



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 12.10.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:	!	FG34
! Abt. 1		○ Andrea Sailer (Protokoll)
○ Martin Mielke		○ Alexandra Hofmann
! Abt. 3	!	FG36
○ Osamah Hamouda		○ Walter Haas
! FG14		○ Silke Buda
○ Mardjan Arvand		○ Stefan Kröger
○ Melanie Brunke		○ Kristin Tolksdorf
! FG17	!	FG37
○ Ralf Dürrwald		○ Muna Abu Sin
! FG21	!	MF4
○ Patrick Schmich		○ Martina Fischer
! FG25	!	P1
○ Christa Scheidt-Nave		○ Christina Leuker
○ Christina Poethko-Müller	!	P4
! FG 26		○ Pascal Klamser
○ Sophie Eicher	!	Presse
! FG31		○ Marieke Degen
○ Ute Rexroth		○ Nadin Garbe
○ Maria an der Heiden		○ Ronja Wenchel
○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
! FG32		○ Romy Kerber
○ Michaela Diercke	!	BZgA
○ Claudia Sievers		○ Oliver Ommen
○ Justus Benzler		
! FG33		
○ Jonathan Fischer-Fels		





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien (hier) Weltweit: Fälle, Todesfälle Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-11.10.2022 Weltweit weiterhin stabil (-0,2%) Afrika: deutlich sinkende Fall- und Todesfallzahlen, in einzelnen Ländern steigende Fallzahlen auf sehr niedrigem Niveau Amerika: sehr stabil, höchste Inzidenz in Chile Asien: vergleichsweise stabile Fall- und Todesfallzahlen, höchste Inzidenz in Singapur. In China steigende Fallzahlen bei sehr niedriger Inzidenz, erneut größere Beschränkungen für Bevölkerung. Europa: leicht steigende Fallzahlen Ozeanien: sinkende Fall- und leicht steigende Todesfallzahlen Varianten: Anzahl hochgeladener Sequenzen reduziert, weiterhin > 90% Omikron 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa Fallzahlenanstiege (im Vergleich zur Vorwoche) beispielsweise in Italien, Luxemburg, Frankreich, Ungarn höchste 7-T Inzidenz in Österreich: 1.096 (+17%) Zunehmende Anzahl Hospitalisierungen Todesfallzahlen stabil Laut ECDC wieder zunehmende Übertragung in Bevölkerung > 65 Jahre Differenzierung Krankenhauseinweisungen mit oder wegen COVID in vielen Ländern nicht möglich Österreich: Steigende Fallzahlen in allen Kantonen Häufige Testungen, Testpositivität nur bei 11% Alle AG sind betroffen: bei 5-14-Jährigen Anstieg nach Sommerferien, nun wieder Rückgang; ab 15 Jahre steigende oder stabile Fallzahlen; bei 65+ Jährigen Anstieg Steigende Hospitalisierungszahlen und leichter Anstieg bei Intensivbettenbelegung; rechnen nicht mit Anstieg bei Intensivbetten; ungeplante Personalausfälle. Maßnahmen: 1. FFP2-Maskenpflicht in Krankenhäusern, Altenheimen, Gesundheitseinrichtungen. Wiedereinführung der Maskenpflicht in anderen Settings möglich. 2. Tests der breiten Bevölkerung: pro Monat 5 kostenlose PCR + 5 Antigen-Tests pro Person 3. Zukünftig verstärkt auch Abwasser-Monitoring</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien (hier) SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 34.257.916</p>	<p>ZIG1 (Kerber)</p>



	<p>(+136.748), davon 150.919 (+199) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 799,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.793.523 (77,8%), mit vollständiger Impfung 63.476.472 (76,3%) Fast Verdoppelung der Gesamtinzidenz Insbesondere bei Hospitalisierten starker Anstieg, kann auch mit Wechsel zur elektronischen Meldung bei Hospitalisierten zusammenhängen. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Anstieg bei Gesamtinzidenz von 500 zu 800 Höchste Inzidenz im Saarland gefolgt von Bayern (Oktoberfest) Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK 276 LK mit Inzidenz >500-1.000 und 105 LK mit Inzidenz > 1.000 Heatmap Zuwachs in allen Altersgruppen, vor allem auch in hohen AG >80 Jahre Infektionsgeschehen scheint sich im Vergleich zu vorherigen Wellen in höheren AG abzuspielen. COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Geringfügige Zunahme Wöchentliche Sterbefallzahlen Leichter Anstieg, von Übersterblichkeit kann noch nicht gesprochen werden.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) Mit Stand 12.10.2022 werden 1.673 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt</p> <p>ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.651 in den letzten 7 Tagen Starker Anstieg, in den letzten 2 Wochen Verdoppelung Anzahl der auf ITS verstorbenen Patienten: geringer Anstieg Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten In allen BL Anstieg zu sehen, in Hamburg gleichbleibend Saarland auch bei ITS-Belegung stark betroffen Behandlungsbelegung nach Schweregrad Keine Differenzierung mit und wegen COVID, jedoch Unterscheidung: ohne respiratorische Unterstützung, mit nicht-invasiver und mit invasiver Beatmung Starker Anstieg bei Anteil unbekannter Behandlungen (keine respiratorische Unterstützung nötig), auch Gruppe mit invasiver Beatmung deutlich angestiegen sowie Anstieg bei Patienten mit nicht-invasiver Beatmung Invasive Beatmungskapazitäten Anteil Non-COVID-Patienten mit invasiver Beatmung ist deutlich höher als der von COVID-Patienten. Gesamtanzahl der invasiv Beatmeten ist kleiner geworden, hängt auch mit Personalmangel zusammen. Altersgruppen Entwicklung Belegung angestiegen in allen AG, vor allem aber bei 60+ Jährigen Prozentual: > 60% sind über 70 Jahre alt</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--



	<p>SPoCK-Prognose: Für Deutschland insgesamt starker Anstieg prognostiziert; in allen 5 Kleeblättern deutschlandweit</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) ARE gesamt: Beginn der Saison 2022/23: <i>roter Punkt auf linker Seite im Diagramm</i> Üblicher Jahresverlauf: im Sommer Becken, zum Ende der Schulferienzeit im Herbst gehen die Zahlen steil nach oben, dann Herbstplateau Entspricht einer Gesamtzahl von 7,6 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (39. KW: ca. 7,6 Mio.) ARE-Raten bei Erwachsenen steigen an, bei Kindern sind sie deutlich zurückgegangen. ARE-Arztkonsultation: Ca. 1.900 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW -> 40. KW 2022: ca. 1,6 Mio. Arztbesuche wegen ARE Höher als in Vorsaisonen, aber kein Anstieg seit letzter Woche Nach AG das gleiche Bild: bei Kindern, Schulkindern und jungen Erwachsenen kein weiterer Anstieg, Anstieg bei Erwachsenen ab 35 Jahren SEED^{ARE} mit COVID-19 Konsultationen bis zur 40. KW Stabil bei Kindern, Anstieg setzt sich bei Erwachsenen fort. ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Inzidenz Ähnliches Niveau wie in Vorjahren Nachmeldungen sind zu erwarten, kein sehr ungewöhnliches Geschehen. Auch bei intensivmedizinischer Behandlung Niveau wie in Vorjahren ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen Leichter Anstieg vor allem bei intensivmedizinisch behandelten (42% aller intensivmedizinisch behandelten Patienten). Nach Altersgruppen: 42-48% COVID-19 bei 35+ Jährigen Bei 0-4-Jährigen 15% RSV (weniger als letztes Jahr), 4% COVID, 3% Influenza Bei 80+ Jährigen Anzahl höher als in Vorsaisonen Hospitalisierungsinzidenz Starker Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz im Meldewesen, bei ICOSARI auch Anstieg, jedoch nicht ganz so stark. Mögliche Gründe: Wechsel auf elektronische Meldung, keine Differenzierung zwischen Hospitalisierungen mit und an COVID. Anstieg auch im Intensivregister Entwicklung COVID-SARI 30. KW bis 40. KW 2022 Anstieg bei Hospitalisierten, auch bei Intensivbehandelten, leichter Anstieg auch bei Verstorbenen</p> <p>Virologische Surveillance Coronaviren: leichter Anstieg von SARS-CoV-2 Influenzaviren: deutlicher Anstieg von A(H3N2) Sonstige Atemwegsviren: stärkste Aktivität bei Rhinoviren; Parainfluenzaviren vor allem bei kleinen Kindern; kaum</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------



	<p>humane Metapneumoviren und RSV</p> <p>Testkapazität und Testungen (nicht berichtet)</p> <p>ARS-Daten (Folien hier) Anstieg der positiven Testungen in allen BL, auch in Bayern und im Saarland. In einigen BL Anstieg der Anzahl durchgeführter Testungen (Bayern, NRW) Deutlicher Anstieg der Anzahl Testungen und der Positivenanteile in Arztpraxen und anderen Teststellen, Rückgang der Anzahl der Testungen in Krankenhäusern bei leicht steigendem Positivenanteil. Vor allem in Arztpraxen wird wieder mehr getestet Anzahl der Testungen nach AG: deutlicher Anstieg in den Altersgruppen ab 35 Jahren. Anzahl positiver Testungen nach AG: stabil bei Kindern, sonst Anstieg Positivenanteile nach AG: Anstieg, außer bei Kindern Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen: wieder Anstieg der aktiven Ausbrüche, noch keine große Veränderung bei Todesfällen im Vergleich zur Vorwoche</p> <p>VOC-Bericht (Folien hier) In den letzten Wochen Rückgang des Anteils und der Anzahl der Genomsequenzierungen (keine technischen Gründe) Keine großen Veränderungen, Konstanz bei BA.5 Keine Veränderungen bei den Hauptlinien von Omikron Wenn man die Wachstumsgrafiken (Wachstum nach x-Tagen) von BA.2 und BA.5 übereinanderlegt, sieht man, dass das Wachstum von BA.2 vor der Plateaubildung wesentlich steiler war. Bei BA.5 ist der Anstieg weniger steil. Das Ende der BA.5 Linie liegt noch unter der Linie von BA.2. Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei BA.5 noch einige Infektionen dazukommen werden, vermutlich ist BA.5 noch nicht auf Plateau wie BA.2 angekommen. Aufteilung der Omikron Sublinien: Anteil BF.7 ist weiter gestiegen. BA.2 ist wieder angestiegen durch BA.2.75 Sublinien. BQ.1 und BQ.1.1: leicht steigende Zahlen, aber in sehr geringem Umfang. Frage zum Anstieg von BF.7: Gibt es besondere Merkmale? Keine Aussagen zu Pathogenität oder Übertragung möglich, keine Hinweise auf klinische Relevanz.</p> <p>Diskussion: Die Hälfte der Patienten im Intensivregister werden nicht beatmet, also vielleicht Hospitalisierung mit und nicht wegen COVID. Steigungswinkel ist vielleicht Teil des üblichen saisonalen Geschehens. Atmungsunterstützung ist seit Juni relativ stabil. Zahl der invasiv Beatmeten steigt steil an, Anzahl noch relativ klein. Was ist über Patienten, die gegenwärtig hospitalisiert werden</p>	<p>Fischer</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	---	---



	<p>und der Generation der 50 bzw. 60+ Jährigen angehören, hinsichtlich einer 4. Impfungen bekannt? Qualitativer Bericht aus AGI: durchaus auch mehrfach Geimpfte betroffen, Personalausfälle in KH mit und wegen COVID, zudem Verlegungen aus Altenheimen, die zumindest im Saarland zu erheblicher Belastung führt. Verweis auf Zusammenfassung im Monatsbericht zur Impfung vom 29.09.: Risiko lässt sich durch Auffrischungsimpfung senken. Anstieg der Infektionen bei Hochaltrigen: Fragen dazu, ob 4 Impfungen schützen, sind zu erwarten. Infektionsdruck ist hoch in der Bevölkerung. <i>ToDo: FG33 wird Information nachreichen, FF Fischer-Fels</i> Am Dienstag in Morgenbesprechung fragte Minister nach 5. Impfung, diese Fragen werden kommen. Freitag wird neue Impfkampagne vom Minister vorgestellt. Vorbereitung auf dieses Thema nötig. FAQ zur 5. Impfung wurden heute veröffentlicht. Ärzte sollen anhand von 5 Kriterien selbst entscheiden.</p> <p>Gespräch mit saarländischem Gesundheitsminister: Sind im Intensivregister Daten pro BL und Bevölkerung verfügbar? Der Wunsch des saarländischen Gesundheitsministers wäre, für das Saarland Daten zur Anzahl belegter Intensivbetten pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu anderen BL zu erhalten. Ist dies im Saarland höher als in anderen BL? Die Antwort sollte möglichst innerhalb der nächsten Stunde erfolgen. In dieser Kürze nicht möglich. Daten zur Belegung bis auf KH-Ebene möglich Einzugsgebiete der KH entsprechen nicht immer den Bundeslandgrenzen. Einführung weiterer neuer Indikatoren nicht sinnvoll. Nicht trivial, gerade in kleinem BL das Einzugsgebiet zu definieren. Antwort ans BMG: nicht vorhanden und kann nicht in einer halben Stunde bereitgestellt werden.</p>	<p><i>Buda</i></p> <p><i>Fischer</i></p> <p><i>Mielke</i></p> <p><i>Rexroth</i></p> <p><i>Diercke</i></p> <p><i>Mielke</i></p> <p><i>Hamouda</i></p> <p><i>Osamah</i></p> <p><i>Fischer</i> <i>Rexroth</i></p> <p><i>Haas</i></p>
--	---	---



<p>2</p>	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <p>Wie wird Anstieg kommuniziert? Kernaussagen für Wochenbericht: Situation ist Folge der ungebremsten Ausweitung von Atemwegserkrankungen seit mehreren Wochen. Keine grundlegend neue Situation, grundlegend neuen Maßnahmen erforderlich. Bisherige Empfehlungen sollten implementiert werden. Blick sollte weiter als COVID sein und auch Influenza und andere Erreger im Blick behalten. Impfung gegen Influenza sollte erwähnt werden. Im Moment beteiligt sich auch die Gruppe der älteren Menschen am Ausbruchsgeschehen.</p>	<p>Haas</p>
<p>3</p>	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33</p>
<p>4</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>5</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Update zu den Pandemie-Apps: CWA und CovPass (Folien hier) Weiterhin mehrere Apps mit teilweise überschneidenden Funktionen, CWA soll bis Ende Mai 2023, CovPass bis Mitte 2023 weiterlaufen . Keine Weiterentwicklung der Kernfunktionalitäten, stattdessen Ad-hoc Anforderungen für Zusatzfunktionen Teststrategie & Selbsttests Anbindung neuer Labore und Teststellen wurde vor Monaten gestoppt. TAN-Hotline soll auslaufen, stattdessen nicht-verifizierte Warnungen bei positiven Testergebnissen von nicht-registrierten Schnelltests und Labor-PCR-Tests, auch von Selbsttests. Missbrauchsbeschränkung notwendig Rate-Limiting: Was für eine Karenzzeit soll eingehalten werden? Vorschlag 3 Monate Mindestbetriebszeit der CWA-Installation: Warnung erst nach n Tagen/Wochen möglich? Vorschlag 7 Tage Weitere Hürden zur Missbrauchsbeschränkungen nötig? Informationsangebote für CWA-Nutzende Pandemieradar: Dashboard-Replikation oder Verlinkung auf RKI-Dashboard? Übersetzung von Pandemieradar als „Pandemic Key Indicators“? BZgA-Impfcheck: Wunsch der Verlinkung von BZgA und BMG, aber RKI-Bedenken. Verlinkung in CWA oder in FAQ oder keine Verlinkung? Prüfscenarien Bundeslandspezifische Maskenpflichten und</p>	<p>FG21 (Benzler)</p>



	<p>Maskenpflichtbefreiungen: implementiert, aber noch nicht aktiviert Funktionspostfach für noch zu benennende BL-AP Vollständiger Impfschutz: implementiert als Selbstauskunft, noch nicht zur Fremdprüfung Anwendungsszenarien unklar Probleme: Diskrepanz IfSG und STIKO Empfehlungen (insbesondere für Kinder 6-11 Jahre) Umgang mit IfSG-Vorgaben zu Impfstoffen der WHO-Emergency-List Prüfscenarien Einreiseregeln Aktiv, aber derzeit keine Regeln, zukünftige Regeln können eingefügt werden. Einreiseregeln für Virusvariantengebiete sind nicht implementiert, aber in Diskussion, sehr komplex und speziell Ausstehende Problemlösungen: Genesenenzertifikate für Infektionen, deren Nachweis länger als 180 Tage zurückliegt, können im Moment nicht ausgestellt werden. Diskrepanz zwischen IfSG und STIKO Empfehlungen Unklare Vorgaben an DCC Ausgebende zur Kodierung von Auffrischimpfungen Hintergrund: Zuständigkeit zahlreicher BMG-Referate ohne Koordination</p> <p>„Pandemic Key Indicators“ ist keine gute Übersetzung, Begriff ist international anders besetzt. Das Wort „pandemic radar“ hat Minister erfunden, sollte nicht geändert werden. Kontakte über Selbsttests zu informieren ist als Vorbereitung auf zukünftige Pandemien sicher sinnvoll, bei breiter Community Transmission nicht mehr. Zeitpunkt zu spät, zum jetzigen Zeitpunkt würde die App gar nicht mehr grün werden. Sensitiveres Detektieren wurde bereits vor einem ¾ Jahr vorgeschlagen. Minister ist stark an Produkt interessiert, finanzielle Ressourcen jedoch limitiert. Fachaufsichten haben eigene Vorstellungen. Integration von Selbsttest nötig, um CWA weiterhin als Werkzeug zur Pandemiebekämpfung einsetzen zu können. Menschen verändern deshalb ihr Verhalten (im science blog nachzulesen) Die Diskussion ist wichtig, zeitlich in diesem Rahmen nicht möglich.</p> <p><i>ToDo: Einladung zu extra Termin zur Diskussion der offenen Punkte Angegebene Eckdaten zur Missbrauchsbeschränkung sinnvoll.</i></p>	<p><i>Haas</i></p> <p><i>Schmich</i></p> <p><i>Mielke</i></p>
<p>6</p>	<p>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</p> <p>Ergebnisse aus der Mental Health Surveillance (hier) Literaturreview zur Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie</p>	<p>FG26 (Eicher)</p>



	<p>Hintergrund: Auswertung GEDA-Daten (Erhebung und Auswertung von Daten) und Anfang 2021 Literaturreview. BMG wurde umfassender Bericht vorgelegt, auch zu Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Fokus war Einschätzung der Verlässlichkeit der eingeschlossenen Studien: wie aussagekräftig wird in Deutschland zur psychischen Gesundheit geforscht.</p> <p>Kategorie I: Primärdaten zur psychischen Gesundheit Kategorie II: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten</p> <p>-> Kontinuierliches Literaturreview</p> <p>Beobachtungszeiträume von allen Studien</p> <p>Vor allem zu Beginn der Pandemie viel Forschung</p> <p>Inhaltliches Spektrum der Studien</p> <p>Indikatoren umfassen verschiedene Outcomes</p> <p>Vor allem Ergebnisse zum Versorgungsgeschehen und Mortalität (46%), außerdem zur aktuellen Symptomatik einer psychischen Störung (29%), zur positiven psychischen Gesundheit (13%) und zur psychischen Belastung (12%)</p> <p>Synthese "Aktuelle Symptomatik einer psychischen Störung" - Vergleiche zu präpandemischen Vergleichswerten</p> <p>Auffallend: vor allen für frühe Pandemiezeiträumen werden Ergebnisse berichtet.</p> <p>Vergleich der GEDA-Auswertung mit Literaturreview</p> <p>Kein Anstieg in 1.Welle, in Plateauphase 2020 gleichbleibend oder rückläufig, Anstieg von akuter Symptomatik im Herbst 2020, dann uneindeutig, Anstieg in anderen Studien nur bis Mitte 2021.</p> <p>Zu neueren Messzeitpunkten wird es bald ein Update im Krisenstab geben.</p> <p>Fazit</p> <p>Daten zu psychischer Gesundheit decken Pandemieverlauf nicht umfassend ab.</p> <p>Aussagekräftige Studien bzw. Publikationen über Entwicklungen in der Bevölkerung sind selten.</p> <p>Aktualität veröffentlichter Ergebnisse ist gering.</p> <p>Projektförderung bis Mitte nächsten Jahres, monatliche Berichte ans BMG, 2023 soll Projekt mit Publikation abgeschlossen werden.</p> <p>Weitere Förderung ab Mitte 2023 unklar</p> <p>Erste Ergebnisse der Follow-up-Befragungen in den Corona-Monitoring Studien (Long COVID in CoMoBu-II) Wurde auf Lage-AG-Sitzung am 26.10. verschoben</p>	<p>FG25 (Poethko-Mueller)</p>
<p>7</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung kein Anpassungsbedarf</p> <p>Belastung Gesundheitswesen sollte im weiteren Verlauf evtl. angepasst werden.</p>	<p>Abt. 3</p>



8	Expertenbeirat (<i>montags Vor-, mittwochs Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)	
9	Kommunikation BZgA Gemeinsame Grippekampagne mit RKI startet demnächst Am 20. Oktober Pressemitteilung hierzu Presse (nicht berichtet) P1 (nicht berichtet)	BZgA (Ommen) Presse P1
10	RKI-Strategie Fragen Allgemein (nicht berichtet) RKI-intern (nicht berichtet)	Alle Abt. 3
11	Dokumente Stand der Dokumente für Einrichtungen im Gesundheitswesen und Alten- und Pflegeeinrichtungen Im Zuge der IfSG-Änderungen sollten Dokumente rechtzeitig angepasst werden. Wird noch zurückgehalten. Gesetzlicher Standard ist, dass FFP-2 Masken auch von Betreuten getragen werden sollen. Noch gibt es Auslegungsdifferenzen und Interpretationsspielraum. Vom BMG wurde Handreichung für Ländern, wie mit Maskenpflicht umgegangen werden soll, versprochen. Wartet noch auf Freigabe, Unmut in Ländern. Auch das Dokument zum Entlassmanagement wurde in Frage gestellt. Es gibt keine Anzeichen, dass Impfungen an Ausscheidungen etwas ändern. Keine Evidenz für Änderungen. Weitere Dokumente werden überarbeitet, §28b IfSG ist schwierig einzuarbeiten. Bewertung ist aus fachlicher Sicht immer noch richtig. Die fachlichen Empfehlungen werden beibehalten, solange es keine anderslautende Anweisung vom BMG gibt. Dokumente werden im Moment so belassen, auch noch keine Sprachregelung im BMG.	Abu Sin Brunke Arvand Mielke Hamouda Abu Sin
12	Labordiagnostik (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
13	Klinisches Management/Entlassungsmanagement Abschließende Beratung: Testanlässe/ Testkriterien: Anpassung der Testanlässe und Flussschema für Ärzte (hier)	ZBS7/ FG36 (Mielke)



	<p>2 Dokumente: Flussdiagramm zu Testkriterien und erläuternder Text Wurde in AG Diagnostik geprüft, Anpassungen an Lage sinnvoll Zur Kenntnis: Punkt 5 bei Testkriterien wurde gekürzt „Verdachtsfall meldepflichtig“ soll blau und nicht rot sein. Ausfall statt Störung des Geruchs- und Geschmackssinns Indikation zur antiviralen Therapie bei ambulantem Management ergänzt Maßnahmen bei Symptomen: häusliche Isolierung für 5 Tage. Es geht um nicht nachgewiesene COVID-Infektionen, im Wochenbericht Formulierung 3-5 Tage <i>ToDo: Damit Formulierung einheitlich ist, schickt Hr. Haas Hr. Mielke genaue Formulierung zu.</i> Anschließend über Fr. Niebank zur Aktualisierung an Webmaster</p>	Haas
14	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet</p>	FG14
15	<p>Surveillance nicht berichtet</p>	FG 32
16	<p>Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet</p>	FG38
17	<p>Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet</p>	FG38
18	<p>Wichtige Termine keine</p>	Alle
19	<p>Andere Themen Nächste Sitzung: Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:59 Uhr