in Thüringen, aber weiterhin >15 /100.000 EW Gesamt: 5,61 /100.000 EW >60: 13,00 /100.000 EW Anzahl der Todesfälle Weiterhin steigende Anzahl der Todesfälle ***Diskussion:*** Die beobachteten Fallzahlen nehmen nicht mehr so rasant zu, wie in den letzten Wochen. Wir können aber trotz Stagnation der Fallzahlen und sinkendem R-Wert keine Entwarnung geben, da das Abbremsen zumindest zum Teil durch örtlich erschöpfte Labor-Kapazitäten und begrenzte Kapazitäten im ÖGD erklärt werden kann. Der R-Wert ist eine Ableitung aus den Meldedaten und eine Abnahme kann auch Folge der Überlastung im ÖGD sein. Die eingeschränkte Aussagekraft des R-Wert bei Überlastung des ÖGD und niedriger Erfassung von Fällen sollte kommuniziert werden. Eine solche Einordnung wäre z.B. im Wochenbericht oder den FAQs möglich Je höher die Positivenanteil, desto höher auch der Anteil der Unentdeckten ***ToDo:*** *Im Wochenbericht soll die derzeitige Stagnation der Inzidenz gut eingeordnet weren, ebenso der sinkende R-Wert.*	FG32 FG 37

	Testkapazität und Testungen Folien hier Anzahl der Testungen nochmal angestiegen, Positivenanteil auch gestiegen (21,19%) Je höher der Positivenanteil bei zugleich hohen Fallzahlen, desto höher die Untererfassung Kapazitäten in Bundesländern mit höchsten Inzidenzen äußerst stark belastet Positivenquote: Extrem hohes Niveau: 50% der Labore haben einen Positivenanteil von >20%, 75% liegen >10% Laborauslastung: Auslastung in einigen Bundesländern > 90%. ! Gefahr verzögerter Ergebnisübermittlung Allerdings nicht aus allen übermittelnden Laboren Angaben zur Testkapazität Positivenanteil: In allen Bundesländern deutlicher Trend nach oben ARS-Daten Verzögerungen bei der Testung: zurzeit >1 Tag; vorher um die 0,6 tage ***Diskussion:*** PCR-Kapazitäten sind teils so knapp, dass sogar symptomatische AG-Test positive Personen nicht PCR-bestätigt werden Eine Turn-Around-Zeit von <24h sollte ebenfalls angestrebt werden. Pro Woche werden ca. 65.000 variantenspezifische PCR-testungen durchgeführt. Eine Priorisierung des Einsatzes von PCR-Tests gemäß der Nationalen Teststrategie aktuell geboten **VOC-Bericht** Folien hier Wenig Veränderungen im Vergleich zur Vorwoche (bis 46. KW) Anteil von Omikron: 0% (1 Meldung) Variant under Monitoring: stagnierender oder sinkender Anteil VOC Omikron: Nachweise in 18 Ländern, davon 12 in Europa (Stand 30.11.) > 150 bestätigte Fälle, ca. 1000 Verdachtsfälle (Stand 30.11.) Diverse Spikeprotein Veränderungen: PCR Auffälligkeit: S-Gen Verlust (n=77), ermöglicht PCR screening bisherige Informationen: 1. Starker Fallzahlanstieg in Tschwane, Provinz Gauteng, Südafrika R=1,94 2. Vorläufige Daten aus SA zeigen erhöhte Reinfektionsrate, ob Omikron die Ursache und/oder es sich um einen anders begründeten Anstieg handelt, ist unklar. 3. Bislang keine Info zu Veränderung von	FG 36

	Transmissionsfähigkeit, Krankheitsschwere, Immunevasion, Reinfektionsfähigkeit etc. vorhanden. 4. In Europa erste Verdachtsfälle ohne Reiseanamnese (UK, D) 5. Großteilig asymptomatisch bis mild-symptomatische Fälle 6. in SA leichter Anstieg der Hospitaliserungen International: viele travel bans/entry restrictions Fälle (Stand 30.11.) 4 Fälle mittels NGS bestätigt (3x BY, 1x HE) 3 Fälle aus BY (Reiserückkehrer Südafrika, Milde Symptome, keine Hospitalisiert, vollständiger Impfschutz) 4 Fälle im Meldesystem (4xHE, target PCR) Maßnahmen: Virusvariantengebiete ! Quarantäne nach Einreise Anpassung Empfehlungen zum KPM Bei Exposition zu Fall mit nachgewiesener VOC 14 Tage Quarantäne (außer Alpha, Delta) Informationen an BL: Hinweise und Empfehlung zur varianten-spezifischen PCR, Hinweise zur Eingabe im Meldesystem, Retrospektive Überprüfung aller Genomsequenzen der IMS (DESH-Daten)	Hanfeld
	Diskussion: Bei dem Flug aus Südafrika in dem die ersten Fälle mit Omikron in Schiphol nachgewiesen wurden, wurden nicht im Voraus getestet. In Südafrika waren die Inzidenzen bisher niedrig. Seit der neuen Variante erhöht sich die Inzidenz. Dies könnte darauf hindeuten, dass in Südafrika wenig über die Inzidenzen im eigenen Land bekannt ist. In Deutschland kam es zu keinem Aufruf, dass sich diejenigen testen lassen sollen die bereits 10 Tage vor der Bekanntmachung der neuen Virusvariantengebiete einreisten Aussagen zur Virulenz, Schwere der Verläufe und Transmissibilität der neuen Variante können erst mit der Zeit getroffen werden, bis dahin sollten entsprechende Maßnahmen getroffen werden, um mögliche schwere Folgen zu verhindern. In Deutschland können noch keine abschließenden Aussagen getroffen werden, seit wann die Variante bereits in Deutschland zirkuliert. In bereits vorliegenden Sequenzierungen konnte kein Omikron nachgewiesen werden. Die Lage in Südafrika ist undurchsichtig, v.a. was die Sequenzierung und Erfassung der Fälle angeht. Im Verlauf ist damit zu rechnen, dass es in den kommenden Wochen zu vermehrten Hospitalisierungen kommen wird. Weitere Aussagen zur Klinik der neuen Variante können noch nicht abschließend getroffen werden. Eine Erhöhung der Sequenzierungsrate sollte erfolgen.	Rexroth Herzog Mielke MF1

	Molekulare Surveillance Folien hier **Omikron:** Mutationsprofil Insgesamt sind 9 Mutationen innerhalb des S-Gens aus anderen VOCs bekannt (convergente Entwicklungen) Phylogenie Omikron ist sehr isoliert zu anderen Clustern. Erklärung dafür wäre z.B. eine längere unbekannte Zirkulation Mutations-basierte Screening-Verfahren hätten Omikron in Deutschland frühzeitig erkannt **Syndromische Surveillance** GrippeWeb bis zur 47. KW 2021 Der Wert (gesamt) lag in der 47. KW 2021 bei 5.000 / 100.000 EW Entspricht einer Gesamtzahl von ca. 4,2 Mio akuten Atemwegserkrankungen (46. KW: ca. 4,6 Mio.) Im Vergleich zur 46. KW 2021: Rückgang bei den Kindern (0 bis 14 Jahren) ARE Konsultationen bis zur 47. KW 2021 KonsInz insgesamt im Vergleich zur Vorwoche gesunken. In 47. KW: 1.479 (Vorwoche:1.799) KonsInz bei 0-bis 4-Jährigen nähert sich durch den Rückgang wieder den Vorjahreswerten an In keinem BL Ferien Bis auf MvP und BeB sind die KI der Kinder 0-4 und 5-14 Jahre zurückgegangen. Die Gesamt Konsultationsinzidenz ist in fast allen BL zurückgegangen (außer MvP und Thüringen, Sachsen ist stabil geblieben). ICOSARI-KH-Surveillance bis zur 47. KW 2021 SARI-Fallzahlen sind insgesamt gestiegen ! Seit Saisonbeginn hohes Niveau deutlich über den Vorsaisons in AG 0 bis 4 Jahre: kein weiterer Rückgang, weiterhin hohes Niveau 50% der SARI-Fälle in AG 0-4 mit RSV-Diagnose, Vorwoche 62%; Anteil geht zurück aber weiter sehr hoch; 50% sonst eher Peak-Niveau in anderen Saisons) Altersgruppen ab 35 Jahre Anstieg, auf Niveau der Vorsaisons (hoch bis sehr hoch) Anteil SARI-COVID-Fälle bei Hospitalisierungen seit KW 41 kontinuierlich ansteigend; ! Anteil COVID-19 an Intensiv bleibt sehr hoch, fast auf Peak-Niveau (2. und 3. Welle, ging bis max. 88%) Anteil COVID-19 an SARI 54% (KW 46: 48%) Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 78% (KW 46: 79%) Ausbrüche in Kindergärten / Horte Seit Oktober erneuter Anstieg; Niveau der zweiten Welle	FG 36

überstiegen (etwa 1 Monat früher als im Vorjahr)
Anfang Nov etwa 3-mal mehr Ausbrüche als im Vorjahr zu dieser Zeit
Anteil AG nimmt möglicherweise wieder zu; zuletzt bei 50%
Eckdaten der **letzten 4 Wochen:**

7. Bisher 493 Ausbrüche
8. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle; (etwa 8% Ausbrüche >=10 Fällen)

Ausbrüche in Schulen
Ausbrüche steigen nach Herbstferien wieder sehr rasch an
In KW 45 neuer Höchstwert mit bisher 570 Ausbrüchen/Woche; etwa 4-mal mehr Ausbrüche als im Vorjahr
Überwiegend AG 6-10 in Schulausbrüchen übermittelt (31%; AG 11-14: 31%; AG 15-20: 11%, AG 21+: 7%)
Eckdaten der **letzten 4 Wochen**:

9. Bisher 1.536 Ausbrüche
10. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle, median: 4 Fälle pro Ausbruch; etwa 11% der Ausbrüche mit >=10 Fällen
11. größere Ausbrüche überwiegend in BB, ST und SN (Durchschnittliche Größe: 8-9)
12. Kleinere Ausbrüche eher in HH, HE, BW und BY (Durchschnitt 3-4)

Hospitalisierte Kinder
ICOSARI deckt 6 % der Bevölkerung ab, bei 200 SARI Fällen im Sentinel ca. 3.000 neu hospitalisierte Kinder insgesamt geschätzt, davon rund 1.500 mit RSV-Diagnose in der 47. KW 2021
Meldesystem: theoretisch Vollerfassung der neu hospitalisierten COVID-19-Fälle, in der 45. KW (Stand 29.11.2021 ca. 120 hospitalisierte Kinder 0 bis 5 Jahre mit COVID-19

Virologische Surveillance, NRZ Influenza

Folien hier
221 Einsendungen (+1)
59 Arztpraxen (-2) / 16 Bundesländer
65% Positivenanteil
Geringere Viruslast bei Geimpften als bei Ungeimpften
Höchste Positivenquote bei RSV, aber rückgängig; höchster Anteil bei den 0-4 Jährigen

Zahlen zum DIVI-Intensivregister

Folien hier
Mit Stand 01.12.2021 werden **4.690** COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.
In allen Bundesländern ist ein Anstieg in der COVID-ITS-Belegung zu sehen
Erneuter Anstieg in täglichen ITS-Neuaufnahmen von COVID-Patienten mit **+2.396** in den letzten 7 Tagen
Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl

	betreibbarer ITS-Betten: Alle Länder ansteigend < 3% Linie (Basisstufe): 0 Länder; > 3 % (Stufe 1): 16 Länder; >12%: 9 Länder 63,1% über 60J in aktueller ITS-Belegung Anteil Belegung der 60+ Jährigen steigt prozentual (rechte Graphik) Alle Altersgruppen steigen in absoluten Zahlen an (auch die unter 18, kleine Zahl aber auch nun bei 28), besonders starke Anstiege ab 40+, extrem starke Anstiege in Gruppe 60-69 (gelb) und 70-79 (braun) SpoCK Prognosen für die nächsten 20 Tage. Prognosen düster – hierbei ist zu beachten, dass dies die Trends anzeigt wenn der jetzige Zustand und Trend sich fortsetzt (sprich keine Maßnahmen oder andere Effekte die nächsten Tage einsetzen). Verlässlich sind also v.a. eher die nächsten 10 Tage der Prognose	
2	**Internationales** *(nur freitags)* nicht berichtet	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Ein neues Dokument zum Monitoring von COVID-19 und der Impfsituation in Langzeitpflegeienrichtungen wird zeitnah veröffentlicht (hier)	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Material zur Auffrischimpfung wird demnächst veröffentlicht Grippekampagne wird ausgerollt Plakat zur Impfung bei Kindern für Kinder wurde gestaltet, ebenso wie weiteres Informationsmaterial Grundlegende Schutzmaßnahmen sollen weiterhin thematisiert werden **Presse** Es soll weiterhin zur Vorsicht ermahnt werden und kommuniziert werden, dass das derzeitige Plateau kein Zeichen zur Entwarnung ist ***Diskussion:*** Ein bundesweiter Aufruf sollte gestartet werden um Reisende aus den Virusvarientengebieten aufzurufen sich bei Symptomen freiwillig abzusondern und testen zu lassen Die Kostenübernahme dafür ist nicht geklärt England und Norwegen haben bereits ein Datum festgelegt und zur Absonderung aufgerufen ***ToDo:*** *Tweet-Beitrag soll noch heute entworfen werden, sodass*	 BZgA Presse

	Personen die aus einem Virusvariantengebieten eingereist sind Kontakte reduzieren und bei Symptomen einen Test durchführen sollten. **P1** Der Flyer „Sicher durch den Winter“ wurde gestern publiziert	Presse, Social Media Team P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** nicht berichtet **RKI-intern** nicht berichtet	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** nicht berichtet	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** nicht berichtet **ZBS1** nicht berichtet	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** nicht berichtet	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle

16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 03.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:15 Uhr

Sondersitzung Krisenstab zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Donnerstag, 02.12.2021, 17:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Lothar H. Wieler

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- FG32
  - Michaela Diercke
- FG34
  - Viviane Bremer
- FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- MF1
  - Thorsten Semmler
- MF4
  - Martina Fischer
- P1
  - Christina Leuker
- Presse
  - Jamela Seedat
  - Ronja Wenchel
- ZIG1
  - Carlos Correa-Martinez
- Weitere Teilnehmende
  - Linus Grabenhenrich

Beitrag/ Thema

Zukunft RKI nach der Pandemie

Ziel des Austausches ist es, mit etwas langfristigerer Perspektive als im Krisenstab sonst möglich, über die Pandemie, mögliche Anpassungen des RKI und die Entwicklung beeinflussende gesellschaftliche Aspekte zu sprechen.

Was kann man von früheren Pandemien und in Vorbereitung auf spätere Lagen lernen? Perspektiven künftiger Pandemieprävention und Lagemanagement

Die jetzige Lage ist nicht gut vergleichbar mit vergangenen Ereignissen / Pandemie (z.B. Influenza, SARS-CoV-1, HIV). Dennoch kann auch aus diesen vergangenen Ereignissen gelernt werden.
Das RKI hat widerholt darauf hingewiesen, dass Vakzine allein nicht die Lösung zu Bewältigung der pandemischen Lage sind. Eine Vielzahl an Maßnahmen führt in Kombination zum Erfolg. Dies wird auch für kommende Pandemien gelten.
Einige der implementierte Maßnahmen sind im Vergleich zum vorher Bekannten sehr einschneidend und könnten auch in Zukunft genutzt werden (z.B. die Nutzung von Masken in der Öffentlichkeit, AHA+L insgesamt).
Maßnahmen, die zum Schutz vor COVID-19 angewandt wurden, haben sich gegen ARE insgesamt als effektiv erwiesen und können in Zukunft auch gut saisonal bei andere ARE genutzt werden (z.B. Masken im ÖPNV).
Bemühungen zur Bekämpfung einer Pandemie sollten besonders stark zu Beginn sein, sodass ein Fortschreiten frühzeitig verhindert werden kann
Eine Pandemie kann beendet werden indem keine neuen Antigenkontakte mehr stattfinden. Daher ist zukünftig eine rasche und effektive Impfkampagne wichtig, um eine Pandemie zu beenden.
Vorhandene Daten sollten schnell synthetisiert und genutzt werden, um effektive Maßnahmen zu identifizieren und dann auch zeitnah implementieren zu können.
In der jetzigen Lage (aber auch zukünftig) sollte auch darauf geachtet werden frühzeitig klar zu kommunizieren welche Verläufe in der Pandemie möglich sind und was die für die Bevölkerung bedeutet (z.B. erneute Kontaktbeschränkungen im Winter werden eine Herausforderung und es könnte auch in Zukunft wieder dazu kommen, dass solche Maßnahmen implementiert werden müssen)
Eine frühzeitige und effektive Implementierung von evidenzbasiert effektiven Maßnahmen sollte gewährleistet werden. Ein effektiver Infektionsschutz ist essentiell, sollte aber nicht um jeden Preis erfolgen (z.B. Bürgerrechte, Freiheitsrechte, Menschenrechte). Das Vorgehen in China z.B. scheint aus infektionsepidemiologischer Sicht effektiv gewesen zu sein, kann aber nicht uneingeschränkt als Vorbild für Deutschland dienen.
Weitere Public Health Themen, wie z.B. gesundheitliche Ungleichheit wurden in der Pandemie stärker hervorgebracht (sogenanntes „*Brennglas*“) und sollten zukünftig stärker berücksichtig werden.
Viele Entscheidungen können nicht alleine evidenzbasiert, sondern müssen wertebasiert- d.h. politisch - getroffen werden.
Eine stärker global solidarische Perspektive sollte in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention sowie des Lagemanagements eingenommen werden, sodass Ressourcen (u.a. technische Lösungen) global gerecht verteilt werden können.
Ein globaler Wandel in Richtung geringeren Ressourcenverbrauchs, weniger Flugverkehr, weniger Großveranstaltungen (v.a. im Winter) wäre aus Sicht der Infektionsprävention sinnvoll

Eine Einschränkung mit Reduktion des Konsums und Ressourcenverbrauchs wäre auch aus Gründen der Sozialen Gerechtigkeit und des Klimaschutzes grundsätzlich wünschenswert. Hierfür wäre aber ein grundsätzlicher globaler Wandel der Werte nötig und dies hätte fundamentale Auswirkungen auf den Wohlstand der Industrienationen.

Leben nach Bewältigung der Pandemie

Es wäre eine Möglichkeit, dass die Bevölkerung aufgrund einer Grundimmunität das Leben wie gewohnt zurückbekommt. Das Geschehen könnte endemisch werden und vereinzelte Wellen müssten bewältigt werden, z.B. mit bekannten Strategien (z.B. AHA+L).
Das Immunsystem bei Kindern und Jugendlichen zeigt, dass ein gut trainiertes Immunsystem einen positiven Effekt auf die Vermeidung von schwere Krankheitsverläufe haben kann.
Auch wenn eine Grundimmunität besteht, kann es aber dennoch zu Durchbrüchen kommen und in diesen Fällen kann man auch schwer erkranken und auch versterben.
Die Impfung schützt nur bedingt vor den Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion.
Eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über ein hinnehmbares Restrisiko für eine Infektion sollte geführt werden.
Im Verlauf der Krise wird sich die Gesamtbevölkerung die „Normalität“ zurückfordern. Dies geht z.B. auch damit einher, dass Restrisiken immer mehr akzeptiert werden.
Das Verhalten der Menschen wird sich aber durch die Erfahrungen der Pandemie geändert haben. Eine weitere Anpassung wird stattfinden und bestimmte Maßnahmen werden entwickelt (z.B. Therapien).
Es muss kommuniziert werden, dass die Gesellschaft stärker aus dieser Krise hervorgehen wird, als zuvor, z.B. können nun schneller Impfstoffe entwickelt werden und das Verständnis für Infektionsschutzmaßnahmen ist gestiegen.

Vorgeschlagene Änderungen am RKI

Die Lage erstreckt sich schon extrem lange. Auf eien derartige Krise war das RKI weder personell noch strukturell vorbereitet. Strukturen und Arbeitsweisen sollten dauerhaft angepasst und weiterentwickelt werden, sodass das RKI und der ÖGD weiterhin gut auf die kommenden Herausforderungen (z.B. weitere Pandemien) vorbereitet ist.
Auch andere Themen müssen weiter bearbeitet werden. Es sollten neue Arbeitsstrukturen aufgebaut werden, sodass Pandemie- und Normalbetrieb gleichzeitig aufrechterhalten werden können. Ebenso müssen personelle Ressourcen best möglich geschützt werden, sodass alle OE im RKI funktionsfähig bleiben und alle Themenschwerpunkte weiterbearbeitet werden können.
Für zukünftige Projekt wäre eine Verknüpfung von Sekundär- mit Primärdaten, trotz bestehender Hindernisse sinnvoll und könnte wertvolle Erkenntnisse generieren.
Ein stärkerer Fokus auf Versorgungsforschung abseits vom Pandemiegeschehen wäre wünschenswert.
Das Thema Pandemieplanung wird seit Jahren am RKI mit sehr geringen personellen Ressourcen bearbeitet. Es sollten dauerhaft mehr Ressourcen (v.a. personelle) am RKI geschaffen werden, sodass nötige Kapazitäten (z.B. im Beriech ARE oder Pandemiebekämpfung) gestärkt werden können.
Das RKI braucht mehr Ressourcen und diese werden beantragt. Bis dahin ist es weiterhin wichtig, während einer solchen Notlage abteilungsübergreifend zu arbeiten und sich zu unterstützen Die Matrixstruktur im RKI soll agiles Handeln ermöglichen.

Durch die Pandemie konnte sich das RKI deutlich stärker vernetzen und neue Partnerschaften ausbauen.
Hausinterne Lessons-Learned Prozesse sollten weiter angestoßen werden. Es gibt verschiedene Ebenen in dieser Diskussion (z.B. Umgang mit Mitarbeitern, Zusammenarbeit mit der Politik, Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit).

Aufgaben- / offene Fragestellungen für kommende Projekte

Wie viel der auf ITS behandelten PatientInnen leben nach einem Jahr noch?
Wie viel Leben können durch eine ITS-Behandlung wirklich gerettet werden?
Welche Langzeitfolgen, v.a psychische, wird es geben / gibt es?
Welche Langzeitfolgen (Krankheitslast) bestehen bei grundimmunisierten Personen (auch Long-Covid)
Wie können die Surveillancesysteme besser aufgestellt werden, v.a. die Verbindung zwischen der Surveillance von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten?

Anhand der GKV-Daten von 2021 und Informationen zum Impfstatus könnten dazu Aussagen getroffen werden. Es besteht bereits Kontakt zu einer Arbeitsgruppe an der Uni Köln.
Wie könnte eine „Exit-Strategie für Deutschland oder auch global aussehen?
Eine „Exit-Strategie“ soll für das RKI entwickelt werden

ToDo: *Übersichtsarbeit zu den Langzeitfolgen bei grundimmunisierten Personen (auch Long-COVID) anfertigen (Abt. 2)*

Weitere Hinweise

Die ZIG 2 / Charbel El Bcheraoui hat bereits Reviews zum Impact unterschiedlicher Maßnahmen während der Pandemie, aber auch deren De-Eskalation angefertigt (https://doi.org/10.1007/s10654-021-00766-0, https://doi.org/10.1186/s12992-021-00743-y , respectively).

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 03.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- FG17
  - Djin-Ye Oh
- FG21
  - Wolfgang Scheida
- FG 32
  - Michaela Diercke
- FG 33
  - Ole Wichmann
- FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
- FG37
  - Tim Eckmanns
- FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Alba Méndez Brito
  -
- MF1
  - Stephan Fuchs?
- P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- P4
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
  - Angelique Burdinski
- Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ZBS1
  - Janine Michel
- ZBS7
  - Christian Herzog
- ZIG1
  - Carlos Correa-Martinez
  - Mikheil Popkhadze
  - Francisco Pozo Martin
- BZgA
  - Martin Dietrich

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Datenstand: WHO, 03.11.2021 Weltweit: Fälle: 262.866.050 (-1,5% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 5.224.519 Todesfälle (CFR: 1,2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Überwiegend europäische Länder 2. In einigen Ländern bereits absteigender Trend, wie USA, Russische Föderation, Türkei, Niederlande, Vietnam 3. Weltweit leicht abnehmender Trend: -1,5%, Sinken der CRF 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 4. Die meisten Fälle aus europäischer und amerikanischer Region 5. 2 neue Hochrisikogebiete: Jordanien und Mauritius 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner EU/EWR 6. Veränderungen der Legende seit letzter Woche 7. In Südosteuropa absteigender Trend Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) 8. Schnelle Entwicklung der Lage, die meisten Sequenzen bisher in Südafrika, aber auch in USA, Südamerika, zumeist mit Reiseanamnese, erste Fälle mit community transmission Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) Beispiel Südafrika 9. Übertragbarkeit 1. Selektionsvorteil gegenüber Delta, laut Schätzung von ECDC mit einem Anstieg des durch Omikron verursachten Anteils der Fallzahlen auf bis >50% innerhalb weniger Monate zu rechnen. 2. Reproduktionszahl in Südafrika von 1,1 auf 2,2 gestiegen. 3. Im Oktober: 79% aller Sequenzen Delta, im November 74% Omikron. 10. Klinische Verläufe: 1. Anzahl KH-Aufnahmen gestiegen, Hospitalisierungsraten nicht höher als bei vergangenen Infektionswellen.	ZIG 1 (Correa-Martinez) FG32 (Diercke)

	11. Immunität: 1. Protektiver Effekt scheint nicht ganz verloren zu gehen, scheint vor schweren Verläufen noch signifikant zu schützen. **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 12. SurvNet übermittelt: 6.051.560 (+74.352), davon 102.568 (+390) Todesfälle 13. 7-Tage-Inzidenz 442,1/100.000 Einw. 14. Hospitalisierungsinzidenz: 5,52/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,69/100.000 EW 15. Fälle auf ITS: 4.793 (+103) 16. Impfmonitoring: Erstimpfungen 59.511.300 (71,6%), Zweitimpfung 57.101.728 (68,7%), Auffrischimpfungen 11.258.129 (13,5%) 17. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer 1. Insgesamt Plateau auf sehr hohem Niveau 2. In Sachsen kein weiterer Anstieg, in Thüringen weiterhin Anstieg der Fallzahlen 3. Plateau auch in Bayern und Sachsen-Anhalt 18. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1. Weiterhin Süd-Osten am stärksten betroffen. Hohe Inzidenzen ziehen sich in den Norden nach MV hinein. Schwerpunkt weiterhin in Sachsen und Thüringen. 2. 27 LK mit Inzidenz > 1.000, nur 2 mit Inzidenz bis 100 19. Hospitalisierungsinzidenz (Stand Wochenbericht) 1. Fixierte, aktualisierte und adjustierte Werte wurden in Wochenbericht aufgenommen. 20. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche und Altersgruppe 1. Weiterhin am stärksten betroffen sind > 60-Jährige und insbesondere >80-Jährige. 21. Wöchentliche Sterbefallzahlen nach BL 1. Thüringen deutliche Übersterblichkeit zu erkennen, in Sachsen nicht ganz so klar erkennbar, aber auch zu sehen.	P4 (Maier)

	2. Übersterblichkeit auch in Bayern und BW 3. Übersterblichkeit aber auch in Berlin und dort nicht mit COVID-19 Inzidenz zu erklären. 4. Warum Übersterblichkeit in Niedersachsen? Todesursachen unabhängige Statistik, schwer im Detail für jedes BL zu bewerten. 22. Liegt Sterbe- oder Wohnort zugrunde? 1. Todesstatistik: nach Standesamt, in der Regel Sterbeort; Meldesystem: in der Regel Wohnort	Oh
	Modellierung *(nur freitags)* 23. Bundesweite Kontaktreduktion 1. Mittlere Anzahl der Kontakte ist leicht gesunken. 2. Starker Anstieg bei Variation der Kontakte war ab August zu beobachten. Variation der Kontakte stagniert in der Woche und nimmt am Wochenende zu. 3. Variation etwas weniger in letzten Wochen. 4. Sachsen und Bayern vs. Niedersachsen: in Sachsen eher geringere Werte; in Bayern stetiger Abfall am Wochenende, im Vergleich dazu in Niedersachsen kein Rückgang zu beobachten. 24. Modellschätzung: Beitrag Geimpfter vs. Ungeimpfter zum Infektionsgeschehen (hier) 1. bezogen auf Lagebericht vom 11.11.2021 2. Annahme: Hohe Impfeffektivität: Impfeffektivität pro Altersgruppe: 12-17 Jahre: 92%, 18+ Jahre: 72% 3. 91% der Neuinfektionen kommen durch mind. einen Ungeimpften zustande. 4. Von 100: 51 Ungeimpfte stecken Ungeimpfte an, 15 Geimpfte stecken Ungeimpfte an, 25 Ungeimpfte stecken Geimpfte an, 9 Geimpfte stecken Geimpfte an. 5. Annahme: Geringere Impfeffektivität: bis 69 Jahre: 60%, 60+ Jahre: 50% 6. 84% der Neuinfektionen kommen durch mind. einen Ungeimpften zustande. 7. Von 100: 38 Ungeimpfte stecken Ungeimpfte an, 17 Geimpfte stecken Ungeimpfte an, 29 Ungeimpfte	Wichmann ZIG (Pozo Martin) / FG38 (Méndez Brito)

stecken Geimpfte an, 16 Geimpfte stecken Geimpfte an.

25. Geimpfte tragen sehr viel weniger zum Infektionsgeschehen bei, aber es gibt sehr viel mehr Geimpfte.

26. Polymod-Kontaktmatrix wurde genutzt, Dunkelziffer, wurde nicht berücksichtigt.

27. Kann mit dem Modell gezeigt werden, was passiert, wenn man Personen in kurzem Zeitfenster boostert im Vergleich zur Boosterung über einen längeren Zeitraum? Abnahme der Impfeffektivität im Zeitverlauf müsste einbezogen werden.

28. Zur Abnahme der Impfeffektivität im Zeitverlauf gibt es bereits Analysen. Man könnte den Unterschied zwischen schnellen und langsameren Boostern modellieren als Argumentationshilfe für ein schnelles Boostern.

29. Politischer Entschluss ist schon längst gefasst, oberste Priorität so viele Leute so schnell wie möglich impfen.

Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions (Folien hier)
https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00316-9/fulltext

30. Objective
    1. To identify which non pharmaceutical interventions (NPI) have been more or less effective

31. Methods
    1. Systematic review of literature until March 2021
    2. Empirical studies evaluating health outcomes and comparing at least 2 NPIs

32. Results
    1. 34 ecological studies assessed and ranked, comparative effectiveness of 16 NPIs was assessed
    2. School closing, work closing, business and venue closing und public events bans were most effective.
    3. Also effective were public information campaigns und mask wearing requirements.
    4. No evidence of effectiveness of public transport closures, testing strategies, contact tracing strategies,

	isolation and quarantine. 33. Conclusions 1. Early response and a combination of social distancing measures are effective at reducing COVID-19 cases and deaths. 34. Warum ist Kontaktpersonennachverfolgung nicht effektiv? 1. Durch KoNa werden mehr Fälle gefunden. Zu Beginn einer Welle ist Identifikation und Quarantäne sehr effektiv, dann nicht mehr. 2. Die Studien haben in erster Linie die erste Welle analysiert, unterschiedliche Methodologien der Studien.	
2	**Internationales** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** (Folien hier) *(nur freitags)* ! **CWA** ○ Fast 38 Mio. Downloads, ca. 12.000 Warnende/Tag ○ Arbeit an Informationen auf der roten Kachel ○ 50k Views des letzten BPK-Videos ! **CovPass** ○ Gestern Tweet mit 50.000 Impressions	FG21 (Scheida)
4	**Aktuelle Risikobewertung** ! Im Moment im Text noch überall stark steigende Fallzahlen: Soll das zu Plateaubildung geändert werden? ! Belastung des Gesundheitswesens wurde nicht als Ziel formuliert. ! Zurzeit keine Warnung vor nicht notwendigen Reisen: Soll wegen Omikron wieder davor gewarnt werden? *ToDo: Entwurf vorbereiten, Mittwoch nochmal mit diesen 3 Punkten im Krisenstab besprechen, FF FG38*	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** ! Kontaktbeschränkungen stehen im Vordergrund.	BZgA (Dietrich)

	! Impfkommunikation: Motive von Ralph Ruthe sehr erfolgreich, werden im Krisenstab zirkuliert. ! Informationsmaterial für Teststellen für Ungeimpfte in Vorbereitung, Ziel Ungeimpfte zu erreichen. ! Informationsstand der Bevölkerung relativ hoch: gut – sehr gut bei ca. 83%; relativ hoher Informationsdruck ohne aktiv nach Informationen suchen zu müssen. **Presse** ! (nicht berichtet) **Wissenschaftskommunikation** ! 2G/3G Flyer, Wintertipps wurden getwittert ! Gestern Flyer zu Impfdurchbrüchen erschienen, heute getwittert.	Presse P1 (Lein)
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ! MPK-Beschlüsse vom 2.12. ○ 350 als neue Grenze für 7-Tages-Inzidenzen, Tabelle muss wieder täglich bereitgestellt werden. ○ Wird Bezug auf tagesaktuelle, eingefrorene oder nachkorrigierte Werte genommen? 3. Letzter Stand waren nachkorrigierte Werte. -> Mail ans BMG, dass davon ausgegangen wird, dass es sich wieder um nachkorrigierte Werte handelt. ○ Warum muss das geklärt werden? RKI weist alle Werte aus. 4. Wird von allen Seiten gefragt. Versuch der Klärung, falls nicht zu klären, wird auf Länder verwiesen. ○ Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung wird angepasst. Es sollte darauf eingewirkt werden, dass auf die jeweils aktuellen fachlichen Empfehlungen verwiesen wird und nicht wieder fixe Werte festgelegt werden. 5. Wurde letzte Woche schon so kommuniziert, bei Juristen nicht sehr beliebt. Sollte das RKI am Entwurf beteiligt werden, soll Hr. Mehlitz diesen Wunsch formulieren und begründen. ○ Erfreulich, dass überhaupt etwas beschlossen wurde. Wie die Beschlüsse umgesetzt werden, ist die Frage.	FG38 (Rexroth) Bremer

	b) RKI-intern ! RKI-Liaison Krisenstab Bundeskanzleramt ○ Krisenstab etabliert sich gerade, wird sich in nächsten Tagen konstituieren. ○ Gespräch mit Hr. Wieler, Hr. Schaade und den beiden Generälen, die Krisenstab leiten, fand statt. Krisenstab soll ergänzen, wo aktuell die größten Probleme bestehen. ○ 1. Priorität: Impfen, Bereitstellung von Impfstoff und Koordination von Personen, die impfen. ○ Wichtig: Berücksichtigung des digitalen Impfmonitorings, AP Fr. Siedler ○ Weitere Prioritäten: Koordination Patientenverlegung, AP Hr. Herzog; Steuerung der Testkapazitäten, AP AG Diagnostik ○ Expertenbeirat ist im Kanzleramt angesiedelt, tagt einmal pro Woche. Durch Liaisonperson Fr. Bremer besteht die Möglichkeit Themen in Krisenstab einzubringen (keine doppelten Erfassungssysteme, im Vorfeld filtern)	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* **STIKO** ! Empfehlung: Booster Impfung für alle ab 18 Jahre; nach 6 bzw. 5 Monaten. ○ Bei >60-Jährigen wurden bereits 30% geboostert. ! Zurzeit 1 Mio. Impfungen pro Tag, über 1 Mio. Erstimpfungen in letzten 10 Tagen. ! Empfehlung für 5-11-Jährige wird vorbereitet. Mitte nächster Woche Beschlussentwurf, geht Ende nächster Woche ins Stellungnahmeverfahren: Tendenz Kinder mit Risiko ! Kommentar zu Omikron von Kollegen aus Südafrika: Daten zur Wirksamkeit bei schweren Verläufen liegen noch nicht vor. Es wird mit reduzierter Wirksamkeit gerechnet, T-Zell Response wird untersucht.	FG33 (Wichmann)
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 865 Proben,	FG17 (Oh)

	davon: ○ 57 SARS-CoV-2 (7%) ○ 162 Rhinovirus ○ 38 Parainfluenzavirus ○ 135 saisonale (endemische) Coronaviren ○ 4 Influenzavirus ○ 217 RSV	ZBS1 (Michel)
	ZBS1 ! In letzter Woche 137 Proben, davon 52 positiv auf SARS-CoV-2 (38%) ! 1. Omikronprobe erhalten, sind dabei Mutationsassays zu testen, die kommerziellen funktionieren ganz gut; noch keine Anzucht möglich. ○ Von Patient aus Pankow: Reiseanamnese, keine weiteren Informationen ○ 2 weitere Verdachtsfälle in Charlottenburg, noch nicht sequenziert ○ Reiserückkehrer aus Mitte mit Kontaktperson, beide symptomatisch erkrankt, noch nicht bestätigt ! Substantielle Informationen zur Funktionsfähigkeit der Teste bei Omikron werden kommen. Bisher keinen Anhaltspunkt, dass es relevante Ausfälle bei Antigentesten gibt.	Mielke
10	**Klinisches Management/ Entlassungs-/ Verlege-management** ! Verlegungen seit vergangener Woche aus Bayern, Sachsen und Thüringen ○ Verlegedruck bleibt, laut Prognose des Intensivregisters werden ca. 1700 Betten mehr benötigt werden, im Vergleich dazu gibt es 800 freien Betten. ○ Gehen auf einzelne Kleeblätter zu, eine kontinuierliche Verlegung von kleinen Patientengruppen ist geplant. ○ Prüfung, ob Verlegung ins Ausland sinnvoll ist, läuft parallel. ○ Monoklonale Antikörper: Verbrauch wird über Apotheken gemeldet, Abfrage hat deutlich zugenommen. ! Gibt es allgemeine Empfehlungen zur Triage analog zu Überlegungen aus der Katastrophenmedizin? ○ Es gibt Überlegungen, wie man Patienten priorisieren	ZBS7 (Herzog)

	könnte, diese werden nicht kommuniziert. Es soll vermittelt werden, dass es dazu nicht kommen wird.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	Alle
12	**Surveillance** *(nur freitags)* ! (nicht berichtet)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* ! Omikron beschäftigt Flughäfen, betrifft Flüge aus Südafrika nach Frankfurt und München, außerdem Transitflüge ! Vor rechtskräftigem Eintreten wurde bereits mit Separierung, PCR-Testung und Quarantäne begonnen.	FG38 (an der Heiden)
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* ! Vermutlich wieder Wochenendschichten bei internationaler Kommunikation nötig. ! Am 24. + 31.12. wird es keinen Situationsbericht, und dazwischen nur einen gekürzter Wochenbericht geben, dies wurde den Ländern so mitgeteilt.	FG38 (Rexroth)
15	**Wichtige Termine** !	Alle
16	**Andere Themen** ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:34 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 08.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! ZBS7
  - Agata Mikolajewska
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! ZIG2
  - Thurid Bahr
- ! BZgA
  - Andrea Rückle
- ! BMG
  - Christophe Bayer

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)*	ZIG1
	nicht berichtet	
	National	
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.291.853 (+68.845), davon 104.051 (+529) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 427/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.028.427 (72,2%), mit vollständiger Impfung 57.519.846 (69,2%), mit Bosster-Impfung 15.555.264 (18,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Plateau auf hohem Niveau in Sachsen, leichter Anstieg in Sachsen-Anhalt und Thüringen und Rückgang in Brandenburg und Bayern 2. Geografische Verteilung: 26 LK mit 7d-Inzidenz >1000/100.000 EinW. Im LK Meißen infizieren sich aktuell ca. 3% der Bevölkerung pro Woche, Inzidenz in Bayern rückläufig 3. Hospitalisierungsinzidenz: Stabilisierung auf hohem Niveau. 4. Todesfälle: Altersverteilung und Fallzahlen ähnlich wie bei der 3. Welle.	FG 32 (Diercke)
	Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* ▪ Folien hier ▪ Positivenanteil (PA) bei 21% und damit bei einem sehr hohen Plateau, Test Kapazitäten sind in den meisten BL ausgeschöpft, vor allem in Saarland ▪ PA ist in Brandenburg und Thüringen mit 40% besonders hoch (eventuell Effekt einer Priorisierung?).	Rexroth
	ARS-Daten ▪ Folien hier ▪ Leichter Rückgang der Testungen, aber kein Anstieg beim PA, so dass nicht von einer starken Untererfassung auszugehen ist ▪ Starke Verzögerung der Testungen in Saarland und Sachsen-anhalt ▪ Rückgang der Testungen in Praxen und Schulen, Rückgang des PA außer bei 0-4-Jährigen ▪ PA bei Ü80 genauso wie im letzten Jahr, sonst nun wesentlich höher ▪ Ergebnisse Pro Monat: November 2021 besonders hoch hinsichtlich Testzahl und PA ▪ Ausbrüche: Stabilisierung der Lage	Eckmanns
	VOC-Bericht ▪ Folien hier ▪ In KW47 Nachweis von 8 Omikron Fällen, aber Delta dominiert weiterhin das Geschehen.	Kröger

	▪ EpiKurve: kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen von Omikron von KW 46-KW 48 von 1 auf 37. ▪ Geografische Verteilung: Fälle in mehreren BL, Schwerpunkt bei Städten mit internationalen Flughäfen, z.B. Frankfurt am Main und München ▪ Symptomatik der übermittelten Fälle: Keine Todesfälle und keine Hospitalisierungen, Altersmedian liegt bei 34,5 ▪ 23 Fälle mit Exposition im Ausland ▪ Preprint Studie weist auf einen 41-Fachen Verlust der Wirkung neutralisierender AK von Geimpften im Vergleich zur Delta Variante hin	
	Molekulare Surveillance (nur mittwochs) nicht berichtet	Buda
	Syndromische Surveillance ***(nur mittwochs)*** ▪ Folien hier ▪ 4800 ARE/100.000 Einw. in KW 48 ▪ Rückgang bei Erwachsenen, Anstieg bei Kindern ▪ KonsilInzidenz im Vergleich zur Vorwoche gesunken ▪ Übereinstimmung des Anteils von ARE mit COVID-19 zwischen virologischen syndromischen Daten ▪ 49% der SARI-Fälle in AG 0-4 mit RSV-Diagnose ▪ Anteil COVID-19 bei KH-Fällen: 78% bei 35-59-Jährigen, 75% bei 60-79J und 62% ab 80J ▪ Intensivbehandlung: 82% bei 35-59-Jährigen, 88% bei 60-79J und 74% ab 80J ▪ Kitaausbruch: doppelt so viele wie im letzten Jahr ▪ Schule: Sehr hoch: 5 Mal mehr als im Vorjahr, 1847 Ausbrüche in den letzten 4 KW	Dürrwald
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** ▪ Folien hier ▪ 188 Einsendungen in KW 48, 66% Positivenrate ▪ Sars-CoV-2: Anteil Geimpfter bei 50% ▪ 4 Monate nach der 2. Impfung gibt es keinen Unterschied beim Ct-Wert von Geimpften oder Ungeimpften COVID-19 Fällen ▪ Schematische Darstellung der Immunantwort nach 1., 2. und 3. Impfung: Immunität setzt schnell ein, lässt aber auch schnell nach, wobei mit jeder Impfung etwas länger anhält ▪ Top4: 1. Rhino Viren (15%), RSV (15%), 3. Sars-CoV-2 (14%), 4. OC43(12%) , Influenzaviren nur vereinzelt	Fischer
	Zahlen zum DIVI-Intensivregister ***(nur mittwochs)*** ▪ Folien hier ▪ 4918 COVI-19 Patienten, 2186 Neuaufnahmen in den letzten 7d. ▪ leichte Entschleunigung des Anstiegs ▪ BL: in 9 BL Belegung >20 ind 15 >12 ▪ Rückgang in Thüringen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Sonst Plateau oder Anstieg ▪ Tiefstand der Intensivkapazitäten und gehen weiter zurück ▪ Anteil COVID-19: regional bis zu 75% ▪ Grafik zeigt, dass bei jeder Welle, Anteil nicht-COVID-19	

	Patienten zugunsten von COVID-19 Patienten gedrückt wurde ▪ COVID-19 Patienten benötigen high-care Betten (Beatmung) ▪ Altersgruppen Entwicklung: Anstieg bei den 50-79-Jährigen, Plateau bei 30-49 J ▪ SPoCK Prognose: Anstieg im Norden und Reduktion in Bayern Modellierungen *(nur freitags)* nicht berichtet ○ Diskussion ▪ Frage1: Haben Varianten einen Selektionsvorteil, d.h. wäre die Pandemie ohne das Auftreten der Deltavariante zu Ende? ▪ Antwort1: Keine Konkurrenz zwischen Viren, sondern Viren sind unterschiedlich empfindlich gegenüber Eindämmungsmaßnahmen. Co-Zirkulieren mehrerer Varianten möglich. Ohne Auftreten von Delta, wäre die Pandemie wahrscheinlich unter Kontrolle. ▪ Frage2: hilft Boosterimpfung gegenüber Omikron Variante? ▪ Antwort2: Keine ausreichende Information vorhanden, aber es wird von einem Nutzen ausgegangen. ▪ Frage3: Sollte das Plateau in den Fallzahlen als Erfolg der Maßnahmen im Wochenbericht thematisiert werden, da mehrere Surveillance Systeme dies bestätigen und es sich daher wahrscheinlich um einen Effekt der Maßnahmen handelt und nicht um einen Effekt der Überlastung des ÖGD? ▪ Antwort3 nach Diskussion: Angesichts des sehr hohen Niveaus der Fallzahlen und der wahrscheinlichen Ausbreitung der Omikron-Variante mit den damit verbundenen Unsicherheiten sollte deutlich kommuniziert werden, dass Eindämmungsmaßnahmen (vor allem Kontaktreduktion, Absage Großveranstaltungen, Boosterimpfung) auch bei Stabilisierung oder Rückgang der Fallzahlen unbedingt beizubehalten sind und ggf. auch verschärf/ intensiviert werden müssen. ***ToDo1**:* *VOC Bericht und Molekulare Surveillance als ein Bericht vorstellen und nicht als 2 getrennte (Kröger und Fuchs)* **Hinweis an Lagezentrum:** Es wurde geäußert, dass man den letztgenannten Punkt der Diskussion Frage3/Antwort3 (**Eindämmungsmaßnahmen beibehalten und verschärfen)** in den Wochenbericht platzieren könnte. Dies wurde aber nicht von Herrn Schaade explizit aufgegriffen, daher hier nicht als ToDo kategorisiert.	
2	**Internationales** *(nur freitags)*	ZIG2 (Bahr)

	! Evidence on the Acceptance of Mandatory COVID-19 Vaccinations in Selected Countries ! Folien zum Vortrag hier ! Vorabergebnis: COVID-19 Containment measures, 8. Maßnahmenbericht ! Es wurde die Akzeptanz der Impfpflicht untersucht, dabei wurde auf die Diversität der Maßnahmen geachtet und nicht auf eine Quantifizierung ! Untersuchung von Peer-Review Veröffentlichungen: Oft keine Definition, was unter Impfpflicht zu verstehen ist ! Empfehlung: Vorteile der Impfung kommunizieren, Rahmenbedingungen der Impfpflicht deutlich darlegen, Anpassen an die Bevölkerungsgruppe	
3	**Update digitale Projekte** ***(nur freitags)***	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Es wurden einige Änderungen vorgenommen, u.a: Hohe Fallzahlen bei den Ungeimpften explizit erwähnt Hohe Todeszahlen thematisiert Erwähnung der Omikron Variante und die damit einhergehenden aktuellen Unsicherheiten/ Wissenslücken. Wichtigkeit von Kontaktreduktion und Boosterimpfungen thematisiert Überarbeitete Version hier	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** Plakate für gemeinsame Impfkampagne Influenza + COVID-19 kommen bald raus Paket mit Infomaterial für COVID-19 Schutzimpfungen für Testzentren in Vorbereitung (Zusammenfassung von verschiedenen Merkblättern) Merkblatt Impfung für Kinder von 5-11 Jahren in Vorbereitung und wird zeitgleich mit STIKO Empfehlung veröffentlicht **Presse** ! In dieser Woche keine BPK mit Präs ! Hinweis auf EpidBull Artikel zur Auslösung der 4. Welle	BZgA (Rückle). Presse (Degen)

	durch fehlenden Impfschutz (Autoren u.a. Jenny, Brockmann) ! Krisenstab bittet um Zirkulieren des Artikels. Frau Degen wird Frau Seedat bitten, den Artikel in den Verteiler zu geben. Anmerkung der Protokollantin im Protokoll: Beitrag abrufbar: Epidemiologisches Bulletin 49/2021 (rki.de) ! Folgende Twitter Themen sind geplant: ! ITS-Belegung erreicht die 5000-Marke (beim Erreichen) ! Eindämmungsmaßnahmen beibehalten und verschärfen, um eine bessere Ausgangslage im Falle der Verbreitung der Omikron-Variante zu schaffen (aus Diskussion) ! Vorschlag zum Tweet zum Wochenbericht wird erarbeitet und zirkuliert **P1** BZgA wird um Abstimmung des Merkblatts für Kinderimpfung gebeten, da P1 etwas Ähnliches vorbereitet	P1 (Leuker)
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** ! Themensammlung ▪ AGI regt einen Initiativbericht an das BMG zur Definition Geimpfter und Genesener im Kontext der Schutzmaßnahmenausnahmeverordnung an. Problematisch scheint hierbei die 14-tägig Lücke zwischen Entisolierung am 14. Tag und der Anerkennung des Genesenenstatus an Tag 28 zu sein. In dieser Zeit werden Personen (z.B. Schüler bei PCR-Pooltestungen) als Erkrankte reidentifiziert. ▪ Entscheidung nach Diskussion: 1. Initiativbericht nicht notwendig, da bereits 2 Dokumente existieren (von FG33 zur Dauer der Impfzertifikate und FG36 zur Dauer der Quarantäne/Isolierung) 2. Keine Empfehlung von PCR Testung nach Entisolierung. Ein positiver PCR Befund nach einer akuten COVID-19 Erkrankung sollte vor Ort oder vom Labor bewertet werden	Alle Abt. 3

	3. Schutzmaßnahmenausnahmeverordnung enthält keine fachlichen Maßnahmen ! Expertenbeirat Bundeskanzleramt ▪ Eine RKI Wissenschaftlerin wurde in den Beirat benannt ▪ Möglichkeit der Einspeisung von Themen **RKI-intern** nicht berichtet ***ToDo2*** a) *Dokumente von FG33 und FG36 hinsichtlich Dauer der Impfzertifikate und FG36 zur Dauer der Quarantäne an Herrn Sangs schicken (Rexroth)* b) *Themenvorschläge (ca. 4. Themen) zur Einspeisung in den Experten Beirat des Bundeskanzleramts einreichen (Krisenstabsmitglieder)*	
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14
12	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 10.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:15 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Freitag, 10.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG28
  - Claudia Hövener
  - Jens Hoebel
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Claudia Siffcyk
  - Renke Biallas (Protkoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Dirk Brockmann
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Anne Meierkord
- ! ZIG1
  - Anna Rhode
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	Folgende Berichte sollen in kommenden Sitzungen so kurz wie möglich zusammengefasst werden: VOC-Bericht und molekulare Surveillance, Testkapazitäten und ARS-Daten, syndromische und virologische Surveillance (ca. 8 Folien) Bis auf Weiteres wird es auch am Montag 13:00 Uhr eine Krisenstabssitzung geben.	Schaade
	International *(nur freitags)*	ZIG1
	Folien hier Datenstand: WHO, 09.12.2021 Weltweit: 267.184.623 Fälle (+6,03% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 5 5.277.327 Todesfälle (CFR: 2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Überwiegend europäische Länder 2. Wenig Änderung zur Vorwoche 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit 3. Die meisten Fälle aus europäischer und amerikanischer Region, Südafrika 2% Weiterhin niedrige Impfquoten in der Russischen Föderation und Polen Steigende Fallzahlen in afrikanischen Ländern Omikron-Variante: In 53 Ländern bestätigte Fälle Bestätigte Fälle: 1.932 (Stand 09.12.2021) Erste Community-Transmissions wurden beobachtet Weiterhin asymptomatische oder milde Verläufe	FG32
	National	
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.423.520 (+61.288), davon 104.996 (+484) Todesfälle; 989.200 aktive Fälle (+9.800) 7-Tage-Inzidenz: 413,7/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.241.008 (72,4%), mit vollständiger Impfung 57.729.749 (69,4%), 3. Dosis 17.710.503 (21,3%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 4. Seit Ende November kein Anstieg mehr in allen BL, minimaler Rückgang, weiterhin sehr hohes Niveau 5. Rückgang in Sachsen seit einigen Tagen, Thüringen kein Anstieg 6. Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW: 411 7. Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW: 121 (-1) 8. Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW: 26 (+1)	

	Hospitalisierungsinzidenz 9. Ebenfalls keine starke Steigerung mehr 10. 7-TI: 5,71 / 100.000 EW 11. 7-TI bei >60: 13,40 / 100.000 EW 12. Anteil der COVID-19 Pat. An ITS-Belegung: 22,2% 13. Veränderung der Fälle zum Vortag auf ITS: +46 Sterbefallzahlen 14. Kein steiler Anstieg, weiterhin Übersterblichkeit **Diskussion** Eine wirklich überzeugende Reduktion der Fallzahlen zeigt sich nicht. Eine strategische Kommunikation soll weiter diskutiert werden. Anscheinend reichen die bisherigen Maßnahmen nicht um die Belastung in einem größeren Maße zu reduzieren. Weitere Kontaktreduktion wäre eine Option. ***ToDo:*** *Ein Bericht zur Bedeutung der Kontaktreduktion v.a. vor dem Hintergrund der Verbreitung der neuen Omikron-Variante soll angefertigt werden. Frist: Montag* **Modellierungen** *(nur freitags)* Update Kontaktanalysen: 15. Analyse der Tagesmittelwerte 16. Variabilität in den Kontakten reduziert sich weiter, d.h. Personen treffen sich weniger in großen Gruppen 17. In der letzten Woche zeigte sich jedoch wieder ein Aufwärtstrend in der mittleren Anzahl der Kontakt, aber die Variation der Kontakte geht weiter runter, d.h. die leider sich wieder vermehrt, aber nicht in großen Gruppen (z.B. Konzerte, Clubs etc.) 18. Beide Maßzahlen sollten bei effektiven Kontaktbeschränkungen sinken. Kontakte könnten zurzeit noch weiter reduziert werden. 19. Die Trends unterscheiden sich teils stark zwischen den Bundesländern Omikron-Modellierungen 20. Bisher schlechte Datenlage 21. Analysen zeigen, dass der R-Wert von Omikron bis zu 4-mal so hoch (in anderen Analysen bis 2-mal so hoch) wie der von Delta sein kann. Die Evidenz ist *uncertain*. **Diskussion:** Der Kontaktindex ist ein guter Prädiktor für den R-Wert auf Bundesebene. Dies zeigt sich nicht auf Landesebene. Daten ob die Kontakte auch vermehrt in z.B. Impfzentren oder Arztpraxen stattfinden liegen nicht vor Modellierungen aus UK gehen von einem R-Wert von 2,2 aus	Haas & LZ P4 FG28

Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland

Folien hier
Bundesweite Meldedaten wurden mit einem Deprivationsindex verknüpft
In Welle 1 zeigte sich ein erhöhtes Infektionsgeschehen in eher wohlhaben Regionen. In den Wellen 2 und 3 waren Personen in hoch-deprivierten Gebieten mehr betroffen. Dies scheint auch in der aktuellen 4. Welle der Fall zu sein
Die kumulative Todesfallzahl stieg im Verlauf der Pandemie in sozial deprivierten Regionen besonders stark an und übersteigt seit Welle 2 die entsprechende Zahl in wohlhabenden Regionen deutlich
Auf individueller Ebene zeigte sich ein doppelt erhöhtes Infektionsrisiko mit niedrigeren Qualifikationstand
In Gruppen mit hoher Deprivation / hoch-deprivierte Regionen wurde weniger getestet und es kam zu einer höheren Untererfassung in den Meldedaten
Die Studien werden weiter durchgeführt um weitere Aussagen zu sozialen Unterschieden treffen zu können, insbesondere auch im Sero- und Impfstatus
Die Impfakzeptanz scheint in sozial benachteiligten Gruppen geringer zu sein, insbesondere im Alter unter 60 Jahren
Zusammenfassung und Präventionspotenziale:

22. Mehr Infektionen
    1. Auf Lebens- und Arbeitsbedingungen abgestimmter Infektionsschutz und Prävention
    2. Verbesserter Informationszugang (zielgruppenorientiert)
23. Untererfassung höher
    1. Zielgerichtetes niedrigschwelliges Testangebot

Die Ergebnisse werden in Berichtform geteilt

Diskussion:

Ein (Kurz-) Initiativbericht soll auch mit dem BMG und der BZgA geteilt werden. Konkrete Vorschläge und Empfehlungen sollen gerne darin enthalten sein.
Die Ergebnisse haben eine hohe Relevanz und weitere Medien und Foren können genutzt werden um die Ergebnisse zu teilen, z.B. Städtetag, Bundespressekonferenz, EpiBull.
Die Formulierung der Empfehlungen sollte vorsichtig erfolgen auf die Potenziale der Verhältnisprävention hingewiesen werden.
Eine Darstellung der Daten nach Deprivation im Wochenbericht wäre möglich, jedoch wäre dazu eine Einordnung nötig. Dies würde den Wochenbericht deutlich erhöhen. Ein Hinweis auf den Kurzbericht kann einfacher im Wochenbericht geteilt werden.

2	**Internationales** *(nur freitags)* **Überblick internationale Aktivitäten** Die 2. Mission im Iran ist abgeschlossen Die Mission in Papua New-Guinea ist ebenfalls abgeschlossen Die Regionalisierung der Laborkapazitäten in Montenegro wurde heute feierlich eröffnet **Übersterblichkeit in afrikanischen Ländern** Folien hier In den meisten afrikanischen Ländern gibt es keine systematische Erfassung von Todesfällen (18/54 Ländern erfassen Todesfälle) Vereinten Nationen gehen davon aus, dass unter nicht-pandemie Bedingungen nur 2/3 aller Länder 90% ihrer Todesfälle registrieren - Manche Länder sogar weniger als 10% Momentan keine WHO Daten zu Übersterblichkeit in Afrika Zur Erfassung der Übersterblichkeit sind Daten zur historischen Mortalität und der aktuellen Mortalität. In vielen Ländern liegen die historischen Daten nicht vor. Es gibt bereits Initiativen diese Datenlücken zu schließen. Südafrika hat bis Feb 2021 fast 138.000 excess deaths verzeichnet- fast 3 mal so viel wie durch offizielle COVID-19 Todeszahlen (46.200) Ägypten 68.000 excess deaths zwischen Mai und August 2020 Sterblichkeitsrate von kritischen Kranken in Afrika **48·2%** (95% CI 46·4–50·0; 1483 of 3077 patients) im Vergleich zu einem weltweiten Durchschnitt von **31·5%** (27·5–35·5). Mögliche Gründe: Fachkräftemangel im Intensivbereich Niedrige Anzahl and Intensivbetten Geringe Verfügbarkeit von Monitoring und invasiver Therapie (Dialyse, ECMO, etc.) Sehr wahrscheinlich hohe Dunkelziffern der COVID-19 Todesfälle und der Übersterblichkeitsdaten Mischung aus: 1. Untererfassung, 2. Lücken/Verzögerungen in der Datenlage 3. Reduzierte medizinische Versorgung aufgrund der Pandemie 4. Ungeklärte Effekte wie erhöhte Langzeitsterblichkeit nach Infektion Weiterhin unklar, ähnlich zu Europa, wie NCDs und verzögertes Abklären von Symptomen zu einer höheren Übersterblichkeit während der COVID-19 Pandemie (aber anzunehmen, dass diese drastischer sind aufgrund von weniger resilienten Gesundheitssystemen)	ZIG Meierkord

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Folien hier CWA: > 38,2 Mio. Downloads | > 70.000 Downloads/Tag >880.000 Warnende insgesamt, rund 8000 Warnende/Tag >90.000 empfangene rote Warnungen (PPA-Zahlen) In Entwicklung: Version 2.15 mit angepasstem Text zur roten Warnung CovPass: > 157,14 Mio DCC (06.12.) CovPass-App: > 26,8 Mio. Downloads (06.12.) CovPassCheck-App: > 1,65 Mio. Downloads (06.12), + 21% Wochenvergleich DEA: < 50.000 Anmeldungen pro Tag > 17,9 Mio. Anmeldungen seit 11/2020 **Diskussion:** Durch hohe Zahl Personen die eine Warnung bekommen kann es teils dazu kommen, dass Meldungen in der CWA ihren Warncharakter verlieren. Auf der anderen Seite werden Personen noch mehr auf das aktuelle Infektionsgeschehen aufmerksam. Eine Auswertung dieser Wirkung ist schwer möglich. Kommunikative Möglichkeiten in der App sind begrenzt Eine weitere Eingrenzung des Zeitraums in dem ein Risikokontakt auftrat ist derzeit nicht möglich. Gründe dafür sind Datenschutzthemen, aber auch die technischen Spezifikationen der Anwendung selbst. Bei den Downloads der CWA zeigen sich regionale Unterschiede (mehr in „Westdeutschland“ und in den Städten). https://www.coronawarn.app/de/science/2021-07-08-science-blog-2/	FG21

4	**Aktuelle Risikobewertung** **Diskussion** Eine Risikobewertung könnte in Zukunft stratifiziert nach Impfstatus und Virusvariante dargestellt werden. Die Risikobewertung richtet sich nicht an das Individuum, sondern an Bevölkerungsgruppen. Viele unterschiedliche Faktoren (z.B. Umgebungsfaktoren, aber auch stark andere Verhaltensweisen) beeinflussen das individuelle Risiko. Eine solche Darstellung kann missinterpretiert oder sogar missbraucht werden. Ebenfalls wäre es möglich, dass ein falsches Gefühl der Sicherheit kommuniziert wird. In die Risikobewertung für Deutschland fließt auch ein, wie viele Menschen es jeweils in den einzelnen Kategorien gibt. Transmission und Belastung des Gesundheitswesens ist hier nicht abgebildet. Eine Darstellung zur Effektivität und dem Schutz des bestehenden Impfstatus wäre ebenfalls interessant.	Abt. 3
5	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** (nicht berichtet) **P1** 2 Twitter-Beiträge: Datenspende und aktueller EpiBull-Artikel Aufruf zur Booster-Impfung und Kontaktbeschränkung	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
7	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle

8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Effekt der Booster-Impfung: Klare Effekte sind ersichtlich. Diese Daten sollen im Wochenbericht nächste Woche kommuniziert werden. Die Begleitkommunikation zu der neu beschlossenen Impfpflicht in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wird erarbeitet. **STIKO** STIKO empfiehlt Impfung bei Kindern mit Vorerkrankungen und plant eine Klausel, sodass eine informierte Entscheidung zur Impfung von Kindern auch unabhängig davon stattfinden kann	FG33
9	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 877 Proben, davon: 63 SARS-CoV-2, 1 Verdacht auf Omikron ## RSV 135 Rhinovirus 39 Parainfluenzavirus 127 saisonale (endemische) Coronaviren 18 Metapneumovirus 4 Influenzavirus **ZBS1** 234 Einsendungen, davon 58 Proben positiv Weitere Omikron-Fälle wurden identifiziert aber es liegen wenig weitere Informationen vor	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Strategische Patientenverlegung: 94 PatientInnen wurden bereits verlegt Kriterien wurden entwickelt um zu prüfen, ob PatientInnen verlegt werden können Eine Evaluation ist geplant und ein Ethikvotum wurde beim UKSH eingereicht. Die Verlegungen werden wahrscheinlich in den kommenden Wochen noch weiter durchgeführt Es zeigen sich Probleme in der Deckung der Kosten, die durch eine Verlegung entstehen Es wird geprüft, ob auch Non-COVID-PatientInnen zu verlegen, um eine Entlastung auf ITS zu erreichen SOPs zur Verlegung von PatientInnen ins Ausland werden erstellt, auch wenn nicht davon ausgegangen wird, dass diese genutzt werden müssen	ZBS7

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Wird am Montag berichtet	FG14
12	**Surveillance** (nicht berichtet)	FG 32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** Hohe Belastungen an den Flughäfen (v.a. Frankport), da alle Personen aus VV-Gebieten getestet und nachverfolgt werden sollen. Der Umgang mit positiv-getesteten Personen an den Flughäfen, in internationalen Bereichen, ist nicht geklärt.	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** Hoher Arbeitsaufwand im LZ und zusätzliche Belastung durch Ausfall durch Krankheit oder CWA-Warnungen, aber auch Quarantäne von Kindern. Einige Schichten können derzeit nicht voll besetzt werden.	FG38
15	**Wichtige Termine** Keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Montag, 13.12.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:15 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Montag, 13.12.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Ute Rexroth
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! MF1
  - Stephan Fuchs
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Benjamin Maier
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Anna Rohde
- ! ?
  - +49228994****94
- ! BZgA
  - Oliver Ommen

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.531.606 (+21.743), davon 105.754 (+116) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 389,2/100.000 Einw. Fälle auf Intensivstation: 4.905 (+3) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.398.417 (72,6%), mit zweifacher Impfung 57.879.290 (69,6%), mit zusätzlicher Boosterimpfung 19.796.001 (23,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang in SN setzt sich fort, in TH noch nicht deutlich rückläufig aber auch kein Anstieg mehr, in BB leichter Rückgang, ebenso in BY Keine Meldungen aus NI in den letzten Tagen, BL hatte aber generell anteilig weniger Fälle und kann deswegen Fallrückgang nicht erklären 22 Kreise mit 7-T-I >1000/100.000, 80 mit >500 Hospitalisierungsinzidenz, zw. 5 und 6 in den vergangenen 10 Tagen, leichte Schwankungen aber wenig Veränderung, hier noch kein deutlicher Rückgang zu verzeichnen 7-T-I nach Altersgruppen In allen AG rückläufiger Trend Höchste Inzidenzen bei 5-14-jährigen, doch nun deutlicher Rückgang, 60-90-jährige generell niedrig und auch hier abnehmend Geringster Rückgang bei 0–4-jährigen Übersicht Indikatorentrends: Rückgang 7-T-I und R-Wert, Kreise mit hoher 7-T-I leicht abnehmend aber noch nicht so deutlich	FG32
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Entwurf GMK zur Aufhebung der Testpflicht, Erlass (ID 4609; beantwortet am 01.12.2021), verbunden mit Initiativbericht Maßnahmen Omikron ! Entwurf Initiativbericht Omikron hier Hintergrund: Letzte Woche ging ein Bericht zur Maßnahmen-anpassung, inkl. verschiedene Inzidenzstufen, ans BMG, Anfang 2022 wird erneut berichtet	FG36/alle

	Motto: Vorausschauendes Handeln zum Schutz der Bevölkerung Rationale: großer Anteil ungeimpfter Personen, die bei Infektion von schwerer Krankheit bedroht sind, Anstieg neuer Variante kann zu Anstieg schwerer Fälle führen Ziel: Maßnahmenstränge erneut intensivieren, inkl. Boosteraktivitäten aber auch nicht-pharmazeutischer Maßnahmen um Pufferkapazität in medizinischer Versorgung zu schaffen Maßnahmen sind bei aktueller Dynamik unzureichend, auch aufgrund erster Hinweise auf schwächere Impfeffektivität Noch keine Daten zum Schutz gegen schwere Infektion und Schutzdauer nach Boosterimpfung Kontaktbeschränkungen sind schnellstes Mittel zur Reduktion von Neuinfektionen Empfehlungen: 1. Maximale Kontaktbeschränkung inkl. Vorziehen der Weihnachtsferien als effektives Instrument 2. Maximale infektionspräventive Maßnahmen, inkl. Maskentragen 3. Maximale Geschwindigkeit bei der (Booster)Impfung, 2G+ sollte unter bestimmten Umständen beibehalten werden, keine Großveranstaltungen, Schließung von Bars, Clubs, Diskotheken, usw. Diskussion Präs wünscht im Dokument klare, frühere Nennung der 3 Hauptempfehlungen, danach konkretere Spezifizierung Zusätzlicher Fokus auf Boosterimpfungen in Alten- und Pflegeheimen da diese nicht gut voranschreitet, inkl. Empfehlung zu verstärktem Einsatz mobiler Impfteams Präs berichtet, dass Lauterbach ControlCOVID und Bericht vom 01.12. nicht kennt, beides soll im Dokument erneut explizit erwähnt werden um darauf aufzubauen Auf Erwähnung der Neutralisationsergebnisse wird vorerst verzichtet, aus Daten zur T-Zellenimmunität ist keine tragfähige Schutzwirkung implizierbar Fokus auf Boosterimpfung, Unsicherheit bzgl. Impfschutz soll Impfaktionen nicht schwächen 2G+ MPK will 2G+bei geboosterten Personen erlassen, im Bericht wird dies nur für gewisse Situationen empfohlen, von manchen Events wird ganz abgeraten Wie ist RKI-Haltung zu 2G+? 2G-Infektionen treten auf und müssen in vulnerablen Settings detektiert werden In BY wurde 2G+ viel eingesetzt, nun wird zurückgerudert Impfschutz vor symptomatischer Infektion ist gut, wenn zeitlich nahe an der Impfung, Transmission von Omikron bei 2G ist noch nicht bekannt Auffrischimpfungen haben vor 3-4 Monaten begonnen, vorherige Empfehlungen (z.B. Testung bei Besuch durch geimpfte in Altenheimen) sollten beibehalten werden Prüfung der Zertifikate wird anspruchsvoll in der Umsetzung (2-/3-fach geimpft, usw.) Nächste Schritte	

	Bericht geht noch heute Abend noch ans BMG Morgen GMK Zeitpunkt der Booster/Auffrischimpfung EMA-Produktspezifikation sagt frühestens nach 6 Monaten Booster nach 3 Monaten ist im Gespräch, dies ist schwierig in der Umsetzung angesichts der Kapazitäten UK empfiehlt seit 10 Tagen Auffrischung ab 3 Monate Wunsch ist aktuell, bei 6 Monaten zu bleiben, sonst wären bis zu 2 Mio. Impfdosen/Tag notwendig Übergang muss gut bedacht werden, Akzeptanz und Umsetzbarkeit ist problematisch Optimal wäre Auffrischung nach 6 Monaten mit 1 Monat Frist, sowie STIKO-Befragung zum optimalem Zeitpunkt RKI könnte Einschätzung bezogen auf Wirksamkeit, Sicherheit (zu beiden noch wenige Daten) und Umsetzbarkeit (Herausforderung) kommunizieren, STIKO-Befragung steht noch aus Wann ist Grundimmmunisierung abgeschlossen? Kann die Grundimmunisierung rascher abgeschlossen werden? Einerseits fachlicher Aspekt, aber auch Praktikabilität ! Verunsicherung, Risiko der Begriffsverwirrung WHO-Definition 3. Impfung ist keine Grundimmunisierung mehr, nach 2-9 Wochen ist die Impfeffektivität nach 2 Dosen auch bei Omikron 88%, und sinkt dann schnell auf 35% Eine Booster-Impfung soll einen initial erreichten guten Impfschutz neu herstellen Die humorale Antwort geht grundsätzlich nach der Impfung schnell zurück, es besteht das Risiko des Bedarfs einer regelmäßigen (vierteljährlichen) Impfung Sorge ist größer bzgl. der Impfung nicht geimpfter Personen also der Schließung der Impflücken, als Boosterimpfungen Wenn der Schutz gegen schwere Erkrankungen stabil bleibt, ist eine Zirkulation ohne häufige Impfauffrischung möglich (bzw. Schutz mittels natürlicher asymptomatischer/ milder Infektion)	
5	**Kommunikation** **BZgA** Merkblätter in Vorbereitung Kinderimpfungen Für Pflegekräfte bezogen auf anstehende Impfpflicht Informationen zu Kinderimpfungen auf der Webseite sind angepasst und aktualisiert **Presse** Eventuell Freitag BPK mit Präs, neuer Minister möchte das Format wahrscheinlich beibehalten **P1**	BZgA Presse

	(nicht berichtet)	
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Telefonate von Präs mit BKA & Gesundheitsminister Lauterbach Expertenbeirat Bundeskanzleramt Minister ist der Ansicht, dass das RKI exzellente Epi-Expertise in den Expertenrat einbringen kann Expertenbeirat soll wie SAGE in UK fungieren, Zielsetzung ist die ergebnisoffene Beratung von Minister und BKA Lauterbach möchte, soweit möglich, selber daran teilnehmen um fundierte Entscheidungen treffen zu können Dies ist eine positive Entwicklung, RKI berät BMG und somit das BKA, Informationsfluss soll transparent sein Minister sieht kein Problem darin, wenn keine Übereinstimmung zwischen RKI und Expertenrat besteht, wissenschaftliche Diskussion mit inhaltlichem Streit ist möglich Zunächst Bewältigung der aktuellen Krise, anschließend Evaluierung/was kann aus der Pandemie gelernt werden 1. Priorität für BMG ist brechen der aktuellen COVID-19-Welle, Pandemie beenden Anvisierte Maßnahmen: Schließung von Clubs usw., Impfbeschleunigung, mehr Impfstoff Minister wird RKI öfter um Lageeinschätzung bitten, diese muss transparent und über übliche Dienstwege gesichert werden Julia Hermes wird das RKI in der Geschäftsstelle vertreten Morgen gibt es wahrscheinlich eine Vorstellungsrunde, Präs plant Beitrag zu aktueller Impfsituation und Datenerfassung derselben, ist bereits in Vorbereitung RKI-Stellungnahme zu 3-maliger Antigentestung unter Omikron, Zusatznutzen vs. Zusatzaufwand? Briten berichten die Inkubationszeit von Omikron ist auf 2 Tage verkürzt RKI sollte nicht zu spezifische Empfehlungen geben, Details müssen durch Einrichtungen spezifiziert werden Generell sollen in vulnerablen Settings diverse Barrieremaß-nahmen angewandt werden, Testung ist als Zusatz zu sehen Herr von Kleist hat für Delta Modellierungen durchgeführt, dies könnte mit geänderten Parametern auch für Omikron berechnet werden, diese sind noch nicht gut bekannt Johanna Hanefeld hat Antwort der UK Modellierende an Krisenstab weitergeleitet Ggf. könnte dies auch eine Aufgabe für den Expertenbeirat sein, inkl. Austausch mit anderen Modellierenden im Ausland *ToDo: Aufgabe an Herrn Kleist, Auftrag bis morgen 12 Uhr, Modellierung 2 oder 3-maliger Testung unter Omikron-Zirkulierung (mir ist nicht ganz klar, ob dies schlussendlich entschieden wurde)*	Präs/alle

	RKI-intern (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* Abschätzung der Auswirkungen vermehrter Fälle von Omikron in DEU auf die Krankenhauslandschaft Gibt es eine Szenarien-Modellierung zu Omikron und ITS-Belegung in Bezug auf diverse Faktoren, z.B. wie weit müsste die aktuelle ITS-COVID-19-Belegung sinken um bei einer starken Infektions-Zunahme durch Omikron bewältigt werden zu können? Dis würde eine besser Abschätzung der Maßnahmen auf KKH-Ebene ermöglichen, das Verlangen hiernach von Ländervertretenden nimmt zu FG33 EpiBull Artikel im Sommer hat langfristige Prognose gemacht die eingetroffen ist und die viele beeindruckt hat Ggf. eine Aufgabe für den deutschen (o.g.) Expertenbeirat? DIVI-Register hilft akute Verlegungen zu planen SPoCK macht auf aktuellen Zahlen beruhend unmittelbare Verlegungsprognosen und dient nicht längerfristig Für strategische Entscheidungen, die politische Aspekte tangieren (Prozesse, Verschiebungen, forcierte Personalre-krutierungsaktivitäten), sind längerfristige Szenarienmodellierungen notwendig Ohne Orientierungswert ist eine ausgewogene strategische Planung schwierig, aber RKI kann solch einen aktuell nicht liefern	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen**	

	Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:40

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Mittwoch, 15.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas
  - Claudia Siffczyk (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! MF1
  - Thorsten Semmler
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Andrea Rückle
- ! Sonstige
  - Andreas Hicketier

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.613.730 (+51.301), davon 106.680 (+453) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 353,0/100.000 Einw. Fälle auf Intensivstation: 4.892 (-34) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.568.226 (72,8%), mit vollständiger Impfung 58.042.702 (69,8%), mit zusätzlicher Boosterimpfung 21.529.803 (25,9%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. (Fehler bei Sormas-GÄ: DEMIS-Meldungen z.T. nicht empfangen, Ausmaß wird untersucht) 2. Rückgang in Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Ansonsten in den BL ein Plateau zu beobachten. 3. Verlauf: leichter Rückgang bundesweit, jetzt etwas steiler 4. Todesfälle: sehr hohes Niveau 5. Anteil der LK mit 7-TI >50: 411/411 6. Anteil der LK mit 7-TI >500: 85/411 [-10] 7. Anteil der LK mit 7-TI >1000: 13/411 [-9] 8. Die am stärksten AG sind weiterhin Kinder und Jugendliche; am wenigsten betroffen: AG 75-84 Hospitalisierungsinzidenz 9. Weiterhin hohes Niveau und kein weiterer Anstieg	FG32 Diercke
	ARS-Daten und Testungen Folien hier Ca. 1,7 Mio. Durchgeführte Test, Positivenanteil rückgängig Zurzeit ist eine hohe Laborauslastung in einigen BL zu beobachten, u.a. TH, bei den meisten Auslastung i.O., im Trend Abnahme Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum: positiver Trend, d.h. geringere Auslastung der Labore zu beobachten und geringerer Zeitverzug	Fischer/Eckmanns
	VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Omikron in Stichproben: Anteil steigt auf 0,6% Übermittelte Fälle: Zunahme, insg. 410 Fälle (incl. ca. 2/3 Verdachtsfälle), regional über fast ganz D verteilt. Altersverteilung unverändert, Median 34,5 J. Symptomatik überwiegend mild, <25% Fieber; 4 Fälle hospitalisiert, keine verstorben Ca. 50% vollständiger Impfschutz; ca. ¼ Reiseexposition,	Krüger/Semmler

	>40% Exposition unbekannt Modellierung: Exponent. Trend, Verdopplungszeit: 3,6 Tage Internat: 40% Omikron in London; in UK: R=5,5±CI, Verdopplungszeit: 2,0 d±CI Omikron in DESH: s. Folien; räuml.Verteilung: bisher keine signifikanten Cluster nach PLZ **Syndromische Surveillance** Folien hier ARE-Raten sinken im Grippe-Web. Angleichung an die niedrigen Raten des letzten Jahres, v.a. bei Erwachsenen. Bei Kindern eher auf dem Niveau des Jahres davor. Rückgang auch in der Zahl der Arztbesuche. Kinder haben einen hohen Anteil an ARE-Konsultationen mit wenig COVID-Anteil, bei den Erwachsenen eher umgekehrtes Bild, d.h. wenig ARE-Konsultationen mit höherem COVID-Anteil ICOSARI-KH-Surveillance: Anzahl der schweren Atemwegsinfektionen nimmt weiterhin ab. Die Abnahme hängt von mehreren Faktoren ab Im Vergleich der 2020 und 2021 fällt auf, dass der Anteil der älteren Personen unter den ICOSARI abgenommen hat. Hypothese: Bereits gelernte und angewandte Schutzmaßnahmen wurden früh umgesetzt Ausbrüche in Kindergärten/Horte n=5.367; meist aus BW Ausbrüche in Schulen n=8.131; meist aus BW **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** 184 Einsendungen aus 54 Arztpraxen In 49. KW kein Influenza-Nachweis Am häufigsten nachgewiesene Viren sind in dieser Reihenfolge die endemischen Coronaviren, RSV & Rhinoviren **Zahlen zum DIVI-Intensivregister & SPOCK** Folien hier Mit Stand 15.12.2021 werden **4.822** COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. In fast allen Bundesländern ist ein Anstieg oder ein hohes Plateau in der COVID-ITS-Belegung zu sehen Erneuter Anstieg in täglichen ITS-Neuaufnahmen von COVID-Patienten mit **+2.189** in den letzten 7 Tagen Trend in den BL: diverses Bild, teils Plateau, teils leichter Anstieg, teils leichter Abstieg Einschätzung der Betriebssituation: 70% der ITS teilweise oder ganz eingeschränkt; hoher Anteil an beatmeten Patienten (high-Flow, nicht- und invasive Beatmung, ECMO). Vornehmlicher Grund weiterhin Mangel an personellen Ressourcen Stagnation des Anteils der älteren und hochaltrigen Personen auf ITS **SPoCK Prognose:** 10. Ein Rückgang der belegten Kapazitäten wird prognostiziert; Bild unterscheidet sich teilw. in den Kleeblättern	Buda/Dürr-wald

	Diskussion Bericht zum Monitoring von COVID-19 und Impfsituation in Alten- und Pflegeheimen soll vlt. an den Wochenbericht angehangen werden Trotz hohen Fallzahlen sind die Todeszahlen relativ gering, v.a. im Vergleich zur letzten Welle, dies könnte als Entkopplung vom Infektionsgeschehen gedeutet werden. In der letzten Woche wurde ein starker Anstieg an Todesfällen bei dem 80+ beobachtet, obwohl der Anteil an der ITS Belegung stabil blieb. Eine vermeintliche Erklärung wäre eine starke Verhaltensänderung der betroffenen Personen, aber auch eine Triage in den Kliniken/ vor Klinikeinweisung. Zur Einschätzung brächte es die ITs-Neuaufnahmen nach Alter stratifiziert werden. Unter der Annahme, dass in Deutschland bisher weniger Omikron-Fälle gemeldet wurden, als im Vergleich zu anderen Ländern, z.B. Dänemark & UK, wurde diskutiert, ob die Ausweisung europäischer VV-Gebiete sinnvoll ist. Dadurch könnte eine Verbreitung verlangsamt werden. Grundsätzlich könnte auch von allen Reisen, die nicht unbedingt notwendig sind, abgesehen werden und nicht nur bei spezifischen Ländern. Maßnahmen an Grenzen lenken schnell von den Maßnahmen im Land ab. Bei der Verteilung der Omikron-Fälle kann ein inner-europäisches Nord-Süd-Gefälle beobachtet werden. Bei einer flächendeckenden starken Verbreitung der Omikron-Variante könnte es in Zukunft auch zu verringerten Testkapazitäten kommen. Auch immer mehr Personen müssten wieder in Quarantäne und könnten nicht ihrer Arbeit oder anderen Tätigkeiten nachkommen, dies könnte auch Auswirkungen auf essentielle Strukturen haben. Infektionsschutzmaßnahmen sollten noch weiter intensiviert werden. NPI spielen dabei eine wichtige Rolle, aber auch eine intensive Kommunikation ist äußerst wichtig. Massenmedien. ***ToDo:*** *(1) Stratifizierte Darstellung der ITS-Aufnahme möglichst bis Freitag, spätestens Mittwoch – Diercke* *(2) Im Wochenbericht soll klar kommuniziert werden, dass der sinkende Trend der Fallzahlen nicht ausreichend ist, im Hinblick auf Omikron, und es intensivierte Maßnahmen erfordert.* Auf Anfrage des BMG soll eine Anpassung des Initiativberichts erfolgen. - Kröger	Alle
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG

3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)*	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** ***ToDo:*** *Ein Entwurf für eine Risikobewertung für „sehr hoch" soll erstellt werden, in dem eine zugespitzte Lage unter Omikron berücksichtigt wird. Frist: Freitag 17.12.2021 – Rexroth, FG38, Krisenstab*	Abt. 3
5	**Expertenbeirat** *(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)* Kommunikation im Expertenbeirat ist vertraulich Es gibt ein 2. Treffen am Freitag (17.12.2021) zu Omikron/ Modellierungen.	Wieler
6	**Kommunikation** **BZgA** 3 Merkblätter wurden fertiggestellt: Merkblatt für Eltern bei Impfungen bei Kindern; Merkblatt für Pflegekräfte; Merkblatt für Kontaktbeschränkungen Die Webseiten der BZgA sind weiterhin offline. Ende der Woche soll das Materialpaket für die Testzentren über den ÖGD-Verteiler gestreut werden **Presse** 16.12.2021 wird die BPK durch einen Thread begleitet **P1** Tipps zum Verhalten werden über unterschiedliche Social Media geteilt	BZgA n.A. Presse P1
7	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Bei der globalen Impfstoffverteilung zeigen sich starke Ungleichheiten, v.a. im Hinblick darauf, dass in Deutschland verstärkt die Booster-Kampagne läuft. Es entsteht der Eindruck, dass Impfstoffe Regionen genommen werden, die diesen brauchen. Zurzeit ist auch eine Booster-Impfung von Kindern aus ministerieller Seite angedacht, obwohl dazu keine Empfehlung und teils keine Zulassung besteht. Thematischer Fokus könnte auf Erhöhung der Produktionskapazitäten gelegt werden Die Aussage, dass vorzeitige Boostern schädlich sein kann und RKI davon abrät, sollte m.E. offiziell mit BMG oder Expertenrat kommuniziert werden	Alle Abt. 3

	***ToDo:** Eine Sprachregelung zu der internationalen Verteilung von Impfstoffen / Impfgerechtigkeit / Impfstoffherstellung weltweit soll erstellt werden – Federführung **ZIG** zusammen mit FG37 & FG33* **RKI-intern** (nicht berichtet)	
8	**Dokumente** Viele der veröffentlichten Empfehlungen müssten bei der erwarteten Verbreitung von Omikron (Annahme einer erhöhten Übertragbarkeit) angepasst werden. Alle FG sollen Empfehlungen sichten und bereits schauen an welchen Stellen sich ein Änderungsbedarf ergeben könnte Auch Anpassungen an der Schutzmaßnahmenausnahmeverordnung müssen diskutiert werden. Bis diese geändert wurde, müssen alle Empfehlungen in dem Rahmen dieser Verordnung bleiben (z.B. Ausnahme von Quarantäne bei geimpften Personen).	Alle
9	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** nicht berichtet	FG14

14	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
15	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** nicht berichtet	FG38
17	**Wichtige Termine** keine	Alle
18	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Freitag, 17.12.2021, 11:00 / 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:08 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Freitag, 17.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Anton Aebischer
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Ute Rexroth
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG16
  - ?
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG23
  - Robin Houben
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Udo Buchholz
  - Kai Schulze
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Claudia Siffczyk
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! ZBS1
  - Annika Brinkmann
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Agata Mikolajewska
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! MF2
  - Torsten Semmler
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Pascal Klamser
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Anne Meierkord
  - Mikheil Popkhadze
- ! ZIG1
  - Sofie Gillesberg Raiser
  - Carlos Correa Martinez

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* Folien hier Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 16.12.2021 1. Fälle: insgesamt 254.405.924, 7,8% weniger als letzte Woche 2. Todesfälle: 5.012.073 Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 3. Neu dabei: Südafrika und Spanien 4. Steigender Trend in UK, Frankreich, Südafrika, Italien, Spanien 7-Tage-Inzidenz weltweit 5. Europa größte Anzahl von Fälle 6. Letzte Woche Steigerung von 111% in Afrika, besonders durch Fallanstieg in Südafrika, aber auch steigende Tendenz in anderen Länder im südlichen Afrika Karten mit 7-Tage-Inzidenz und % Fallzahl-Veränderung: Fallzahlsteigerung im südlichen Afrika ist groß (obwohl in manchen Ländern kleine Fallzahlen) 7-Tage-Inzidenz Europa 7. Inzidenzen in Europa in einzelnen Ländern, z.B. Frankreich und Norwegen hoch 8. Frankreich, Norwegen und Dänemark werden wahrscheinlich bald als Hochrisikogebiete eingestuft Omikronvariante weltweit 9. WHO SitRep Datenstand veraltet 12.12.2021 10. Heute Morgen von BNO: aus 92 Ländern gemeldet, insgesamt >27.000 Fälle (+25.000 seit letzter Woche) 11. 1. Woche seit Delta VoC ist, ist die Anzahl von Delta zurückgegangen, jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da Omikron eher sequenziert wird Omikron Europa 12. Anzahl von Ländern mit Omikron-Fällen ist angestiegen, seit gestern 27 EU-Länder 13. 3.158 sequenzierte Fälle, aber in NO und DK werden PCR-bestätige Fälle auch mitgerechnet 14. 10 Länder meldeten ECDC Fälle ohne Reiseanamnese 15. Erhöhte Haushaltsübertragung im Vergleich zu Delta 16. DK hat Hospitalisierungen mit Delta und mit Omikron verglichen, Anteil hospitalisierter Fällen eher gleich 17. Mehrere Länder haben Einreisemaßnahmen verschärft	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.721.375 (+61.288), davon 104.996 (+484) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 331,8/100.000 Einw. DIVI Intensivregister 4.765 (-40) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.786.500 (73,1%),	FG32

	mit vollständiger Impfung 58.297.370 (70,1%), Auffrischimpfungen 23.145.689 (29,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 18. Hohe Inzidenzen in SN, TH, ST, niedrigste Inzidenz in SH 19. Höchste Inzidenzen in TH, geht weniger stark zurück als SN, letzteres starker Rückgang in letzten 7 Tagen 20. MV im Gegensatz zu anderen keinen abnehmenden eher ansteigenden Trend 21. Noch immer viele stark betroffene LK, Hildburghausen allen voraus mit >1.400/100.000 Hospitalisierungsinzidenz knapp >5, adjustierte Kurve deutet leichten Rückgang an Anteil AG auf Intensivstation 22. Grüne Linie COVID-19-Fälle insgesamt pro Meldewoche 23. Hintergrund auf 100% gestapelte Säulen ist AG-Verteilung: oben hochhalte, alte in dunkelblau, jüngere AG unten in grau 24. Bei 2. und 3. Welle sowie auch jetzt wieder nimmt der Anteil hochaltriger AG zu Wöchentliche Sterbefälle weiter ansteigend Diskussion zu AG auf Intensivstation Interessant wäre für jede AG außerdem zu sehen, wie hoch die Inzidenz und die Zahl der Todesfälle waren, um das Verhältnis der Parameter zueinander zu untersuchen, ist jedoch nicht einfach darzustellen? Ggf. Kurve in spezifischen AG mit Intensivaufnahmen zu kreieren Modellierungen *(nur freitags)* Bundesweite Kontaktreduktion, Folien hier (Herr Klamser bitte hier ablegen) Kontakte seit November sinkend negativer Trend wurde auch letzte Woche beibehalten Variation der Kontakte pro BL: positiver Trend in SH, HH, BE (rot eingerahmt), Abwärtstrend NI, HB, NW, etc. (blau), manche neutral wie HE, MV Importrisiko von Omikron, Folien hier (Herr Klamser bitte hier ablegen) Modellierung von Flugnetzwerk anhand der Flugwege, sequenzierten Proben aus GISAID Länder mit hohem Importrisiko meldeten Fallnachweise, auch Deutschland, wo früh Fälle importiert wurden Diskussion In GrippeWeb gibt es bzgl. Kontakten Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern: bei Erwachsenen auf Niveau von Dezember 2020, bei Kindern auf sonst üblichem Niveau, Schulen und Kindergärten sind offen Modellierung bezieht sich (nur) auf Erwachsene ab 18 Jahre, es sind keine Aussagen zu Kindern möglich P4 macht gerade mit FG33 eine Modellierung zu Omikron Erkenntnis aus Datenspende: viele, die infiziert waren (= Genesene) haben sich zwei und nicht nur einmal impfen lassen, häufig auch früher als empfohlen (nicht erst nach 6 Monaten); 50% haben sich nicht an die Empfehlungen	P4

	gehalten, allerdings sind Personen aus der Datenspende gesundheitsaffin	
2	**Internationales** *(nur freitags)* Keine Updates Vortrag zu IST Aufnahmekriterien auf Montag verschoben	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Siehe Kennzahlen und Entwicklung auf den Folien hier CWA-News Auch HE hat CWA in Schutz-VO aufgenommen Nächste Woche voraussichtlich >1 Mio. Personen, die über App gewarnt haben Limitierung der Personen, deren Zertifikate eingescannt werden, wurde behoben Kommunikation (CWA-Blog, Twitter) zu roter Warnung (viel gesehen und kommentiert) CWA Anpassung an Omikron Handlungsempfehlungen werden in Absprache mit FG36 angepasst Infos zu VOCs können nach Google/Apple eingespeist werden CWA scannt alle 2-3 Minuten, dies kann nicht stärker reduziert werden Impfzertifikate werden konfigurierbar gemacht, ggf. Ende Januar bereit Diskussion Entfernung ist anpassbar (von 1 auf 2m), müsste allerdings mit Fraunhofer Institut abgestimmt und erneut berechnet werden, da die Finanzierung gestoppt wurde Zeitraum der Begegnung kann nicht weiter spezifiziert werden da Apple und Google weder Ort noch genaue Zeit liefern, nur den Tag Update zur roten Kachel/Warnung nächstes Mal	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Dokument hier Es gab ein paar Rückmeldungen und der erste Absatz wurde im Krisenstab besprochen Einstufung „sehr hoch“, stratifiziert nach Impfstatus Für geimpfte weniger Risiko, jedoch steigender infektionsdruck Potentiell sind auch Anstrengungen geimpfter und geboosterter notwendig, wenn die Versorgung aufrechterhalten werden soll Terminologie: Besser von Gruppen (genesener, geimpfter) reden, es ist kein individuelles Risiko Wie stark sollen immundefiziente und hochaltrige Gruppen ausdifferenziert werden? Eher später im Text Impfschutz gegen Omikron Details hierzu noch ungenügend bekannt, Schutz bei geboosterten 75-77% Zu schwerer Krankheit fehlen Daten und dies ist noch nicht abschließend beurteilbar, aber von Schutz vor schwerer Infektion wird ausgegangen, sollte auch so kommuniziert	VPräs/alle

	werden Gegen Delta ist die Wirksamkeit bei geboosterten 93% Dauer des Schutzes ist auch noch unbekannt Publikation aktualisierter Risikobewertung am Montag, bis dahin Krisenstab bitte erneut kommentieren	
5	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** FAQ werden aktuell komplett überarbeitet, werden heute oder nächste Woche geteilt damit sie vor Weihnachten publiziert werden können Kommunikation zur Datenerfassung und Publikation über Weihnachten und zwischen den Jahren Wie läuft dies und warum werden die Zahlen dann nicht belastbar sein (hat nichts mit Erfassungssystem zu tun) Sollte auch im Wochenbericht nächsten Donnerstag dargestellt werden Disclaimer ab Mittwoch vielleicht Tipps für Weihnachten aus BPK wurden gut aufgenommen und in Medien gestellt Tabellen im Wochenbericht Werden diese auch zwischen den Jahren veröffentlicht oder nicht? Pressestelle möchte Datenjournalisten informieren Es wird einen reduzierten Wochenbericht geben, intern wurde ein Vorschlag erarbeitet, die drei wichtigen Indikatoren (7-Tage-Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz, Intensivbelegung) werden berichtet, Daten aus zusätzlichen Systemen nicht Argument ist nicht primär die zusätzliche Arbeit, sondern fachliche Tatsache, dass Daten (falsch niedrig) sehr schwer interpretierbar sind und dies gefährlich sein könnte (falsche Entwarnung) VOCs herauslassen ist aktuell schwierig, diese sollen in minimaler Darstellung berichtet werden (Verhältnisse zueinander), kein deskriptiver Block wie im gewöhnlichen Wochenbericht **P1** (nicht berichtet)	BZgA Presse P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** (nicht berichtet) **RKI-intern** Anpassung/Verschärfung des Stufenplans angesichts Omikron?	Alle Abt. 3 VPräs Haas/Buchh

		ControlCOVID-Stufenplan ist nicht mehr nicht passend für die aktuelle Situation, kann er noch so stehen gelassen werden, wenn nicht, was dann? Es gab kürzlich auf Omikron bezogenen Initiativbericht ans BMG, weitere differenzierte Eingrenzung ist aktuell noch nicht möglich Im Stufenplan wurde Überarbeitung zu Herbst/Winter erwähnt Finalisierung einer Überarbeitung des Stufenplans vor Weihnachten ist schwierig, da so viele Dinge noch unklar sind Heute erneut Expertenrat Treffen im BKA zum Thema Omikron, wahrscheinlich ist die Entscheidung weitergehender Maßnahmen Sollte noch dieses oder erst Anfang nächsten Jahres ein Lockdown/eine Maßnahmenverschärfung umgesetzt werden? Epidemiologisch ist Maßnahmenverschärfung früher besser Viel weniger Menschen würden sterben Auch Umsetzbarkeit und indirekte Effekte sind wichtig, ggf. wird die Impfgeschwindigkeit durch eine Verschärfung negativ beeinflusst Es finden aktuell noch Massenveranstaltungen statt (RKI hat sich dagegen ausgesprochen) In Portugal bleiben Schulen nach Weihnachten 1 Woche länger zu London meldet viele nosokomiale Infektionen, die kürzere Inkubationszeit hat Auswirkungen Empfehlungspapiere für KoNa in KKH werden aktuell überprüft Im BKA Expertenrat ist kein/e KKH-Hygieniker/in, das ist ungünstig ControlCOVID soll erhalten bleiben, Plan beinhaltet sehr viele Maßnahmen die umgesetzt/kontrolliert werden sollten und es aktuell nicht werden Muss letztendlich bezüglich Omikron angepasst werden Ausstiegsszenario für Aufhebung des Lockdowns sollte auch bedacht werden FG36/FG32 haben eine Seite zu gemeldeten Omikronfällen erstellt, könnte ein Teil dieser Daten zur Verfügung gestellt werden? Fazit Montag Extratermin zum Umgang mit Empfehlungen zu Omikron, müssen nicht alle dabei sein, abhängig von Entscheidungen des Expertenrats heute ControlCOVID-Plan bleibt online erhalten mit ergänzender Erwähnung „Vorbereitung auf Omikron“ Tim Eckmanns nimmt an Treffen mit ?? (Krankenhausexperten?) teil, was kann diese Gruppe tun, um das RKI zu unterstützen? Schnelle und umfassende Datenübermittlung Krankenhausbetten sollten akkurater gemeldet werden, es ist wichtig, dass das Intensivregister zuverlässig ist hinsichtlich Omikron Transparenz bezüglich Verlässlichkeit der Daten Könnte/sollte das Dashboard von MF2 veröffentlicht werden?	olz (FG36)

	Präs und VPräs sind damit einverstanden Genomdaten sind langsam, Dashboard erfüllt deswegen nicht den Bedarf für mögliche schnelle Einschätzung Übersichtliche Darstellung in Form des technischen Reports Immer gut, die Arbeit des RKI transparent machen *ToDo: Zusatztermin mit FG36, FG32, AL3 und FG17 (wenn Wunsch)* Präsentation zum Status der ergriffenen Maßnahmen in Schulen, Folien hier Hintergrund Datenauswertung der Kultusministerkonferenz (KMK) zu Fall- und Quarantänezahlen Daten sind nicht leicht zugänglich und für jede Woche separat herunterzuladen und zu verarbeiten Auswertungen: Anteil Lehrpersonal (LuL, gelb) in Quarantäne pro Fall ist in letzten Wochen bundesweit stark gesunken, ebenso bei Lernenden (SuS, grün) Präsenzbetrieb war bundesweit in letzten Wochen relativ wenig eingeschränkt Zahl der Ausbrüche aus dem Meldesystem ist in den letzten Wochen/Monaten stark angestiegen Infektionsdruck auf Lehrpersonal ist stark angestiegen Veröffentlichung im EpiBull sowie Rückspiegelung an KMK wäre sinnvoll	
7	**Dokumente** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* Aktuell gute Impfeffektivität gegen symptomatische Erkrankungen, eindeutiger und positiver Trend > 90-95% geschätzte Wirksamkeit der Impfung gegen schwere Verläufe Bei >60-jährigen liegt diese über 90% (in jüngeren AG weniger Hospitalisierungen) Für Delta sehr erfreuliche Ergebnisse, ab nächster Woche kommen diese auch in den Wochenbericht **Impfstoffe** Novavax erhält vermutlich positive Entscheidung von EMA und somit die Zulassung nächste Woche FG33 erstellt Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI **STIKO** Kinderimpfungsempfehlung ist beschlossen und wird publiziert Parallel Publikation eines Faktenblatts zu Kinderimpfungen Beschlussentwurf der STIKO zum Abstand von Grundimmmunisierung (2. Dosis) und Booster geht ins Stellungnahmeverfahren STIKO hat Abstandsverkürzung beschlossen, es wird	FG33

	Empfehlung eines Boosters nach 3 Monaten geben Bei genesenen war die Regel 6 Monate nach Infektion, und dann Booster, wird für diese nun auch reduziert auf 3 Monate Booster nach 3 Monaten ist nicht zulassungskonform Zulassung obliegt PEI oder EMA Hersteller muss Zulassungsänderungsantrag einreichen, mündlich hat EMA sich dafür ausgesprochen STIKO kann außerhalb der Zulassung empfehlen MG ist gerade dabei, aktualisierte Impf-VO anzupassen worin dies abgedeckt wird BKA Expertenrat Mertens (STIKO-Chef) ist auch im Expertenrat, deswegen einiges an Doppelarbeit der STIKO Sander, Streeck und Falk haben (mit Mertens?) ein Positionspapier mit ähnlichen Empfehlungen zu Impfabständen geschrieben Mertens wünscht Anlehnung an STIKO und hat dies auch ausgesprochen Konsensfindung im Expertenrat ist noch nicht klar (ob Mehrheit oder einstimmig), noch keine Geschäftsordnung	
9	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** (nicht berichtet) **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZBS7
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Wichtige Termine** keine	Alle
16	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Montag, 20.12.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:59

Krisenstabssitzung zu COVID-19
Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	*Montag, 20.12.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Renke Biallas (Protkoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Oliver Ommen
- ! Weitere
  - Julika Loss
  - Agata Mikalojewska

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.809.622 (+16.086), davon 108.352 (+119) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 316,0/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.992.596 (73,3%), mit vollständiger Impfung 58.444.931 (70,3%), davon mit Auffrischimpfung 26.194.109 (31,5%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. Anzahl der Kreise mit 7-TI >50: 411/411 2. Anzahl der Kreise mit 7-TI >500: 66/411 (-2) 3. Anzahl der Kreise mit 7-TI >1000: 6/411 (-2) 4. Gesamt fallender Trand in der 7-TI Hospitalisierungsinzidenz: 4,73 / 100.000 EW Bei >60: 10,94 / 100.000 EW Weiterhin hohes Niveau, leicht sinkender Trend **Diskussion:** Durch die hohe Zahl an Nachmeldungen kann eine steigende 7TI-Inzidenz bei sinkenden Fallzahlen beobachtet. Eine definitive Trendumkehr kann noch nicht beobachtet werden.	FG32
2	**Internationales** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Risikobewertung wurde angepasst Die dynamische Entwicklung mit der Omikron-Variante wurde berücksichtigt Der Schutz kritischer Strukturen wurde als Ziel festgehalten	Abt. 3
5	**Expertenbeirat** *(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)* Beschluss des Expertenbeirats wurde zirkuliert und direkt publiziert Am 21.12.2021 wird die Geschäftsordnung des Expertenbeirats festgelegt.	

6	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** Seit Freitag 550.000 Follower auf Twitter **P1** Social Cards zum Thema Impfung bei Kindern	BZgA n.A. Presse P1
7	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** In Zukunft soll der Begriff „**Auffrischimpfung**“ (wie auch durch die STIKO verwendet) genutzt werden. Alternative Begriffe, wie „Booster-Impfung“ oder „Auffrischungsimpfung“ sollen demnach nicht mehr genutzt werden. **RKI-intern** **Empfehlung zu kritischen Infrastrukturen und deren Betrieb bei hohem Aufkommen von Infizierten** Dokument hier Vor dem Hintergrund der neuen Omikron-Variante wurden die Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur (KritIs) bei kritischen Personalmangel diskutiert und sollen zeitnah wieder veröffentlicht werden Verweise auf dieses Dokument sollen in den Empfehlungen zu Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen implementiert werden Es wird in den Empfehlungen zwischen Alten- und Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und kritischen Infrastrukturen differenziert **Diskussion:** In der Empfehlung sollte präzisiert werden, dass sich diese an die Belegschaft richtet und nicht an die Bewohner:innen, Patient:innen, Klient:innen oder Nutzer:innen. Das Dokument soll als eine „Stand-Alone Publikation“ mit Überschrift z.B. „Kritischer Personalmangel“ publiziert werden. Die Relevanz und Dringlichkeit soll dabei deutlich werden Neben der Regelmäßigen PCR-Testung sollen **medizinische Masken** (d.h. FFP2-Masken oder medizinische MNS) verwendet werden. Zwischen dem Einsatz einer FFG oder medizinischen MNS soll nicht unterschieden werden, vielmehr wird die Compliance bzw. die konsequente Nutzung im Vordergrund stehen. Auf die Risiken einer Infektion in geschlossenen Pausenräumen mit mehreren Personen soll verwiesen werden **FAQ Tragen von Masken**	Alle FG37

	Dokument hier Zurzeit liegen keine wissenschaftlichen Ergebnisse vor, dass FFP2 Masken im Vergleich mit MNS die Transmission bei Laien besser reduziert Das Maskentragen zeigt dann die höchste Wirkung, d.h. eine Verringerung des Infektionsrisikos, wenn möglichst alle Personen im Raum eine medizinische Maske tragen (kollektiver Fremdschutz). In Innenräumen im öffentlichen Bereich, wenn Menschen zusammentreffen, sich länger aufhalten, insbesondere wenn der physische Abstand von mindestens 1,5 m nicht immer eingehalten werden kann (z. B. Einkaufssituation, Schulen, Arbeitsplatz, öffentliche Verkehrsmittel). In Haushalten mit bekanntem Fall einer SARS-CoV-2-Infektion, starkem Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion oder Anwesenheit von Personen, die einen engen Kontakt mit einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatten. Bei der Auswahl ist darauf zu achten, dass die Maske zur Gesichtsform und -größe passt und korrekt und enganliegend sitzt (z.B. ist ein Dichtsitz bei Barträgern oft nicht möglich)	Fr. Brunke/FG14
	COALA Studie Folien hier Es wurden **30 Kitas** mit einem **akuten Ausbruchsgeschehen** einbezogen und über 8 Monate untersucht mind. 1 Kind oder 1 Mitarbeiter/in SARS-CoV-2-positiv Infizierte und Kontaktpersonen aus der Kita bzw. den Familien wurden **zuhause besucht** und untersucht Speichel, Mund/Nase-Abstrich für PCR (*kein tiefer Rachenabstrich)* Standardisierte Befragung zu Symptomen, Exposition danach: **regelmäßige Selbstentnahme von Proben** (Mund/Nase & Speichel, PCR), Symptomtagebuch über 12 Tage Feldphase 10/2020- 06/2021 Rücklauf Selbstbeprobung >90% **Eine infizierte Person steckt im Schnitt 9,6% ihrer Kontaktpersonen in der Kitagruppe an 53,3% im eigenen Haushalt** Kinder in der Kitagruppe haben sich anteilig seltener mit SARS-CoV-2 angesteckt als Beschäftigte: **7,7 %** aller kindlichen Kontaktpersonen **15,5 %** aller erwachsenen Kontaktpersonen **In 54,5% der Haushalte** mit einer betroffenen Person aus der Kita (12/22 HH) wurde das Virus an mind. ein Haushalts-Mitglied weitergegeben.	Fr. Loss
	Kontaktpersonenmanagement Dokument hier Integrierte Änderungen: Empfehlung zur stärkeren Priorisierung im Rahmen der Kontaktpersonennachverfolgung von Übertragungsereignissen mit hohem Ansteckungsrisiko	

	und/oder bei denen Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf involviert waren oder gefährdet werden (Abschnitte 1.1, 2.1 und 3.2.1) Es entfällt die Möglichkeit zur Verkürzung der Quarantäne auf 5 Tage (+ negativem PCR-Test); eine Verkürzung auf 7 Tage (+ negativem Nachweis durch einen hochwertigem Antigentest) bzw. 10 Tage (ohne Test) bleibt erhalten (Abschnitt 3.2.2) Nur noch Kontaktpersonen mit Auffrischimpfung sind von der Quarantäne ausgenommen (Abschnitt 3.2.2) Empfehlung, dass sich enge Kontaktpersonen bereits vorab selbstverantwortlich in Quarantäne begeben und testen nachdem der Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall bekannt wird (Abschnitt 3.2.2) **Diskussion:** Das aktualisierte Dokument beinhaltet nicht die aktuellen Anforderungen bzgl. der Verbreitung der Omikron-Variante. Daher soll eine neue Version erarbeitet werden, die aktuelle Anforderungen beinhaltet (z.B. Quarantäne bei nicht „geboosterten“ Personen) ***ToDo:*** *Neue Fassung des KoNa-Mgmt-Dokuments anfertigen, die die neuen Anforderungen unter Omikron beinhaltet.*	Hr. Haas & weitere
8	**Dokumente** (nicht berichtet)	Alle
9	**Update Impfen** *(nur freitags)* (nicht berichtet) **STIKO** xxx	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG17** Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ **ZBS1**	FG17 ZBS1

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** (nicht berichtet)	ZBS7
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *Siehe oben*	FG14
13	**Surveillance** nicht berichtet	FG 32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* nicht berichtet	FG38
16	**Wichtige Termine** keine	Alle
17	**Andere Themen** Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 15:08 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Mittwoch, 22.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralph Dürrwald
- ! FG23
  - Robin Houben
- ! FG 26
  - Heike Hölling
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! MF2
  - Torsten Semmler
- ! MF 4
  - Martina Fischer
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Anne Meierkord
  - Mikheil Popkhadze
- ! ZIG1
  - Carlos Correa Martinez
- ! BzgA
  - Andrea Rückle

!

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Folien hier Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 21.12.2021 1. Fälle: insgesamt 274.628.461, +5,27% i. Vgl. zur Vorwoche 2. Todesfälle: 5.358.978, 7-Tages-CFR gesunken auf 1,03% (Vorwoche: 1,15%). Kumulative CFR 1,95% (Vorwoche: 1,97%). Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 3. Weltweit steigende Fallzahlen 4. Zusammensetzung der Top 10 unverändert 5. De auf Platz 4 6. Spanien und Italien etwas nach oben aufgerückt ○ ECDC Rapid Risk Assessment 18. Update - Omikron 1. Wahrscheinlichkeit einer weiteren Verbreitung: sehr hoch 2. Impact der Weiterverbreitung: sehr hoch 3. Risiko für die öffentliche Gesundheit: sehr hoch 4. Auf der Europakarte sind die Länder Deutschland, Frankreich, Niederlande, Norwegen, Polen und Österreich mit „very high concern“ eingestuft 7-Tage-Inzidenz Europa 5. Insgesamt hohe Inzidenzwerte 6. Anstieg in Dänemark (jetzt >1000/100.000 EW) größte Anzahl von Fällen 7. Rückgang in Spanien, Bosnien, Norwegen, Schweiz 8. Als Hochrisikogebiete sind Andorra, Dänemark, Frankreich, Norwegen und außereuropäisch Libanon dazugekommen (seit 19.12.2021), UK wurde Virusvariantengebiet (seit 20.12. 2021) Spotlight Dänemark 9. **7-Tages-Inzidenz (Trend zur Vorwoche): 1119 (+42%)** 10. 25.11.2021 Eintrag von Omikron zu Zeitpunkt ohne Maßnahmen, bei steigender Inzidenz 11. Zu Beginn zwei große, zusammenhängende Ausbrüche: Konzert, Weihnachtsfeier in Schule, weitere Ausbreitung danach in Schulen 12. 08.12.2021: Wiedereinstufung von Covid-19 als gesellschaftskritische Krankheit und „Lockdown light“ mit Beschränkung von Gruppengrößen bei Veranstaltungen unter 50 Personen; Nachtleben schließt um 24 Uhr, Schulferien vorgezogen 13. 17.12.2021: Schließung von Museen, Theatern, Kinos, Zoos, Vergnügungsparks und Veranstaltungslokalen. Restaurants bleiben geöffnet, dürfen aber nach 22 Uhr keinen Alkohol mehr ausschenken 14. Modellierung der Fallzahlen: vier Szenarien mit steigenden Fallzahlen in Abhängigkeit von Impfeffektivität und Transmissionsrate (Folie 5), Darstellung nach	ZIG1 (Correa-Martinez)

	Altersgruppen zeigt, dass jüngere Altersgruppen stärker betroffen sind **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.878.709 (+45.659), davon 109.324 (+510) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 289,8/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%) DIVI Intensivregister 4.563 (-56) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.201.400 (73,6%), mit vollständiger Impfung 58.661.704 (70,5%), Auffrischimpfungen 28.090.924 (33,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 15. Abnahme-Trend in TH, SN, ST, BB 16. Zunahme-Trend in HH, HB Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 17. 50 LK > 500/100.000 EW 18. Höchste Inzidenz in Cottbus: 1108/100.000 EW 19. 4 LK mit Inzidenz > 1000/100.000 (Schwerpunkt östl. BL) Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche 20. Im Vgl. zur Vorwoche sinkende Inzidenz in allen Altersgruppen 21. Vergleich KW 50 2020/KW 50 2021 deutlichste Unterschiede (Zunahme) bei Kindern Fall-Verstorbenen-Anteil nach Meldewoche und Altersgruppe 22. Bei >80Jährigen am höchsten 23. Nicht mit erster Welle Vergleichbar, da damals wenig Tests, CFR abhängig von der Anzahl erfasster (getesteter) Asymptomatischer	FG32 (Diercke)
	DIVI Intensivregister 24. Folien hier 25. Aktuell 4500 Fälle in Intensivbehandlung 26. Abnehmende Belegung: -322 Fälle 27. Neuaufnahmen: nur geringer Rückgang auf 1.984 in den letzten 7 Tagen 28. Starker Anstieg der täglichen Todeszahlen (setzt Kapazitäten frei) 29. In vielen Bundesländern ein hohes Plateau in der COVID-ITS-Belegung, Rückgang in BY, SL, BW, BE, hier auch Rückgang der Neuaufnahmen 30. Behandlungsbelegung nach Schweregrad: Rückgang betrifft überwiegend die leichteren Fälle 31. Einschätzung der Betriebssituation: 70% der ITS teilweise oder ganz eingeschränkt, insbesondere Maximalversorger verzeichnen keinen Rückgang der Belegung 32. Anteil Belegung der 60+ Jährigen steigt prozentual, extrem starke Anstiege in Gruppe 60-69 und 70-79 33. SPoCK: Prognosen für die nächsten 20 Tage positiv (weiterer Rückgang). Zu beachten: Nur wenn der jetzige	MF4 (Fischer)

	Zustand/Trend sich fortsetzt (keine Maßnahmen oder andere Effekte die nächsten Tage). Verlässlich sind eher die nächsten 10 (!) Tage der Prognose Modellierungen *(nur freitags):* nicht besprochen **Zwischenfrage** Bedeutet die Zunahme der Todesfälle auf ITS, dass die Behandlung früher eingestellt wird? Nein, zumindest ist das aus den Zahlen nicht zu belegen, aktuell hohe Zahl der Todesfälle kann auch durch den Zeitverzug, mit dem diese auftreten, erklärt werden **Syndromische Surveillance** Folien hier ARE-Rate gesunken in 50. KW zur Vorwoche (3,4 %; Vorwoche: 3,8 %), deutlicher Rückgang bei Kindern, leichter Anstieg bei Erwachsenen Bei Erwachsenen und Kindern das niedrige Niveau des Vorjahres erreicht (Pandemiejahr) ARE-Konsultationen stark zurückgegangen, auf Vorjahreswert gesunken (ca. 900.000 Arztkonsultationen wegen ARE) Anteil COVID-19 an ARE 34. Anzahl der Konsultationen wegen neu aufgetretenen ARE bei kleinen Kindern besonders hoch, Anteil mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose dagegen gering 35. besondere ältere Personen konsultieren Arzt seltener wegen ARE, erhalten aber vergleichsweise häufig eine COVID-19-Diagnose 36. In den Altersklassen 5-79 Jahre ist der Anteil von ARE mit COVID-19 in den letzten zwei Wochen gesunken ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Fallzahlen insgesamt gesunkenen (mitverursacht durch Rückgang von RSV bei Kindern). Seit Saisonbeginn hohes Niveau deutlich über den Vorsaisons, seit einigen Wochen Rückgang, aktuelle unter Niveau 2020. AG 35-59Jährige weiterhin sehr hohes Niveau, aber deutlicher Rückgang. Vergleich Herbst 2020 und 2021 (2021 herrscht höherer Infektionsdruck, gleichzeitig ist der Anteil Geimpfter wesentlich höher): Jetzt Rückgang in AG 80+Jährige seit 3 Wochen, Rückgang in AG 60-79 seit 2 Wochen Rückgang der COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung Rückgang der verstorbenen (hospitalisierten) COVID-SARI-Fälle Rückgang in AG 35-59 weniger deutlich Ausbrüche: nicht besprochen, bei Interesse dem Foliensatz zu entnehmen **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten**	FG 36 (Buda) FG 17

	184 Einsendungen 9 SARS-CoV-2 Nachweise (<7%), über alle AG verteilt, 15% in AG >60Jährige 1 Influenza-Nachweis (Kind, NH3N2) 14% OC43 3,6% 229E 1 NL63-Nachweis Alle endemischen Coronaviren: 18% Rhinoviren und HMP (PIV4) stabil	(Dürrwald)
	Testanzahl und -kapazitäten Folien hier Anzahl rückläufig, jetzt bei 1,5 Millionen Positivenanteil 18.6% Laborauslastung ist rückläufig, noch sehr hoch in SL, BB, MV, NS, TH Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig Positivenanteil in BY und ST rückläufig Testorte: in Arztpraxen stärkster Rückgang, auch an anderen Orten, hier noch stärkerer Einbruch zu erwarten durch fehlende Schultests Testung nach Altersgruppen: Testinzidenz/100.000 in der AG >80Jährige stabil, in allen andern AG Rückgang Positivenanteil bei 0-4Jährigen stabil, sonst Rückgang VOC (SARS in ARS): Omikron deutlich darstellbar, in KW 49 158/100%, in KW 50 145/100% (Nachmeldungen zu erwarten), Anteil etwas über 4%, Laborbelastung ist insgesamt gering	Abt.3 (Hamouda) FG 37 (Eckmanns)
	VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Omikron in Genomsequenzierzung: 1,4% (KW 49) Omikron in IfSG-Daten: 3,5% (KW 50) In Testzahlen: 2,7% (KW 50) Stichproben: Anteil steigt auf 0,6% Hochgerechnete kumulative Anzahl Omikron (Folie 2 rechts): Kurve verläuft parallel zum Anstieg von Alpha (bei Pandemiebeginn) Bisher 2388 Fälle (Datenstand 22.12.2021, 753 Hinweise), in KW 50 1,8/100.000 EW, Verteilung über ganz DE, mit Hotspot in HH Exposition überwiegend in DE Angaben zur Impfung bei >60% vorhanden: 61% vollständig geimpft, 13,7% mit Auffrischimpfung, 18,3% nicht geimpft Hospitalisierungsrate: 1,6% 1 Todesfall (0,04%) 54% mit COVID-typischen Symptomatik (Folie 5) Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Bei Annahme einer Verdoppelungszeit von Omikron von 4 Tagen und einer Halbierungszeit von Delta von 51 Tagen liegt der Schnittpunkt (jeweils 50%) noch in KW 51	FG 36 (Kröger)

	Modellierung beinhaltet Unsicherheiten und zeigt einen Anstiegstrend bei den Fallzahlen schon in KW 50, der in der Realität so nicht zu beobachten ist, deshalb fraglich, ob diese Darstellung in den Wochenbericht aufgenommen werden soll **Zwischenfrage** Kann auf Basis der vorliegenden Daten von einer geringeren Krankheitsschwere ausgegangen werden? Noch keine Aussage möglich, bisher liegen die Fälle in mittleren AG, bisher keine Ausbrüche in vulnerablen Bereichen Kann allenfalls erhofft, sollte jedoch nicht kommuniziert werden (ggf. individuell leichterer Verlauf, jedoch problematisch große Anzahl) **Genomsequenzierung** 236 Fälle in 440.000, entspricht einem Anteil von 4% in der Stichprobe Ebenfalls Anstieg in der globalen Probe (821 Nachweise) **Diskussion** Hinweis: Fall-Verstorbenen-Anteil ist hoch trotz Impfung, hier wäre eine Altersstratifizierung wichtig Hinweis: Sorgfältige Kommunikation ist wichtig bezgl. sinkender Intensivauslastung /steigender Fallzahlen (noch nicht Omikron) Frage an Meldedatengruppe: Ist der Anteil der ITS-Aufnahmen nach Alter aufschlüsselbar? Antwort: JA Frage: Ab November nimmt der Anteil der >80Jährigen auf ITS in SA ab, aber Anfang 11/21 haben Fallzahlen noch zugenommen – systematische Benachteiligung dieser AG bei Aufnahme auf ITS? Altersstratifiziert zu klären: Wie wahrscheinlich wurde jemand der in der AG verstorben ist, vorher auf ITS behandelt Hinweis: Auch in den intensivmedizinisch nicht überlasteten BL ist der prozentuale Anteil der 80+Jährigen auf ITS rückläufig, in SN und TH ist der Rückgang steiler Rückmeldung aus den Kliniken: Es fehlen punktuell Betten für Notfälle, in Einzelfällen wird härter triagiert, Systemversagen bzw. systematische Benachteiligung bestimmter AG ist jedoch nicht zu erkennen Frage: Wird in Dänemark tatsächlich 2x/Woche und Person PCR getestet? Bisher ja. Hinweis: Bei sehr hohen Fallzahlen tritt in den Meldedaten ein Deckelungseffekt auf, die Berichterstattung wird weniger kleinteilig, die syndromische Surveillance wird Stütze	MF 2 (Semmler)

2	**Internationales** ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich ITS Aufnahmekriterien ähneln sich sehr im internationalen Vergleich, erste Guidelines (von mittlerweile zahlreichen) wurden in Asien entwickelt Intensivstation ≠ Intensivstation (Low Care, High Care, ECMO, Intermediär-Stationen werden unterschiedlich gehandhabt und eingeordnet) Ressourcen im Gesundheitssystem sind entscheidend Deutschland hat viele Krankenhausbetten und viele Intensivbetten, nimmt viele positiv getestete Pat. stationär auf und verlegt prozentual viele auf Intensivstation, mögliche Gründe: unerfahrenes Personal, Struktur des Gesundheitssystems, ökonomische Anreize (Maximalversorgung ist lukrativ), umfangreiche Kapazitäten Internat. Vergleich ist komplex durch unterschiedlich finanzierte und strukturierte HCS	ZIG (Meierkord)
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* Nicht berichtet	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Kein Anpassungsbedarf	Alle
5	**Expertenbeirat** *(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)* Nicht berichtet	
6	**Kommunikation** **BZgA** Derzeit zahlreiche Aktualisierungen: Merkblatt zur Auffrischungsimpfung, Merkblatt zur Impfung 5-11Jähriger wurde heute zur Freigabe eingereicht **Presse** 22.12. BPK 24.12. Veröffentlichung eines Interviews von Redaktionsnetzwerk Deutschland mit Präs Wieler Wochenbericht am 23.12. soll durch Twitter begleitet werden zu folgenden Themen: Omikron, AHA +L Regeln Wochenbericht soll auch am 30.12. durch Twitter begleitet werden, mit Hinweis auf die reduzierte Belastbarkeit der Zahlen Nach kurzer Diskussion: Alle Gründe hierfür sollen benannt werden (geringere Testzahl, weniger Arztbesuche, weniger Meldeaktivität) **P1** (nicht berichtet) **Diskussion**	BZgA (Rückle) Presse (Wenchel) P1

	NI meldet über die Feiertage nicht, die Zahlen werden zum Wochenbericht am 30.12. aber vollständig sein Modell Anstieg des Omikron-Anteils in der Stichprobe (Genomseq.) als Grafik in den Wochenbericht aufnehmen? Die Grafik soll nicht aufgenommen werden, die Einführung eines neuen Indikators „Verdoppelungszeit“ soll vermieden werden, Dynamik der Entwicklung soll im Fließtext dargestellt werden	
7	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** Aussage, dass ContolCovid-Aktualisierung nicht abgestimmt war, kann hoffentlich geklärt werden Ein Amtshilfeersuchen aus Potsdam liegt vor Überregionaler Omikron-Ausbruch, sehr gut dokumentiert, 2G+-Setting, Bietet die Möglichkeit Inkubationszeit und Attackrate zu beobachten Hinweis: Genaue Beschreibung der 2G+ Auslegung (Tests, Kontrollen) ist wichtig TelKo (GA) hat bereits stattgefunden, Kontakt wird über die Feiertage gehalten, Einsatzteam danach zusammengestellt Runderlass: Krisenmanagement im Ressort BMG; Krisenszenario Omikron-Variante Zusammenstellung der Maßnahmen: Homeoffice soweit möglich im LZ und Gesamtbelegschaft, Aufforderung Auffrischungsimpfung wahrzunehmen, 3 AG-Tests/Person und Woche, AHA+L Regeln Könnte bei dieser Gelegenheit auf die angespannte Situation aufgrund fehlender Personalaufwüchse in der Vergangenheit hingewiesen werden? Ungünstiger Zeitpunkt, sowohl um Personalsituation als auch um die Pläne für das RKI laut Koalitionsvertrag zu diskutieren Kann erst geklärt werden, wenn sich der Minister dieser Fragen annimmt, was derzeit nicht der Fall ist Eine Dokumentation der Sachlage (starke Belastung falls die Fallzahl steigt und auch RKI-Personal ausfällt) wäre ggf. wichtig, auch wenn aktuell keine Konsequenzen gezogen werden Sachlicher Formulierungsvorschlag: „Es kann aktuell nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit des RKI kommt“ **RKI-intern** Nicht besprochen	VPräs FG 38 (Rexroth) VPräs Alle VPräs
8	**Dokumente** *(nur freitags)* Dokument „KritIS-Empfehlungen“ Rückfrage aus dem BMG zur Umsetzbarkeit Rückmeldung aus Ständigem Arbeitskreis Hygiene, dass eine Umsetzung im KH möglich, in Altenheimen schwierig ist Ist für Personen mit vollständiger Grundimmunisierung aber ohne Auffrischungsimpfung, für die derzeit 2x PCR empfohlen	Alle FG 37 (Eckmanns)

	ist, AG-Test ausreichend? Vorschlag: Im AH ist alternativ eine tägliche AG-Testung möglich, aber dann sollten qualitativ hochwertige Tests eingesetzt werden Frage: Gibt es eine Funktionseinschränkung von AG-Tests durch Impfung? Spielt international in den Überlegungen keine Rolle, es liegen keine Daten dazu vor Studie an HCW wäre wünschenswert, hier haben Drosten und Ciesek engere Kontakte Es stellen sich mehrere weitere Fragen zu dem Dokument: Wie lang halten wir aufrecht, dass Menschen mit Auffrischungsimpfung in Quarantäne gehen? Eine Aktualisierung der KoNa-Empfehlungen ist in Arbeit, es liegen jedoch nicht ausreichend Daten zur Transmission (ggf. kürzere Inkubationszeit, Übertragungsschutz nach Auffrischungsimpfung) vor, die eine Verkürzung der Quarantäne rechtfertigen würden Die derzeitigen KoNa-Empfehlungen werden deshalb inhaltlich nicht geändert, lediglich strukturelle angepasst: die Quarantäneempfehlung nach Omikron-Kontakt wird aus dem VOC-Abschnitt herausgenommen nach vorne gestellt, sobald Omikron die dominante Variante ist, bei Personalmangel gelten die KritIS-Empfehlungen CAVE: Zwischen Regime zur Eindämmung (angepasst an Omikron) und Vorgehen bei pandemiebedingtem Personalmangel muss unbedingt differenziert werden Widerspruch zur Entlassung aus dem KH und der häuslichen Isolierung, dort wird für frühere Entlassung bei HCW und Personalmangel 2xPCR gefordert	
	ToDo: Dieser Passus wurde in die Empfehlungen zum Entlassmanagement eingeführt, als das KritIS-Papier offline ging und soll jetzt wieder gestrichen werden	*ZBS 7*
	Dokument „Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2“ Es soll auf VOC hingewiesen werden und auf einen Passus der KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ verlinkt werden, der mögliche Kohortierungsoptionen beschreibt Im Abschnitt Dauer der Maßnahmen soll der Hinweis aufgenommen werden: „Hierbei ist zu beachten, dass bei VOC die Datenlage häufig zu Beginn noch unzureichend ist und sich zu den besorgniserregenden Varianten (VOCs) gegenwärtig noch entwickeln kann.“	FG 14 (Arvand)
	Zwischenfrage: Erhöhte Transmission bei Omikron durch Übertragung schon bei niedrigeren Viruslasten oder durch vorliegende höhere Viruslasten (2. These steht in der aktuellen Diskussion im Vordergrund, Datenlage unzureichend)	

	Es liegen für Omikron noch keine aussagekräftigen Viruskinetiken vor ***ToDo: Vorschlag: Nachfrage im Konsiliarlabor*** Auch PCR-Schwellenwert 10^6 ist für Omikron nicht noch nicht gesichert, Datenlage auch hier noch nicht ausreichend für eine Änderung Dokument „Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“ Der Satz „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“ wird erweitert: „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes **oder FFP2-Masken** durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“ Frage aus der EpiLag: Sollten Personen mit frischer vollständiger Impfung (2. Impfung) 3 Monate von der Quarantäne ausgenommen werden, und damit vorübergehend Personen mit Auffrischungsimpfung gleichgestellt werden? Nein, Auffrischung führt zu qualitative veränderter Immunantwort, ist nicht mit Z. n. 2. Impfung zu vergleichen Freigabe des Wochenberichts erfolgt nächste Woche durch Herrn Schaade	? FG 14 (Arvand) FG 38 (Rexroth)
9	**Update Impfen** *(nur freitags)* Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** Unter TOP 1 besprochen **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZBS7
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG14
13	**Surveillance** *(nur freitags)* unter TOP 1 besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)*	

	(nicht berichtet)	FG38
16	**Wichtige Termine** keine	Alle
17	**Andere Themen** **Frohe Weihnachten!** Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:10

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Marc Thanheiser
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Barbara Hauer
  - Julia Schilling
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ulrike Grote
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! MF2
  - Torsten Semmler
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin

!

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Anmerkung: TOP 7 (Strategiefragen) wurde zu Beginn der Sitzung besprochen, das Protokoll ist zugunsten der Übersichtlichkeit dort abgelegt** **Aktuelle Lage** **International** Folien hier Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 28.12.2021 1. Fälle: insgesamt 280.119.931, + 10,8% i. Vgl. zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 2. Europa ist stark vertreten, einige Länder mit steigenden, einige mit sinkenden Fallzahlen 3. Unterschiedliche Gründe für Fallzahlanstieg: teilweise Omikron, teilweise Delta 7-Tage-Inzidenz/100.000 EW weltweit 4. Europa trägt mit Anteil von 57% zu weltweitem Anstieg bei 5. Steigende Inzidenzen weltweit, Nord/Süd-Gefälle, Anstieg aber auch in den Regionen Afrika und Amerika zu verzeichnen 7-Tage-Inzidenz Europa 6. Wanderung der hohen Fallzahlen von Osten nach Westen 7. Rückgang in UK 8. Dominanz Omikron in Niederlanden, Belgien (60%), Schweiz (50%), 9. In Frankreich (KW 50) 30%	ZIG1 (Esquevin)
	National Disclaimer zur eingeschränkten Beurteilbarkeit ist weiterhin aktiv Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.066.412 (+40.043), davon 111.219 (+414) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 205,5/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%) DIVI Intensivregister 4.201 (-29) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.471.933 (73,9%), mit vollständiger Impfung 58.957.258 (70,9%), Auffrischimpfungen 30.428.966 (36,5%) Todesfallzahlen sind nach wie vor hoch, Aufnahmen auf ITS gehen zurück Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 10. Rückgang in TH, SN, ST 11. Ansonsten eher Plateau Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 12. 10 LK > 500/100.000 EW 13. Im Fokus weiterhin BB, SN, TH	FG32 (Diercke)

	14. Höchste Inzidenz in Ilm-Kreis 918/100.000 EW Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap) 15. Am Stärksten betroffene Altersgruppen: 5-9Jährige und Kinder insgesamt, dann folgen 35-44Jährige 16. Am niedrigsten liegt die AG der 70-84Jährigen Hospitalisierungsinzidenz Rückgang, auch die adjustierten Werte nehmen ab Anzahl Meldungen (an GÄ) und Fälle (am RKI) nach Meldedatum 17. Pro Fall gehen bei den GÄ mehrere Meldungen ein 18. Verhältnis der Anzahl DEMIS-Meldungen zur Anzahl an das RKI gemeldeter Fälle ist stabil 19. Dies zeigt, dass die GÄ routinemäßig zuverlässig arbeiten ***ToDo: Anmerkung im Wochenbericht, dass die Meldungen aus den GÄ täglich übermittelt werden und weder technische Probleme noch das meldeverhalten zu Problemen führen (ursächlich im Vordergrund sind Rückgang der Arztbesuche und Rückgang der Testanzahlen)***	
	Syndromische Surveillance Eine vorläufige Folie aus dem Grippe Web wurde besprochen: In der letzten Woche wurde ein Anstieg der ARE insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet Dieser Anstieg könnte ein erster Hinweis auf durch Omikron verursachten Anstieg sein und sollte aufmerksam beobachtet werden	FG 36 (Haas)
	Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien hier KW 51: 74 Einsendungen184 Einsendungen SARS-CoV-2 Nachweise sind um 8% eingependelt Influenza-Nachweise steigen an (typisch für Dezember, hoffentlich nicht der Beginn einer Welle)	Abt. 2 (Mielke)
	Testzahlerfassung am RKI Folien hier Es wurde aus 10% weniger Laboren berichtet 1,2 Millionen Tests (Vorwoche 1,5) Positivenanteil 16.4% (Vorwoche 18.6%) Kapazitäten sind nur eingeschränkt beurteilbar, es gibt aber keinen Grund hier eine Abnahme anzunehmen Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig Testverzug: Lage entspannt sich, Testdurchführungen innerhalb 24 h nach Abnahme haben zugenommen In den BL überwiegend sowohl Rückgang der Testanzahl als auch des Positivenanteils BW: Testzahlrückgang, steigender Positivenanteil In Arztpraxen deutlich weniger Tests i. Vgl. zum Vorjahr Positivenanteil in Praxen rückläufig, an anderen Orten ebenfalls rückläufig, in KH stabil Testorte nach Altersgruppen: bei 0-4Jährigen und 5-	Abt.3 (Hamouda) (Abu Sin)

	14Jährigen mehr Tests i. Vgl. zum Vorjahr, in den anderen AG Abnahme der Testzahl im Vgl. z. Vorjahr Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner und Positivenanteil nach Altersgruppe und Woche: Rückgang des Positivenanteils in allen AG außer bei 0-4Jährigen VOC (SARS in ARS) Verdacht auf Omikron in KW 50: 7%, in KW 51: 12,5 % **VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance** Folien hier Omikron in Genomsequenzierzung: 7,4% (KW 50) Omikron in IfSG-Daten: 17,5% (KW 51) Bisher übermittelte Omikron-Fälle: 13.129, Verteilung über ganz Deutschland Angaben zur Impfung bei 50% vorhanden: davon 50% vollständig geimpft, 19,8% mit Auffrischimpfung, 21,3% nicht geimpft 159 Hospitalisierungen 185 Reinfektionen 4 Todesfälle Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Verdoppelungszeit jetzt 3 Tage ***ToDo: Diese Folie (Modell) bitte an Benjamin Maier (P4) schicken*** **Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen** In KW 50 Stichprobenanteil 9,38% Verdoppelung der Rate	FG32 (Sievers) MF 2 (Semmler)
2	**Internationales** (nicht berichtet)	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** Kein Anpassungsbedarf	Alle
5	**Expertenbeirat** *(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)* (nicht berichtet)	
6	**Kommunikation** **BZgA** (nicht berichtet) **Presse** Zahlreiche Anfragen zu folgenden Themen: Welche Datenquellen wird Minister Lauterbach neben dem RKI heranziehen (Aussage bei der Bildzeitung)	BZgA Presse (Wenchel)

	Kommentar: Hier muss ggf. auf das BMG verwiesen werden, im Rahmen der TelKo mit BMG wurde von RKI-Seite darauf hingewiesen, dass Syndromische Surveillance und Positiven-Raten gute Anhaltspunkte bieten und der Untererfassungsfaktor auf 3 geschätzt wird ***ToDo: Abstimmung mit Pressestelle des BMG, ob hierzu eine gemeinsame Sprachregelung gefunden werden kann*** Laut FDA besteht bei Omikron eine größere Wahrscheinlichkeit für falsch negative AG-Selbsttests Kommentare: Auch laut FDA muss dies noch quantifiziert werden/es betrifft möglicherweise nur bestimmte Tests, die in DE keine Rolle spielen/es ist zu früh, um eine Aussage zur Zuverlässigkeit von AG-Tests bei Omikron zu machen Hinweis: ARS Meldungen sind bisher freiwillig und unterscheiden sich in den Bundesländern (eine gesetzliche Verankerung wäre wünschenswert) ARS-Daten sind auf der ARS-Seite online gestellt, auf der Diagnostik-Seite wird dorthin verlinkt, im Wochenbericht wird ebenfalls darauf hingewiesen Bericht zur Meldepflicht für alle durchgeführten Tests wurde Anfang Dezember von FG32 eingereicht, ist aktuell von BMG zurückgestellt **P1** (nicht berichtet)	***Presse*** P1
7	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** **Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen** (Dokument hier) Änderungen im Abschnitt 3.2.2 Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Rationale wurde angepasst:“ Aufgrund einer beobachteten kürzeren Inkubationszeit, ist eine maximale Quarantänedauer von 10 Tagen weiterhin fachlich vertretbar.“ 2 Quarantäneoptionen: 10 Tage ohne abschließenden Test, 7 Tage mit abschl. PCR oder hochwertigem AG-Test Ausnahmen von der Quarantäne: „Von Quarantäne-Maßnahmen fachlich begründet ausgenommen sind Kontaktpersonen, wenn die zweite Impfdosis nicht länger als 3 Monate zurückliegt oder sie eine Auffrischimpfung gemäß STIKO erhalten haben.“ „Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen zur Quarantänedauer ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist oder vermutet wird , dass es sich um eine Exposition gegenüber einer VOI oder VOC (außer Alpha – B.1.1.7, oder Delta – B1.617.2 oder Omikron – B.1.1.529 sowie Sublinien, siehe Übersicht zu den Virusvarianten) handelt	FG 36 (Schilling) Alle

	oder handeln könnte, eine Quarantäne von 14 Tagen sowie eine Testung mittels PCR (möglichst an Tag 1 der Ermittlung der engen Kontaktperson) immer empfohlen“ „Zudem wird in Haushalten mit bekanntem Fall einer SARS-CoV-2-Infektion, starkem Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion oder Anwesenheit von Personen, die einen engen Kontakt mit einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatten, das Tragen einer medizinischen Maske empfohlen.“ **Diskussion** Zur Frage ob Quarantäneausnahme 2 oder 3 Monate lang nach 2. Impfung gelten soll: Kurzvorstellung der 3 derzeit verfügbaren Studien: Studie aus Großbritannien. Etwas mehr als 500 Fälle, Effektivität der Biontec-Vakzine gegen Omikron (symptomatische Infektionen): bis 9 Wochen nach zweiter Impfung 88%, nach 3 Monaten 48%, dann 35%, 2 Wochen nach Auffrischimpfung 75% Studie aus Dänemark: 3000 Fälle, Effektivität von Moderna und Biontec (jegliche Infektion durch Omikron), Biontec nach 4 Wochen 55%, nach 8 Wochen 16%, 4 Wochen nach Booster 54% Konfidenzintervalle der Studien überlappen teilweise -> relativ große Unsicherheit Studie aus Schottland: relative Effektivität „Booster/ kein Booster“: 57% Angesichts der Ergebnisse scheint eine Empfehlung von 3 Monaten für die Dauer der Quarantäne-Ausnahme nach 2. Impfung sinnvoll Frage: gelten 3 Monate auch nach Auffrischungsimpfung? Zur Dauer der Booster-Wirkung liegen noch keine Daten vor Hinweis: In Schulen ist eine Quarantäneverkürzung auf 5 Tage +AG-Test noch möglich, Empfehlungen sollten kongruent sein, sollten 5 Tage nicht mehr empfohlen (7 Tage wären aber wieder mehr als eine Schulwoche) und ein anderes Quarantänekonzept (Test-To-Stay-Konzept) vorgeschlagen werden? (s. auch Diskussion S. 9) Änderungsvorschläge zum KoNa-Papier werden angenommen, 3 Monate sind vertretbar, insbesondere weil durch die Empfehlung Masken zu tragen der Datenunsicherheit/dem Restrisiko Rechnung getragen wird ***ToDo: Ein Zusatz „bis zum Vorliegen weiterer Daten /Erkenntnisse“ soll an der Stelle der 3-Monats-Frist für Quarantäneausnahmen nach frischer vollständiger Impfung eingefügt werden.*** ***Finalisierung möglichst noch am 29.12.2021 zur Übermittlung an BMG***	FG 33 (Harder) Hauer, Haas
	Anpassungen der Regelungen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme bei pandemiebedingtem Personalmangel in Einrichtungen der Kritischen Infrastruktur, hierunter Krankenhäuser sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen Dokument hier	FG37 (Abu Sin)

	Tabelle Seite 2, letzte Zeile Intensive Diskussion zu den Voraussetzungen für die Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Infektion: Sollte hier eine Mindestfrist von 5 Tagen incl. 48 Stunden Symptomfreiheit und abschließende, PCR-Test eingeführt werden oder lediglich 48 Stunden Symptomfreiheit und PCR-Test vorausgesetzt werden? Konkrete Mindestdauer könnte Ressourcen schonen (frühzeitiges Testen vermeiden), Mitarbeitende schützen, ist eine klare Regelung für KRITIS, die nicht mit der Umsetzung von Hygienemaßnahmen vertraut sind Mit COVRIIN wurde keine Mindestdauer abgestimmt, dort wurde auch der Einsatz von oligosymptomatischen Beschäftigten diskutiert, 5 Tage Mindestfrist vor Wiederaufnahme der Arbeit entspricht einer Verschärfung der aktuellen Entlassungskriterien von HCW bei akutem Personalmangel (diese Fußnote würde allerdings mit Inkrafttreten der KRITIS-Anpassungen aus den Empfehlungen zum Entlassmanagement entfernt) Zusammenfassung: Formulierung „wenn mindestens 48 h Symptomfreiheit und frühestens 5 Tage nach Symptombeginn, dann eine PCR-Testung, wenn diese negativ (*Hinweis auf quantitative Bewertung) , vorzeitige Tätigkeitsaufnahme möglich“ wird konsentiert. Für asymptomatische Fälle bleibt der Hinweis in der Fußnote auf die allgemeinen Entlassungskriterien ausreichend. **Tabelle S. 2, 2. Zeile** 3-Monatsfrist nach vollständiger Impfung wird auch hier aufgenommen Intensive Diskussion zur Quarantänedauer von Kontaktpersonen Sind folgende Verkürzungen (von 14 auf 10 und von 7 auf 5 Tage) vertretbar: „Fortführung der Tätigkeit mit täglich negativem AG-Test vor Dienstantritt bis Tag 10 nach Kontakt und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für frisch Geimpfte (3 Monate lang) und Aufgefrischte „5 Tage kein Einsatz + 10 Tage lang AG-Test bei Wiederaufnahme (bzw. PCR an Tag 5, 7 und 10 in KH und Pflegeheim) und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für vollständig Geimpfte Alle Verkürzungen unter 7 Tage haben keine Datengrundlage Aber: Die Empfehlungen sollen dazu beitragen Einrichtungen der KRITIS vor dem Versagen zu bewahren, deshalb muss im Vgl. zu den anderen Empfehlungen ein höheres Restrisiko in Kauf genommen werden, auch der Einsatz oligosymptomatischer Personen sollte aufgenommen werden Die o.g. Verkürzungen werden angenommen, allem anderen soll durch den einleitenden Satz: „Diese Empfehlung gilt zunächst bis zum 15.01.2021 und wird dann ggf. kontinuierlich an neuere Erkenntnisse und Erfordernisse zur epidemiologischen Lage zur SARS-CoV-2 Variante Omikron angepasst“ Rechnung getragen werden.	Herzog, Mielke, Haas, Schaade, Arvand Alle

	Ungeimpfte werden in der Tabelle nicht adressiert, deshalb soll im einleitenden Text explizit auf die Wichtigkeit von Impfung und Auffrischimpfung hingewiesen werden. Veröffentlichung ist für das neue Jahr geplant, Federführung liegt bei FG 36 (Haas). **Arbeitsquarantäne** Gemeint ist eine mögliche Quarantäne-Verkürzung auch für Bereiche, die nicht KRITIS, aber z.B. wichtige Wirtschaftszweige sind Meinungsbild: Es ist nicht Aufgabe des RKI, festzulegen, welche Einrichtung als KRITIS eingestuft werden, es wäre besser, betroffene Bereiche bei Bedarf als solche einzustufen (politische Entscheidung) **1-G-Regel** Ist eigentlich eine politische Entscheidung Wurde als Frage an den Expertenrat herangetragen, hier sollen Argumente für Präs als Mitglied des Expertenrats gesammelt werden Gemeint ist z.B. Zutritt zu Restaurants nur mit Auffrischimpfung Hinweis: Aus Konsistenzgründen müsste das auch für frisch und vollständig geimpfte 3 Monate lang gelten Genesenen-Status wird unwichtiger, Immunstatus im Zusammenhang mit Impfstatus rückt in den Vordergrund (in Abhängigkeit vom Abstand zur letzten Impfung) Aber: Wegen der kürzeren Inkubationszeit von Omikron werden Regeln zur Kontaktbeschränkung wieder wichtiger, der Impfstatus allein genügt nicht als Präventivmaßnahme Zusätzliche 3-Monats-Regel könnte motivierend für Grundimmunisierung sein, verkürzt die Frist bis man Zugang hat **Umfangreicher Erlass vom 29.12.2021 0:20 Uhr** Diskussion zum Thema Schutzmasken in Schulen Frage, ob FFP-2—Masken für die Schule empfohlen werden sollen Unterscheidung Arbeitsschutz (Eigenschutz) und Übertragungsminimierung ist wichtig Kostenfrage (für die Eltern) Compliance-Frage (8 Stunden FFP-2 bei Kindern?) Größter Teil der FFP-2-Masken wird nicht als Arbeitsschutz, sondern zum Selbstschutz getragen, Empfehlungen sollten in diese Richtung geöffnet werden Nichtüberlegenheitsstudien von FFP-2 in KH zielen nur auf Eigenschutz, sie liefern keine Daten zum Fremdschutz Bisher gibt es keine überzeugenden Hinweise, dass FFP-2 besser ist, schon gar nicht bei Kindern FG 14 hat zu FFP-2 Empfehlung bereits eine auf Arbeitsschutz ausgerichtete Erlassantwort geschrieben ***ToDo: Stellungnahme (nicht auf Arbeitsschutz ausgerichtet) durch FG 14 soll beinhalten, dass***	Schaade. Alle

	die Datenlage für das verpflichtende Tragen von FFP-2-Masken an Schulen nicht ausreicht Anwendungsforschung wäre wünschenswert Es gibt Hinweise, dass das Tragen von MNS bei Omikron eine effektive Präventionsmaßnahme ist Diskussion zum Thema Quarantäne an Schulen Steigenden Zahlen durch hohes Reff und kurze Generationszeit bei Omikron? Oder durch vermehrt engere Kontakte? Masken sind nur eine Komponente und entscheidend ist das konsequente Tragen Ausgehend von hoher Ansteckung würde Gruppenquarantäne zu flächendeckender Klassenquarantäne bzw. Schulschließung führen Ist ein Test-To-Stay-Konzept denkbar (tägliches Testen statt Quarantäne)? In den Erlassbericht könnte aufgenommen werden: Zu Omikron an Schulen ist derzeit noch wenig bekannt, derzeit sind Gruppenquarantänen nicht zu begründen, Test-To-Stay-Konzept könnte vorgeschlagen werden, um Erfahrung zu sammeln Frage: Soll 5 Tage Quarantäne +AG-Test als Empfehlung für die Schule gestrichen werden? Als Alternative Präsenz mit täglicher Testung? Für wie viele Tage? In den Schulempfehlungen können die 5 Tage bleiben, Inkonsistenz zu KoNa-Empfehlungen wird durch die serielle Testung, die in Schulen stattfindet, ausgeglichen Serielle Testung und Test-To-Stay-Konzepte sind nur gut, wenn alle anderen Hygienemaßnahmen (AHA+L) konsequent beachtet werden Grundsätzlich ist es empfehlenswert, die Testfrequenz in der Gruppe zu erhöhe, wenn ein Fall gefunden wird Fazit: Formulierung „5 Tage Quarantäne +AG-Test und weitere engmaschige serielle Testung kann erwogen werden“ ist gut Alternativ könnte ein engmaschiges Test-To-Stay -Strategie vorgeschlagen werden Sollten weitere Fälle innerhalb einer Woche auftreten, dann sollte eine Quarantäne für die ganze Gruppe empfohlen werden **RKI-intern** Nicht besprochen	***FG 14***
8	**Dokumente** *(nur freitags)* S. bitte TOP 9	Alle
9	**Update Impfen** *(nur freitags)* Nicht besprochen	FG33

10	**Labordiagnostik** *(nur freitags)* **FG17** (nicht berichtet) **ZBS1** (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	ZBS7
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG14
13	**Surveillance** *(nur freitags)* unter TOP 1 besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* (nicht berichtet)	FG38
16	**Wichtige Termine** keine	Alle
17	**Andere Themen** **Gutes neues Jahr!** Nächste Sitzung: Montag, 03.01.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:44