



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:	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Walter Haas	
	○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda	
	○ Lars Schaade	!	FG37
	○ Esther-Maria Antão	○ Muna Abu Sin	
!	Abt. 2	!	FG38
	○ Thomas Ziese	○ Ute Rexroth	
!	Abt. 3	○ Renke Biallas (Protokoll)	
	○ Osamah Hamouda	!	ZBS7
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Christian Herzog	
!	FG13	○ Michaela Niebank	
	○ Stephan Fuchs	!	ZBS1
!	FG14	○ Andreas Nitsche	
	○ Marc Thanheiser	○ Janine Michel	
!	FG17	!	P1
	○ Djin-Ye Oh	○ Christina Leuker	
!	FG21		
	○ Wolfgang Scheida	!	Presse
!	FG32	○ Marieke Degen	
	○ Michaela Diercke	○ Ronja Wenchel	
	○ Claudia Sievers		
!	FG33	!	ZIG
	○ Ole Wichmann	○ Johanna Hanefeld	
!	FG34	!	ZIG1
	○ Viviane Bremer	○ Romy Kerber	
		!	BZgA
		○ Martin Dietrich	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>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</p> <p>Diskussion:</p> <p>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? Eine Aufarbeitung sollte auf EU Ebene laufen. Unterschiedliche Faktoren könnten relevant sein, u.a. die Altersstruktur in Europa. 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. Der diagnostische Bias kann sich auf die Inzidenz aber auch auf die Todesfälle auswirken, z.B. wurden vlt. einige Todesfälle nicht mit COVID-19 diagnostiziert Eine Übersicht der Übersterblichkeitsdaten aus Afrika wäre ebenfalls interessant.</p> <p>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.</p>	<p>ZIG1</p> <p>Schaade</p> <p>Rexroth</p> <p>Hanefeld</p> <p>Bremer</p> <p>Schaade</p> <p>ZIG, Schaade</p>



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-Hospitalisierungsinzidenz
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



	<p>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.</p> <p><i>ToDo: Die Zahlen zur Datenvollständigkeit sollen ausgewiesen werden. Eine Abstimmung mit den Landesbehörden soll zeitnah (in der nächsten AGI) erfolgen.</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales</p> <p>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</p>	<p>ZIG</p>



<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>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</p> <p>Diskussion:</p> <p>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.</p>	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Redaktionelle Änderungen werden durchgeführt Eine Testung vor den Kontakt mit Personen mit erhöhtem Risiko einer Erkankung sollte empfohlen werden</p>	<p>Abt. 3</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Boosterimpfung soll kommunikativ bearbeitet werden.</p>	<p>BZgA</p>



	<p>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</p> <p>Diskussion:</p> <p>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.</p> <p>Presse</p> <p>Derzeitig wird vom Social-Media-Team ein Plan zur Kommunikation über die Weihnachtszeit entwickelt</p> <p>P1</p> <p>Flyer zum Risiko bei 2G/3G Veranstaltungen wurde überarbeitet Graphik zu Impfdurchbrüchen wird erarbeitet Dokument zu Verhaltensregeln soll bis Montagmittag kommentiert werden</p> <p>Diskussion:</p> <p>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. grundlegend sollte bei Treffen auf die Basismaßnahmen geachtete und Kontakte reduziert werden. Sollte es jedoch zu</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
--	---	-------------------------



	<p>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.</p> <p>ToDo: Weiter Änderungen zu der Kommunikation der Testung und Maskengebrauch bei Kontakt mit Risikogruppen in dem Flyer 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.</p>	
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
8	<p>Update Impfen</p> <p>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</p> <p>Diskussion:</p> <p>Inwieweit ist die Schwere der Erkrankung in den Modellierungen der LSHTM berücksichtigt?</p>	<p>FG33</p>



	<p>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.</p> <p>STIKO</p> <p>Der Beschlussentwurf zur aktualisierten STIKO Empfehlung zur Boosterimpfung wurde veröffentlicht</p>	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>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)</p> <p>ZBS1</p> <p>227 Proben erhalten 98 Proben positiv (43,2%)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>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</p> <p>Diskussion:</p> <p>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</p>	<p>ZBS7</p>



	bekannt gemacht werden, sodass die Belastungssituation reduziert werden kann. <i>ToDo: Informationspaket zur Anwendung von monoklonalen Antikörpern in der frühzeitigen Therapie von COVID-19 soll erarbeitet und in der nächsten AGI geteilt werden.</i>	
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