



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:	! FG36
! Institutsleitung	o Stefan Kröger
o Lars Schaade	o Silke Buda
o Lothar Wieler	o Walter Haas
! Abt. 1	o Lena Bös
o Martin Mielke	! FG37
! Abt. 3	o Tim Eckmanns
o Osamah Hamouda	! FG 38
o Tanja Jung-Sendzik	o Maria an der Heiden
! ZIG	! IBBS
o Johanna Hanefeld	o Christian Herzog
! FG14	o Agata Mikolajewska
o Melanie Brunke	! MF4
o Mardjan Arvand	o Martina Fischer
! FG17	! P1
o Ralf Dürrwald	o Esther-Maria Antao
! FG21	! P4
o Wolfgang Scheida	o Susanne Gottwald
! FG24	o Frank Schlosser
o Thomas Ziese	! Presse
! FG 32	o Ronja Wenchel
o Michaela Diercke	! ZIG1
! FG 33	o Luisa Denkel
o ?	! BZgA
! FG34	o Heide Ebrahimzadeh-Wetter
o Andrea Sailer (Protokoll)	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 2.808.873 (+17.051), davon 76.342 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 132/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur noch 15 LK mit Inzidenz bis 50 ○ Zunehmender bzw. abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ In vielen LK ansteigender Trend ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Wochen 9-11 Anstieg bei 35-59 Jährigen ▪ Leichter Rückgang bei 80+ Jährigen ○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückgang hat sich etwas verlangsamt, Einpendeln auf hohem Niveau. ▪ Altersmedian der Verstorbenen weiterhin bei 82 Jahren ○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Woche 11 zu 12 leichter Anstieg der Fälle mit Antigennachweis und PCR vs. PCR allein. ▪ Anteile steigen nicht stark, von 4 auf 6%. 	<p style="text-align: center;">FG36 (Buda)</p>
--	--	--

	<p>bei 35-59 und 60-79 Jährigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei allen Fällen (inkl. noch liegenden Patienten): Anstieg der Fallzahlen bei 60-79 Jährigen. ○ ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>! Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>MF4 (Fischer)</p> <p>P4 (Schlosser)</p>
--	--	---



	<p>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</p> <p>Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapazität bleibt gleich. ○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach wie vor gering ○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> ▪ In KW 12 Anteil von B.1.1.7 auf 78% gestiegen. ○ POCT in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>VOC-Erhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.677 Patienten auf Intensivstation, im Vergleich zur Vorwoche +424 (30% Anstieg), seit 13.März exponentielles Wachstum. 	Gottwald
--	---	----------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstärkter Anstieg der nicht-invasiven Behandlung ▪ Anzahl Verstorbenen 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalmangel wird wieder zunehmend gemeldet. ▪ Wieder mehr Raummangel ▪ Verfügbarkeit High-Care und ECMO sinken. ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Alter wird im Intensivregister nicht erfasst. Prognosen lernen aus Daten. Andere Datenquellen werden bereits genutzt und weitere Datenquellen sollen noch berücksichtigt werden. <p>! Modellierungen (nur mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	
--	---	--



	<p>gelten? Sinnhaftigkeit von Ausgangsperren?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird zurzeit analysiert. Einschätzung: relativ geringer Effekt ○ Gibt es Veränderungen in der Mobilität seit die Vorgaben zur Umsetzung von Home Office gelten? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisher wurde nur Mobilität in ersten 3 Märzwochen analysiert. ○ Sind Daten auch vom 1. Lockdown im März 2020 vorhanden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ im Moment noch nicht ○ Ab wann werden Bewegungen gezählt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Methodik ist nicht ganz transparent. ▪ Alle Wege unter 2 km sind aufgrund von mobiler Infrastruktur schwer abzuschätzen. 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Finale Diskussion Text Risikobewertung (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p><i>ToDo: aktualisierte Version an Webmaster weitergeben</i></p>	<p>FG38 (Maria an der Heiden)</p> <p>Alle</p>
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Nichts Neues zu berichten, Osterkommunikation wurde bereits vorgestellt.</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p>

	<p>! 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.</p> <p>! Sind Kommunikationsstrategien in Planung für verunsicherte Personen, die kürzlich mit AstraZeneka geimpft wurden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FAQs werden übergearbeitet. ○ Infoblatt für Kita-Beschäftigte wird erstellt. Hier wird ein Passus mitaufgenommen, der Vertrauen wiederherstellen soll. ○ Entwickeln einer Sprachregelung wäre sinnvoll. <p>Presse</p> <p>! Beim EpidBull sind zurzeit viele Artikel in der Warteschleife. Kürzere Berichte können auch auf die Webseite gestellt, verlinkt und getwittert werden.</p> <p>! München: vom RKI veröffentlichte 7-Tages-Inzidenz unter Wert auf Kreisebene -> Implikationen für Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<p>7</p>	<p>Dokumente</p> <p>! Anpassung Empfehlungen nach Impfung (betrifft 3 Dokumente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veränderung liegt beim BMG <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quarantäne soll für geimpfte KP1 aufgehoben werden. 	<p>FG37 (Eckmanns)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne. ○ Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz nach Covid-19-Impfung in Altenheimen (hier) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur minimale Änderungen 	<p>Herzog</p> <p>FG36 (Haas, Bös)</p>
--	--	---

- 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



	<p>dieser Zeit besteht ein guter Schutz gegenüber der Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Fragen hierzu: Dieser Punkt ist weiter in Bearbeitung. ○ Es gibt diverse Verweise auf andere Dokumente im Text. Gibt es diese Dokumente schon? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumente werden noch diskutiert, Verweise werden zunächst rausgenommen. ▪ Infografik wird zunächst rausgenommen. <p><i>ToDo: Dokument soll bis spätestens 15 Uhr bei Webmaster sein.</i></p> <p>! Entisolierungspapier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infografik ist fertig, Begleittext ist fast fertig. <p><i>ToDo: Fertigstellung und Publikation heute</i></p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
--	---	--------------------------

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) <i>ToDo: Sonderbericht an Länder über Lagezentrum versenden</i>	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	