



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





| TO P | Beitrag/ Thema | eingebracht von |
|---------|--|--------------------|
| 1 | <p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>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</p> | AL3 (Hamouda) |



| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| | <p>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</p> <p>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%,</p> <p>Diskussion Auf der Heatmap dargestellte Entwicklung ist beunruhigend, weitere Zunahme durch Feriende/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 mit 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</p> | <p>FG37</p> <p>Alle</p> <p>Wieler</p> |
|--|--|---------------------------------------|



| | | |
|--|--|--|
| | <p>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? 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</p> <p>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 (2/2020-07/2021) 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</p> <p>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (Folien hier)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COVID-19-Intensivpflichtige <ol style="list-style-type: none"> 1. Lage ist weiterhin gut 2. 360 Patienten in Intensivtherapie (1300 Kliniken) 3. Niedriges Belegungsniveau | <p>FG 38</p> <p>ZIG</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>MF4 (Fischer)</p> |
|--|--|--|



| | | |
|--|---|--|
| | <p>4. Langsamer Rückgang durch Langliegende (ECMO, invasive Beatmung)</p> <p>2. Belastung der Bundesländer</p> <p>1. Fast alle BL liegen unter der 3% Marke (Basisstufe des Control-COVID-Papiers)</p> <p>2. Ausnahme Berlin: Wahrscheinlich durch Charité verursacht, dort werden überwiegend sehr schwere Fälle versorgt</p> <p>3. Altersstruktur</p> <p>1. 34% der Pat. gehören zu den 60-69Jährigen</p> <p>2. Verschiebung zu jüngeren Altersgruppen</p> <p>3. Von Mai bis jetzt Rückgang bei den 70-79 und 80+Jährigen, Anstieg bei den 50-59 und 60-69Jährigen</p> <p>4. Jetzt auch Anstieg bei 40-49Jährigen</p> <p>4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle</p> <p>1. Weiterhin wird ein niedriges Belegungsniveau prognostiziert</p> <p>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</p> | <p>FG 36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p> |
|--|---|--|



| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| | <p>gemeldet oder nachgemeldet In Schulen: 31 Ausbrüche, Entwicklung wird beobachtet</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW27 (<i>nur mittwochs</i>) (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)</p> <p>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</p> <p>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)</p> | <p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p> |
|--|---|--------------------------------------|



| | | |
|--|---|--|
| | <p>Testungen sind definitiv machbar, es ist eine Kostenfrage, Finanzierung ist Ländersache, die Länder rechnen hier leider mit Centbeträgen</p> <p>Zeitlicher Aufwand in Schulen ist hoch für Antigentest (2 Schulstunden/Woche), für Lolli-Pool-PCR-Tests genügen 2x10 Minuten</p> <p>Gegenstimme: Kapazitäten sind nur ausreichend für Pool-Screening an KiTas und Grundschulen, nicht bei älteren Schülern (aber hier wären ggf. Impfungen möglich)</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>Pool-Screening: Was sind konkret die Erfolge in NRW? Könnte man ähnliche Ergebnisse durch Testung aller symptomatischen SchülerInnen erzielen?</p> <p>In NRW werden GA-Daten erhoben, um Folgefälle festzustellen, innerhalb der Einrichtungen wurden kaum Folgefälle festgestellt, Übertragungen also vermieden</p> <p>Pooling-Methode ist verbessert, durch einführen aller Tupfer in ein Lösungsröhrchen wird eine Verdünnungseffekt vermieden, sehr frühe Detektion (bereits ab 100 Kopien) möglich</p> <p>Schule mit definierten Gruppen ist ideales Pool-Setting, erst bei Symptomatik zu testen, ist zu spät</p> <p>GÄ geben bei „wie wurde der Fall bekannt“ derzeit am häufigsten „Reihentest/Screening“ an</p> <p>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).</p> <p>Auch in der AGI wurde ein Herbst/Winter-Strategiewechsel</p> | <p>Wieler</p> <p>Hanefeld</p> <p>Hamouda</p> |
|--|---|--|



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
 Widerspruch: 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 unbekannt 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](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



| | | |
|-----------------|---|------------|
| | <p>3. 211.197 SARS-CoV-2-Infektionen, ~43.100 non-VOC, ~162.500 N501Y-VOC, ~5.600 Delta</p> <p>4. 11.000 hospitalisiert, 2.300 ITS, 1.800 Tod</p> <p>5. Adjustierte Odds</p> <p style="padding-left: 40px;">für Hospitalisierung: Delta/Alpha 1,5</p> <p style="padding-left: 40px;">für IST: Delta/Alpha 2</p> <p style="padding-left: 40px;">für Tod: Delta/Alpha 1,6</p> <p>3. Zusammenfassung: VOC-Infektionen sind in beiden Studien mit einem erhöhten Risiko von Hosp/ITS/Tod verbunden, dabei gilt non-VOC<Alpha<Delta</p> <p>4. Impfdaten wurden nicht berücksichtigt</p> <p>5. Sollte das Risiko deutlicher kommuniziert werden?</p> <p>Diskussion</p> <p>Erstautor mit Interessenkonflikt (AstraZeneca)?</p> <p>Daten schwierig zu beurteilen: Bei hoher Inzidenz führen hohe Viruslasten zu schwereren Krankheitsverläufen. Studien aus Deutschland mit kontrollierter Datenerhebung wären wünschenswert</p> <p>Möglicher Publikationsbias, Thema ist derzeit von großem Interesse</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Der Hinweis auf schwerere Erkrankungen durch Delta war früher ein Bestandteil der Risikobewertung, ist derzeit jedoch nicht enthalten</p> <p>PH-England hat bisher noch keine eindeutige diesbezügliche Stellungnahme veröffentlicht</p> | |
| <p>2</p> | <p>Internationales (nur freitags)</p> <p>(nicht besprochen)</p> | <p>ZIG</p> |



| | | |
|-----------------|---|--|
| <p>3</p> | <p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht besprochen)</p> | <p>FG21</p> |
| <p>4</p> | <p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht besprochen)</p> | <p>Alle</p> |
| <p>5</p> | <p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Ein neues Merkblatt ist erschienen: Entscheidungshilfe zur COVID-Impfung 12-17Jähriger : https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/schutzimpfung/Impfrehenfolge-und-ablauf.html#c15770</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>Presse</p> <p>„Vorbereitung auf den Herbst/Winter“ Papier steht vor der finalen Freigabe</p> <p>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</p> | <p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>Buda</p> |



| | | |
|-----------|---|-----------|
| 6 | RKI-Strategie Fragen Allgemein (nicht besprochen) RKI-intern (nicht besprochen) | alle |
| 7 | Dokumente <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | Alle |
| 8 | Update Impfen <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | FG33 |
| 9 | Labordiagnostik <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | FG17/ZBS1 |
| 10 | Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht besprochen) | IBBS |
| 11 | Maßnahmen zum Infektionsschutz <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | FG14 |
| 12 | Surveillance <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | FG32 |
| 13 | Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen) | FG38 |
| 14 | Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> (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