



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

|                     |                                   |
|---------------------|-----------------------------------|
| <b>Anlass:</b>      | Neuartiges Coronavirus (COVID-19) |
| <b>Datum:</b>       | Mittwoch, 22.12.2021, 11:00 Uhr   |
| <b>Sitzungsort:</b> | Webex-Konferenz                   |

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Silke Buda                        |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Stefan Kröger                     |
| ○ Lars Schaade       | ○ Kristin Tolksdorf                 |
| ! Abt. 1             | ○ Udo Buchholz                      |
| ○ Martin Mielke      | ! FG37                              |
| ! Abt. 3             | ○ Tim Eckmanns                      |
| ○ Osamah Hamouda     | ! FG38                              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ute Rexroth                       |
| ○ Janna Seifried     | ○ Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ! FG14               | ! ZBS7                              |
| ○ Mardjan Arvand     | ○ Christian Herzog                  |
| ! FG17               | ! MF2                               |
| ○ Ralph Dürrwald     | ○ Torsten Semmler                   |
| ! FG23               | ! MF 4                              |
| ○ Robin Houben       | ○ Martina Fischer                   |
| ! FG 26              | ! Presse                            |
| ○ Heike Hölling      | ○ Ronja Wenchel                     |
| ! FG32               | ! ZIG                               |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Anne Meierkord                    |
| ○ Claudia Sievers    | ○ Mikheil Popkhadze                 |
| ! FG33               | ! ZIG1                              |
| ○ Ole Wichmann       | ○ Carlos Correa Martinez            |
| ! FG34               | ! BzgA                              |
| ○ Viviane Bremer     | ○ Andrea Rückle                     |
| ! FG36               |                                     |
| ○ Walter Haas        |                                     |

!





| TO<br>P | Beitrag/ Thema   | eingebracht<br>von                |
|---------|--|-----------------------------------|
| 1       | <p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 21.12.2021</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fälle: insgesamt 274.628.461, +5,27% i. Vgl. zur Vorwoche</li> <li>2. Todesfälle: 5.358.978, <u>7-Tages-CFR</u> gesunken auf 1,03% (<u>Vorwoche: 1,15%</u>). <u>Kumulative CFR 1,95% (Vorwoche: 1,97%)</u>.</li> </ol> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Weltweit steigende Fallzahlen</li> <li>4. Zusammensetzung der Top 10 unverändert</li> <li>5. De auf Platz 4</li> <li>6. Spanien und Italien etwas nach oben aufgerückt</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC Rapid Risk Assessment 18. Update - Omikron       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wahrscheinlichkeit einer weiteren Verbreitung: sehr hoch</li> <li>2. Impact der Weiterverbreitung: sehr hoch</li> <li>3. Risiko für die öffentliche Gesundheit: sehr hoch</li> <li>4. Auf der Europakarte sind die Länder Deutschland, Frankreich, Niederlande, Norwegen, Polen und Österreich mit „very high concern“ eingestuft</li> </ol> </li> </ul> <p>7-Tage-Inzidenz Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Insgesamt hohe Inzidenzwerte</li> <li>6. Anstieg in Dänemark (jetzt &gt;1000/100.000 EW) größte Anzahl von Fällen</li> <li>7. Rückgang in Spanien, Bosnien, Norwegen, Schweiz</li> <li>8. Als Hochrisikogebiete sind Andorra, Dänemark, Frankreich, Norwegen und außereuropäisch Libanon dazugekommen (seit 19.12.2021), UK wurde Virusvariantengebiet (seit 20.12. 2021)</li> </ol> <p>Spotlight Dänemark</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. <b>7-Tages-Inzidenz (Trend zur Vorwoche): 1119 (+42%)</b></li> <li>10. 25.11.2021 Eintrag von Omikron zu Zeitpunkt ohne Maßnahmen, bei steigender Inzidenz</li> <li>11. Zu Beginn zwei große, zusammenhängende Ausbrüche: Konzert, Weihnachtsfeier in Schule, weitere Ausbreitung danach in Schulen</li> <li>12. 08.12.2021: Wiedereinstufung von Covid-19 als gesellschaftskritische Krankheit und „Lockdown light“ mit Beschränkung von Gruppengrößen bei Veranstaltungen unter 50 Personen; Nachtleben schließt um 24 Uhr, Schulferien vorgezogen</li> <li>13. 17.12.2021: Schließung von Museen, Theatern, Kinos, Zoos, Vergnügungsparks und Veranstaltungsorten. Restaurants bleiben geöffnet, dürfen aber nach 22 Uhr keinen Alkohol mehr ausschenken</li> <li>14. Modellierung der Fallzahlen: vier Szenarien mit steigenden Fallzahlen in Abhängigkeit von Impfeffektivität und Transmissionsrate (Folie 5), Darstellung nach</li> </ol> | <p>ZIG1<br/>(Correa-Martinez)</p> |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Altersgruppen zeigt, dass jüngere Altersgruppen stärker betroffen sind</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a><br/>         SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.878.709 (+45.659), davon 109.324 (+510) Todesfälle<br/>         7-Tage-Inzidenz: 289,8/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%)<br/>         DIVI Intensivregister 4.563 (-56)<br/>         Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.201.400 (73,6%), mit vollständiger Impfung 58.661.704 (70,5%), Auffrischimpfungen 28.090.924 (33,8%)<br/>         Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:<br/>         15. Abnahme-Trend in TH, SN, ST, BB<br/>         16. Zunahme-Trend in HH, HB<br/>         Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis<br/>         17. 50 LK &gt; 500/100.000 EW<br/>         18. Höchste Inzidenz in Cottbus: 1108/100.000 EW<br/>         19. 4 LK mit Inzidenz &gt; 1000/100.000 (Schwerpunkt östl. BL)<br/>         Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche<br/>         20. Im Vgl. zur Vorwoche sinkende Inzidenz in allen Altersgruppen<br/>         21. Vergleich KW 50 2020/KW 50 2021 deutlichste Unterschiede (Zunahme) bei Kindern<br/>         Fall-Verstorbenen-Anteil nach Meldewoche und Altersgruppe<br/>         22. Bei &gt;80jährigen am höchsten<br/>         23. Nicht mit erster Welle Vergleichbar, da damals wenig Tests, CFR abhängig von der Anzahl erfasster (getesteter) Asymptomatischer</p> <p><b>DIVI Intensivregister</b></p> <p>24. Folien <a href="#">hier</a><br/>         25. Aktuell 4500 Fälle in Intensivbehandlung<br/>         26. Abnehmende Belegung: -322 Fälle<br/>         27. Neuaufnahmen: nur geringer Rückgang auf 1.984 in den letzten 7 Tagen<br/>         28. Starker Anstieg der täglichen Todeszahlen (setzt Kapazitäten frei)<br/>         29. In vielen Bundesländern ein hohes Plateau in der COVID-ITS-Belegung, Rückgang in BY, SL, BW, BE, hier auch Rückgang der Neuaufnahmen<br/>         30. Behandlungsbelegung nach Schweregrad: Rückgang betrifft überwiegend die leichteren Fälle<br/>         31. Einschätzung der Betriebssituation: 70% der ITS teilweise oder ganz eingeschränkt, insbesondere Maximalversorger verzeichnen keinen Rückgang der Belegung<br/>         32. Anteil Belegung der 60+ Jährigen steigt prozentual, extrem starke Anstiege in Gruppe 60-69 und 70-79<br/>         33. SPoCK: Prognosen für die nächsten 20 Tage positiv (weiterer Rückgang). Zu beachten: Nur wenn der jetzige</p> | <p>FG32<br/>(Diercke)</p> <p>MF4<br/>(Fischer)</p> |
|--|---|--|



|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
|  | <p>Zustand/Trend sich fortsetzt (keine Maßnahmen oder andere Effekte die nächsten Tage). Verlässlich sind eher die nächsten 10 (!) Tage der Prognose</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>): nicht besprochen</p> <p><b>Zwischenfrage</b><br/>Bedeutet die Zunahme der Todesfälle auf ITS, dass die Behandlung früher eingestellt wird?<br/>Nein, zumindest ist das aus den Zahlen nicht zu belegen, aktuell hohe Zahl der Todesfälle kann auch durch den Zeitverzug, mit dem diese auftreten, erklärt werden</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b><br/>Folien <a href="#">hier</a><br/>ARE-Rate gesunken in 50. KW zur Vorwoche (3,4 %; Vorwoche: 3,8 %), deutlicher Rückgang bei Kindern, leichter Anstieg bei Erwachsenen<br/>Bei Erwachsenen und Kindern das niedrige Niveau des Vorjahres erreicht (Pandemiejahr)<br/>ARE-Konsultationen stark zurückgegangen, auf Vorjahreswert gesunken (ca. 900.000 Arztkonsultationen wegen ARE)<br/>Anteil COVID-19 an ARE<br/>34. Anzahl der Konsultationen wegen neu aufgetretenen ARE bei kleinen Kindern besonders hoch, Anteil mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose dagegen gering<br/>35. besondere ältere Personen konsultieren Arzt seltener wegen ARE, erhalten aber vergleichsweise häufig eine COVID-19-Diagnose<br/>36. In den Altersklassen 5-79 Jahre ist der Anteil von ARE mit COVID-19 in den letzten zwei Wochen gesunken<br/>ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Fallzahlen insgesamt gesunkenen (mitverursacht durch Rückgang von RSV bei Kindern). Seit Saisonbeginn hohes Niveau deutlich über den Vorsaisons, seit einigen Wochen Rückgang, aktuelle unter Niveau 2020. AG 35-59jährige weiterhin sehr hohes Niveau, aber deutlicher Rückgang.<br/>Vergleich Herbst 2020 und 2021 (2021 herrscht höherer Infektionsdruck, gleichzeitig ist der Anteil Geimpfter wesentlich höher):<br/>Jetzt Rückgang in AG 80+Jährige seit 3 Wochen,<br/>Rückgang in AG 60-79 seit 2 Wochen<br/>Rückgang der COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung<br/>Rückgang der verstorbenen (hospitalisierten) COVID-SARI-Fälle<br/>Rückgang in AG 35-59 weniger deutlich<br/>Ausbrüche: nicht besprochen, bei Interesse dem Foliensatz zu entnehmen</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> | <p>FG 36<br/>(Buda)</p> <p>FG 17</p> |
|--|---|--------------------------------------|



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>184 Einsendungen<br/>                 9 SARS-CoV-2 Nachweise (&lt;7%), über alle AG verteilt, 15% in AG &gt;60Jährige<br/>                 1 Influenza-Nachweis (Kind, NH3N2)<br/>                 14% OC43<br/>                 3,6% 229E<br/>                 1 NL63-Nachweis<br/>                 Alle endemischen Coronaviren: 18%<br/>                 Rhinoviren und HMP (PIV4) stabil</p> <p><b>Testanzahl und -kapazitäten</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a><br/>                 Anzahl rückläufig, jetzt bei 1,5 Millionen<br/>                 Positivenanteil 18.6%<br/>                 Laborauslastung ist rückläufig, noch sehr hoch in SL, BB, MV, NS, TH<br/>                 Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig<br/>                 Positivenanteil in BY und ST rückläufig<br/>                 Testorte: in Arztpraxen stärkster Rückgang, auch an anderen Orten, hier noch stärkerer Einbruch zu erwarten durch fehlende Schultests<br/>                 Testung nach Altersgruppen: Testinzidenz/100.000 in der AG &gt;80Jährige stabil, in allen andern AG Rückgang<br/>                 Positivenanteil bei 0-4Jährigen stabil, sonst Rückgang<br/>                 VOC (SARS in ARS): Omikron deutlich darstellbar, in KW 49 158/100%, in KW 50 145/100% (Nachmeldungen zu erwarten), Anteil etwas über 4%,<br/>                 Laborbelastung ist insgesamt gering</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a><br/>                 Omikron in Genomsequenzierung: 1,4% (KW 49)<br/>                 Omikron in IfSG-Daten: 3,5% (KW 50)<br/>                 In Testzahlen: 2,7% (KW 50) Stichproben: Anteil steigt auf 0,6%<br/>                 Hochgerechnete kumulative Anzahl Omikron (Folie 2 rechts):<br/>                 Kurve verläuft parallel zum Anstieg von Alpha (bei Pandemiebeginn)<br/>                 Bisher 2388 Fälle (Datenstand 22.12.2021, 753 Hinweise), in KW 50 1,8/100.000 EW, Verteilung über ganz DE, mit Hotspot in HH<br/>                 Exposition überwiegend in DE<br/>                 Angaben zur Impfung bei &gt;60% vorhanden: 61% vollständig geimpft, 13,7% mit Auffrischimpfung, 18,3% nicht geimpft<br/>                 Hospitalisierungsrate: 1,6%<br/>                 1 Todesfall (0,04%)<br/>                 54% mit COVID-typischen Symptomatik<br/>                 (Folie 5) Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Bei Annahme einer Verdoppelungszeit von Omikron von 4 Tagen und einer Halbierungszeit von Delta von 51 Tagen liegt der Schnittpunkt (jeweils 50%) noch in KW 51</p> | <p>(Dürrwald)</p> <p>Abt.3<br/>(Hamouda)</p> <p>FG 37<br/>(Eckmanns)</p> <p>FG 36<br/>(Kröger)</p> |
|--|---|--|



|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
|  | <p>Modellierung beinhaltet Unsicherheiten und zeigt einen Anstiegstrend bei den Fallzahlen schon in KW 50, der in der Realität so nicht zu beobachten ist, deshalb fraglich, ob diese Darstellung in den Wochenbericht aufgenommen werden soll</p> <p><b>Zwischenfrage</b><br/>                 Kann auf Basis der vorliegenden Daten von einer geringeren Krankheitsschwere ausgegangen werden?<br/>                 Noch keine Aussage möglich, bisher liegen die Fälle in mittleren AG, bisher keine Ausbrüche in vulnerablen Bereichen<br/>                 Kann allenfalls erhofft, sollte jedoch nicht kommuniziert werden (ggf. individuell leichter Verlauf, jedoch problematisch große Anzahl)</p> <p><b>Genomsequenzierung</b><br/>                 236 Fälle in 440.000, entspricht einem Anteil von 4% in der Stichprobe<br/>                 Ebenfalls Anstieg in der globalen Probe (821 Nachweise)</p> <p><b>Diskussion</b><br/>                 Hinweis: Fall-Verstorbenen-Anteil ist hoch trotz Impfung, hier wäre eine Altersstratifizierung wichtig<br/>                 Hinweis: Sorgfältige Kommunikation ist wichtig bezgl. sinkender Intensivauslastung / steigender Fallzahlen (noch nicht Omikron)<br/>                 Frage an Meldedatengruppe: Ist der Anteil der ITS-Aufnahmen nach Alter aufschlüsselbar? Antwort: JA<br/>                 Frage: Ab November nimmt der Anteil der &gt;80jährigen auf ITS in SA ab, aber Anfang 11/21 haben Fallzahlen noch zugenommen – systematische Benachteiligung dieser AG bei Aufnahme auf ITS? Altersstratifiziert zu klären: Wie wahrscheinlich wurde jemand der in der AG verstorben ist, vorher auf ITS behandelt<br/>                 Hinweis: Auch in den intensivmedizinisch nicht überlasteten BL ist der prozentuale Anteil der 80+Jährigen auf ITS rückläufig, in SN und TH ist der Rückgang steiler<br/>                 Rückmeldung aus den Kliniken: Es fehlen punktuell Betten für Notfälle, in Einzelfällen wird härter triagiert, Systemversagen bzw. systematische Benachteiligung bestimmter AG ist jedoch nicht zu erkennen<br/>                 Frage: Wird in Dänemark tatsächlich 2x/Woche und Person PCR getestet? Bisher ja.<br/>                 Hinweis: Bei sehr hohen Fallzahlen tritt in den Meldedaten ein Deckelungseffekt auf, die Berichterstattung wird weniger kleinteilig, die syndromische Surveillance wird Stütze</p> | <p>MF 2<br/>(Semmler)</p> |
|--|--|---------------------------|



|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| <p><b>2</b></p> | <p><b>Internationales</b></p> <p>ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich<br/>                 ITS Aufnahmekriterien ähneln sich sehr im internationalen Vergleich, erste Guidelines (von mittlerweile zahlreichen) wurden in Asien entwickelt<br/>                 Intensivstation ≠ Intensivstation (Low Care, High Care, ECMO, Intermediär-Stationen werden unterschiedlich gehandhabt und eingeordnet)<br/>                 Ressourcen im Gesundheitssystem sind entscheidend<br/>                 Deutschland hat viele Krankenhausbetten und viele Intensivbetten, nimmt viele positiv getestete Pat. stationär auf und verlegt prozentual viele auf Intensivstation, mögliche Gründe: unerfahrenes Personal, Struktur des Gesundheitssystems, ökonomische Anreize (Maximalversorgung ist lukrativ), umfangreiche Kapazitäten<br/>                 Internat. Vergleich ist komplex durch unterschiedlich finanzierte und strukturierte HCS</p> | <p>ZIG<br/>(Meierkord)</p>                                     |
| <p><b>3</b></p> | <p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>  | <p>FG21</p>  |
| <p><b>4</b></p> | <p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kein Anpassungsbedarf</p>  | <p>Alle</p>  |
| <p><b>5</b></p> | <p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>  |  |
| <p><b>6</b></p> | <p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Derzeit zahlreiche Aktualisierungen: Merkblatt zur Auffrischungsimpfung, Merkblatt zur Impfung 5-11Jähriger wurde heute zur Freigabe eingereicht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>22.12. BPK<br/>                 24.12. Veröffentlichung eines Interviews von Redaktionsnetzwerk Deutschland mit Präs Wieler<br/>                 Wochenbericht am 23.12. soll durch Twitter begleitet werden zu folgenden Themen: Omikron, AHA +L Regeln<br/>                 Wochenbericht soll auch am 30.12. durch Twitter begleitet werden, mit Hinweis auf die reduzierte Belastbarkeit der Zahlen<br/>                 Nach kurzer Diskussion: Alle Gründe hierfür sollen benannt werden (geringere Testzahl, weniger Arztbesuche, weniger Meldeaktivität)</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Diskussion</b></p>   | <p>BZgA<br/>(Rückle)</p> <p>Presse<br/>(Wenchel)</p> <p>P1</p> |





|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
|                 | <p>NI meldet über die Feiertage nicht, die Zahlen werden zum Wochenbericht am 30.12. aber vollständig sein<br/>                 Modell Anstieg des Omikron-Anteils in der Stichprobe (Genomseq.) als Grafik in den Wochenbericht aufnehmen?<br/>                 Die Grafik soll nicht aufgenommen werden, die Einführung eines neuen Indikators „Verdoppelungszeit“ soll vermieden werden, Dynamik der Entwicklung soll im Fließtext dargestellt werden</p>  |  |
| <p><b>7</b></p> | <p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Aussage, dass ContolCovid-Aktualisierung nicht abgestimmt war, kann hoffentlich geklärt werden<br/>                 Ein Amtshilfeersuchen aus Potsdam liegt vor<br/>                 Überregionaler Omikron-Ausbruch, sehr gut dokumentiert, 2G+-Setting,<br/>                 Bietet die Möglichkeit Inkubationszeit und Attackrate zu beobachten<br/>                 Hinweis: Genaue Beschreibung der 2G+ Auslegung (Tests, Kontrollen) ist wichtig<br/>                 TelKo (GA) hat bereits stattgefunden, Kontakt wird über die Feiertage gehalten, Einsatzteam danach zusammengestellt<br/>                 Runderlass: Krisenmanagement im Ressort BMG;<br/>                 Krisenszenario Omikron-Variante<br/>                 Zusammenstellung der Maßnahmen: Homeoffice soweit möglich im LZ und Gesamtbelegschaft, Aufforderung Auffrischungsimpfung wahrzunehmen, 3 AG-Tests/Person und Woche, AHA+L Regeln<br/>                 Könnte bei dieser Gelegenheit auf die angespannte Situation aufgrund fehlender Personalaufwüchse in der Vergangenheit hingewiesen werden?<br/>                 Ungünstiger Zeitpunkt, sowohl um Personalsituation als auch um die Pläne für das RKI laut Koalitionsvertrag zu diskutieren<br/>                 Kann erst geklärt werden, wenn sich der Minister dieser Fragen annimmt, was derzeit nicht der Fall ist<br/>                 Eine Dokumentation der Sachlage (starke Belastung falls die Fallzahl steigt und auch RKI-Personal ausfällt) wäre ggf. wichtig, auch wenn aktuell keine Konsequenzen gezogen werden<br/>                 Sachlicher Formulierungsvorschlag: „Es kann aktuell nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit des RKI kommt“</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p> | <p>VPräs</p> <p>FG 38<br/>(Rexroth)</p> <p>VPräs<br/>Alle</p> <p>VPräs</p> |
| <p><b>8</b></p> | <p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>Dokument „KritIS-Empfehlungen“<br/>                 Rückfrage aus dem BMG zur Umsetzbarkeit<br/>                 Rückmeldung aus Ständigem Arbeitskreis Hygiene, dass eine Umsetzung im KH möglich, in Altenheimen schwierig ist<br/>                 Ist für Personen mit vollständiger Grundimmunisierung aber ohne Auffrischungsimpfung, für die derzeit 2x PCR empfohlen</p>  | <p>Alle<br/>                 FG 37<br/>                 (Eckmanns)</p>     |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>ist, AG-Test ausreichend?<br/>                 Vorschlag: Im AH ist alternativ eine tägliche AG-Testung möglich, aber dann sollten qualitativ hochwertige Tests eingesetzt werden<br/>                 Frage: Gibt es eine Funktionseinschränkung von AG-Tests durch Impfung?<br/>                 Spielt international in den Überlegungen keine Rolle, es liegen keine Daten dazu vor<br/>                 Studie an HCW wäre wünschenswert, hier haben Drosten und Ciesek engere Kontakte<br/>                 Es stellen sich mehrere weitere Fragen zu dem Dokument:<br/>                 Wie lang halten wir aufrecht, dass Menschen mit Auffrischungsimpfung in Quarantäne gehen?<br/>                 Eine Aktualisierung der KoNa-Empfehlungen ist in Arbeit, es liegen jedoch nicht ausreichend Daten zur Transmission (ggf. kürzere Inkubationszeit, Übertragungsschutz nach Auffrischungsimpfung) vor, die eine Verkürzung der Quarantäne rechtfertigen würden<br/>                 Die derzeitigen KoNa-Empfehlungen werden deshalb inhaltlich nicht geändert, lediglich strukturelle angepasst: die Quarantäneempfehlung nach Omikron-Kontakt wird aus dem VOC-Abschnitt herausgenommen nach vorne gestellt, sobald Omikron die dominante Variante ist, bei Personalmangel gelten die KritIS-Empfehlungen<br/>                 CAVE: Zwischen Regime zur Eindämmung (angepasst an Omikron) und Vorgehen bei pandemiebedingtem Personalmangel muss unbedingt differenziert werden<br/>                 Widerspruch zur Entlassung aus dem KH und der häuslichen Isolierung, dort wird für frühere Entlassung bei HCW und Personalmangel 2xPCR gefordert</p> <p><b><i>ToDo: Dieser Passus wurde in die Empfehlungen zum Entlassmanagement eingeführt, als das KritIS-Papier offline ging und soll jetzt wieder gestrichen werden</i></b></p> <p>Dokument „Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2“<br/>                 Es soll auf VOC hingewiesen werden und auf einen Passus der KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ verlinkt werden, der mögliche Kohortierungsoptionen beschreibt<br/>                 Im Abschnitt Dauer der Maßnahmen soll der Hinweis aufgenommen werden: „Hierbei ist zu beachten, dass bei VOC die Datenlage häufig zu Beginn noch unzureichend ist und sich zu den besorgniserregenden Varianten (VOCs) gegenwärtig noch entwickeln kann.“</p> <p><b>Zwischenfrage:</b><br/>                 Erhöhte Transmission bei Omikron durch Übertragung schon bei niedrigeren Viruslasten oder durch vorliegende höhere Viruslasten (2. These steht in der aktuellen Diskussion im Vordergrund, Datenlage unzureichend)</p> | <p>ZBS 7</p> <p>FG 14<br/>(Arvand)</p> |
|--|--|--|



|    |  |   |
|----|--|---|
|    | <p>Es liegen für Omikron noch keine aussagekräftigen Viruskinetiken vor</p> <p><b>ToDo: Vorschlag: Nachfrage im Konsiliarlabor</b></p> <p>Auch PCR-Schwellenwert <math>10^6</math> ist für Omikron nicht noch nicht gesichert, Datenlage auch hier noch nicht ausreichend für eine Änderung</p> <p>Dokument „Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“<br/>Der Satz „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“ wird erweitert: „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes <b>oder FFP2-Masken</b> durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“</p> <p>Frage aus der EpiLag: Sollten Personen mit frischer vollständiger Impfung (2. Impfung) 3 Monate von der Quarantäne ausgenommen werden, und damit vorübergehend Personen mit Auffrischungsimpfung gleichgestellt werden?<br/>Nein, Auffrischung führt zu qualitative veränderter Immunantwort, ist nicht mit Z. n. 2. Impfung zu vergleichen</p> <p>Freigabe des Wochenberichts erfolgt nächste Woche durch Herrn Schaade</p> | <p>?</p> <p>FG 14<br/>(Arvand)</p> <p>FG 38<br/>(Rexroth)</p> |
| 9  | <p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>   | FG33  |
| 10 | <p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Unter TOP 1 besprochen</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>  | <p>FG17</p> <p>ZBS1</p>                                       |
| 11 | <p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>  | ZBS7  |
| 12 | <p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>   | FG14  |
| 13 | <p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>unter TOP 1 besprochen</p>  |   |
| 14 | <p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>  | FG38  |
| 15 | <p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p>   |   |



|           |  |      |
|-----------|--|------|
|           | (nicht berichtet)  | FG38 |
| <b>16</b> | <b>Wichtige Termine</b><br>keine   | Alle |
| <b>17</b> | <b>Andere Themen</b><br><b>Frohe Weihnachten!</b><br>Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex |      |

**Ende: 13:10**