



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?





	<p>2. 4 LK > 1000/100.000 Ew. (1 %)</p> <p>3. 51 LK (1/8) > 500/100.000 Ew., vorwiegend Bayern</p> <p>4. 2 LK < 50/100.000 Ew</p> <p>5. Überwiegend Inzidenzen > 100/100.000 Ew.</p> <p>24. Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer</p> <p>1. Durch Meldeverzug größerer Graubereich</p> <p>2. Anstiege bzw. hohe Anstiege in allen BL</p> <p>3. Stärkste Anstiege in TH und BY, deutlich auch in MV</p> <p>25. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht)</p> <p>1. 8,4/100.000 Ew.</p> <p>26. Sterbefallzahlen</p> <p>1. Weiterhin leichte Übersterblichkeit</p> <p>2. Laut <i>destatis</i> nicht allein durch COVID-Todesfallzahlen zu erklären, andere Ursachen unbekannt</p> <p>Diskussion</p> <p>27. Könnte bei den Todesfällen eine Untererfassung vorliegen? AW: Eher nicht, Todesfälle sind sehr gut erfasst</p> <p>28. Könnten sich hier bereits Langzeiteffekte von verzögerten oder suboptimalen Therapien bemerkbar machen?</p> <p>AW (Abt 2): Register und Erfassungssysteme sind zu langsam um das jetzt schon zu erfassen, allenfalls Hinweise auf geänderte Muster</p> <p>ToDo 1: Todesursachenstatistik und ggf. andere Erfassungssystem auf geänderte Muster überprüfen</p> <p>29. Modellierungen (Folien hier)</p> <p>30. <i>Covid-19 Mobility Project</i>, GPS-Daten-basierter Kontaktmonitor</p> <p>1. Reduzierung der mittleren Anzahl tägl. Kontakte:</p> <p>- Durch 1. Lockdown: 100% ! 50% für 1 Monat</p>	<p>P4</p>
--	--	------------------



	<ul style="list-style-type: none">- 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 <p>2. Variation der Kontakte (Proxy für Gruppengrößen):</p> <ul style="list-style-type: none">- Im Lockdown light verringerte wöchentliche Fluktuationen (WE-Veranstaltungen)- Aktuell größer als je in der Pandemie + leichter Anstieg <p>3. Alltag (Woche) und Freizeit (Wochenende, WE)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 <p>Diskussion</p> <p>31. Handelt es sich überwiegend um Kontakte im Freien? Daraus würde sich eine Untererfassung ergeben, da jahreszeitlich jetzt mehr Kontakte indoor stattfinden?</p> <p>32. GPS- Daten können auch indoor erfasst werden, in welchem Umfang muss mit dem Anbieter diskutiert werden</p> <p><i>ToDo 2: Prüfung, inwiefern eine Untererfassung durch indoor-Kontakte vorliegt bzw. in welchem Umfang diese erfasst werden, keine Deadline</i></p> <p>33. Sind Konzerte/Sportveranstaltungen zu erkennen?</p> <p>34. Nein, höchste Auflösung ist Bundeslandebene, keine Aussagen hierzu möglich</p>	
--	--	--



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.



	<p>! Frage: Sollte Risikobewertung noch weiter eskaliert werden?</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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 <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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? <p>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 beigelegt werden</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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	<p>Schaade</p> <p>Seifried</p> <p>P1 (Lein)</p> <p>Seifried</p> <p>Dietrich</p> <p>Mielke</p>
--	---	---



	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	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeit Fokussierung auf Auffrischungsimpfung, angesprochen werden Gruppen, die erfolgversprechend sind: Bereits Geimpfte, Schwangere, Stillende <ul style="list-style-type: none"> o Eckfeldanzeigen in Tageszeitungen o Fernsehspot zur Auffrischungsimpfung o Editorials zur Auffrischung in Tageszeitungen AHA-L o Frage: Zielgruppe der Älteren? o Schwerpunkt auf >60Jährige wird berücksichtigt (Telefonaktion mit Tageszeitungen für <60Jährige in BY, SN, TH) <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tweet zum Wochenbericht erhielt 1000 Likes ! Botschaft zum Absagen von Großveranstaltung wurde (kritisch) rezipiert ! Twitter-Gewitter-Begleitung der BPK <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Twitter zur Impfung in Arbeit: keine Impfung schützt zu 100%! Vorsichtsmaßnahmen trotz Impfung ! In Arbeit: Verhaltensempfehlungen für <u>Herbst/Winter/Feiertage</u> und Flyer zu Impfdurchbrüchen <p>Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 <p>ToDo 6: Darstellung soll in den tägl. Lagebericht aufgenommen und das unterschiedliche Meldeverhalten per Disclaimer transparent gemacht werden</p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p> <p>Bremer</p> <p>Hamouda</p> <p>Bremer</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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

	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfiehlt man das, fällt die Grundlage für 2G/3G Regelungen weg ○ Es ist eine Risikoabwägung: 60% weniger Infektion nach Impfung ist eine relevante Größe, Daten zur Übertragung sind uneinheitlich ○ 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 ○ 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? ○ Bisher war dem Gesetzgeber immer wichtig, die Benefits für Geimpfte herauszustellen, u.a. auch dass Geimpfte aus Risikogebieten von der Quarantäne befreit sind ○ 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 ○ Diskussion mit FG 14 und Herrn Mielke ist bereits im Gang, FG 36 kann gern noch mit einbezogen werden ○ In der Pflege galt eigentlich Verständigung auf systematische Testung, da bei Quarantäne noch größere personelle Engpässe drohen ○ Vorschlag Quarantäne light (5 Tage +Test)? ○ An sich hat eine Risikoabwägung schon stattgefunden, FG 36 nimmt das Thema trotzdem mit, incl. der Frage nach dem Benefit 	<p>Schaade</p> <p>Mielke</p> <p>Oh</p> <p>Hanefeld</p> <p>Schaade</p> <p>Haller</p> <p>Schaade</p> <p>Kröger</p> <p>Schaade</p> <p>Seifried</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>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</p>	<p>Oh</p> <p>Schaade</p> <p>Mielke</p> <p>Oh</p> <p>an der Heiden</p>
--	--	--



	<p>vor Weihnachten), Anpassung an die Kalender von Schaade und Präs Wieler</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Zum Gesetzentwurf der Ampel-Koalition besteht kein weiterer Gesprächsbedarf ! RKI-intern <ul style="list-style-type: none"> o Nicht besprochen 	
7	<p>Dokumente (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht besprochen) 	Alle
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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? <ul style="list-style-type: none"> o 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? <ul style="list-style-type: none"> o Ja, solange es Ungeimpfte gibt, gibt es ein Maß für die Effektivität ! Bleibt der 6-monatige Abstand zur Grundimmunisierung? <ul style="list-style-type: none"> o Ja, ggf. gelockert „in der Regel“ ! Läuft der Status „geimpft“ ohne Booster aus? Wie ist das für Vakzine Janssen ohne mRNA-Booster (s. Frankreich)? <ul style="list-style-type: none"> o Regelung noch unklar, STIKO-Empfehlung muss abgewartet werden ! Wird es Booster-Impfangebote an die RKI-Mitarbeiter geben? <ul style="list-style-type: none"> o 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? <ul style="list-style-type: none"> o Umsetzung und Durchführung ist nicht Aufgabe der STIKO o In manchen BL werden Zentren wieder geöffnet o Vergütung wurde angehoben auf 28 € (+ 	FG33 (Harder)



	<p>Wochenendzulage 8€)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wegen organisatorischer Probleme werden nicht alle Impfzentren wieder öffnen können 	
9	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 873 Proben, davon 800 untersucht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 323 SARS-CoV-2 ○ 250 RSV ○ 161 Rhinovirus ○ 73 saisonale CoV (v.a. OC 43) ○ 46 HPIV ○ 7 HMPV ○ 2 Influenza A <p>ZBS1</p> <p>! 161 Proben, davon 77 positiv auf SARS-CoV-2 (47,8%)</p> <p>! Vermehrtes Testen durch hausinterne Fälle</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<p>ZBS7 (Mikolajewsk a)</p>



	<p>Reduktion der Viruslast</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proteaseinhibitor Ritonavir: viele Medikamenteninteraktionen ○ Vergleichsstudie Molnupiravir/Ritonavir: Risikoreduktion 50% (Symptombeginn <5 Tage) vs. 89% (Symptombeginn <3Tage), NNT (number needed to treat) jeweils 18 <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 (<i>nur freitags</i>) ! (nicht berichtet)	Alle
12	Surveillance (<i>nur freitags</i>) ! (nicht berichtet)	FG32
13	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur freitags</i>) ! 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 (<i>nur freitags</i>) ! 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