



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



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (Folien hier) <i>(nur freitags)</i> 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</p> <p>National</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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</p> <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) <i>(nur mittwochs)</i> 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</p>	<p>ZIG1 (Denkel)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt.3 (Seifried)</p>

	<p>durchgeführte Testungen, Kapazitäten weiterhin vorhanden, Probenrückstau und Lieferengpässe 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)</p> <p>ARS-Daten (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>) 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-Jährigen zu beobachten Anzahl Tests 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</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>) 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</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	--



	<p>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</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>) 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</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>) 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-gruppen (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</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	---

	<p>gleichzeitig 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>Lage verschlechtert sich nicht aber noch keine Entspannung SPoCK: prognostisch stärkerer Rückgang als in Vorwoche zu erwarten</p> <p>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 <i>ToDo: Bitte an Frau Diercke, hierzu bzw. zu gemeldeten vs. übermittelten AG-Nachweisen Nachforschungen anzustellen und dazu in kommender Woche zu berichten</i> Bei Schulkindern ist eine relevante Anzahl an Ausbrüchen ersichtlich; das Screening soll zwar Fallausbreitung verhindern, deren Effektivität erscheint <i>in praxi</i> 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.</p>	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>Einstufung B.1.617 als VOC/VOI (Folien hier)</p> <p>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."</p>	<p>FG36 (Kröger)</p>



	<p>! Threat Assessment zeitgleich veröffentlicht</p> <p>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).</p> <p>! als VOC hochgestuft, PHE bereits letzten Freitag aber nur eine Subvariante, da ein nicht irrelevanter Anteil an Community Transmission und Transmissibilität vergleichbar zu B.1.1.7. vorliegt</p> <p>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.”</p> <p>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</p> <p>Anteil von B.1.617.x unter VOC/VOI ohne B.1.1.7: Anstieg v.a. bei gelb bis braun angefärbten Subvarianten</p> <p>Geografische Verbreitung: primärdiagnostische Labore abgebildet, keine spezielle Konzentration, Großteil keine Angabe des BuLa und ebenfalls i.d.R. keine Reisehistorie</p> <p>Hier noch keine Todesfälle aufgrund dieser Variante bislang berichtet, Hospitalisierungsrate scheint gering, Datengrundlage reicht jedoch nicht zur abschließenden Beurteilung aus</p> <p>Zusammenfassung:</p> <p>Stark steigende Fallzahlen seit KW15 bei sinkender Inzidenz (gesamt)</p> <p>Es wird eine erhöhte Übertragbarkeit/Fitness vergleichbar mit B.1.1.7 vermutet (UK, WHO, KL)</p> <p>Siehe hierzu WHO-Working-Definition VOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	
--	--	--

	<p>4. Decrease in effectiveness of public health and social measures or available diagnostics, vaccines, therapeutics. ! Kriterien für VOC somit erfüllt.</p> <p>Nur für wenige Fälle liegen Information zur Exposition im Ausland vor! Geschehen in D unklar</p> <p>Starker Anstieg der Fallzahlen von B.1.617.2 in UK, suspected community transmission in einigen Region</p> <p>Einstufung als VOC möglich</p> <p>5. Gezieltes Testen (target PCR) mit Kostenerstattung im Rahmen der VO</p> <p>6. Gezielte Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen (auch ohne Reiseanamnese o.ä.)</p> <p>Keine Unterscheidung von B.1.617.1 und B.1.617.2 da Differenzierung nur per NGS praktikabel</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p><i>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)</i></p>	<p>ZIG2 (Bahr)</p>
--	--	------------------------



	<p><i>ToDo2: Als TOP für kommende AGI-Sitzung zu formulieren (auch zur Diskussion von Nachforschungs- und Eindämmungsmaßnahmen)</i></p> <p><i>ToDo3: Aufnahme in nächsten Varianten- und, wenn möglich, in den heutigen Lagebericht</i></p> <p>Für weitere VOI/VOCs ist zu bedenken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI sollte jeweils eigenständige Bewertung vornehmen, der WHO-Einstufung kann sich angeschlossen werden, sofern keine Gründe entgegenstehen, 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 <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ Impfkzeptanz 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 	
--	---	--

	<p>vorgesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Niedrige Impfkzeptanz 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 <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Compliance in UK ist grundsätzlich anders einzuschätzen, da dort bereits seit langer Zeit ein konkreter Stufenplan mit schrittweisen Lockerungen klar kommuniziert wurde, wengleich 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. <p><i>To Do: Bitte an Frau Lein, die Informationen aus der Cosmo-Studie an Frau Bahr weiterzuleiten, wengleich diese Studie nicht ganz deckungsgleich zu der Fragestellung ist.</i></p>	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>Von Montag auf heute verschoben, muss erneut verschoben werden</p>	FG21 (Schmich)
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Vertrag</p>	Abt. 3
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Maßnahmentipps wurden veröffentlicht unter https://www.infektionsschutz.de/ (RKI- und BZgA-Label)</p> <p>Presse</p> <p>Lagebericht Englisch erscheint donnerstags, diese Woche wird er jedoch aufgrund des Feiertags nicht erscheinen, ein Vermerk wird auf die website gestellt</p> <p>P1</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	Nichts berichtet	P1 (Lein)
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Schnittstellte Kommunikation/Strategie: Kommunikation der Lockerungen für Geimpfte bei Zusammenkünften Bislang wird die Einschränkungslöcherung zu pauschal kommuniziert Es sollte ferner klar differenziert werden zwischen Gruppen ausschließlich geimpfter <i>versus</i> 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 Escapevarianten 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</p> <p><i>To Do: Bitte an P1, die erstellte Grafik mit FG34 und FG36 abzustimmen und zur anschließenden Besprechung in der Krisenstabssitzung zu geben</i></p> <p>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</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG36 (Haas)</p> <p>VPräs</p>

<p>7</p>	<p>Dokumente</p> <p>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</p> <p>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).</p>	<p>Alle (Rexroth)</p> <p>FG37 (Eckmanns) FG36 (Haas)</p>
<p>8</p>	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG33</p>
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Zu virologischer Surveillance siehe oben</p> <p>ZBS1</p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>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</p>	<p>FG36 (Haas) FG25 (Scheidt-Nave)</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki

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

	<p>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</p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	
--	--	--

Ende: 13:12 Uhr