



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 03.01.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Muna Abu Sin |
| ○ Lars Schaade | ! FG38 |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Ute Rexroth |
| ! Abt. 1 | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Martin Mielke | ○ Claudia Siffczyk
(Protokoll) |
| ! Abt. 2 | ! ZBS7 |
| ○ Michael Bosnjak | ○ Christian Herzog |
| ○ Thomas Ziese | ○ Michaela Niebank |
| ! Abt. 3 | ! MF 1 |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Thorsten Semmler |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! MF3 |
| ○ Janna Seifried | ○ Nancy Erickson |
| ! FG14 | ! MF4 |
| ○ Mardjan Arvand | ○ Martina Fischer |
| ! FG17 | ! P1 |
| ○ Djin-Ye Oh | ○ Ines Lein |
| ! FG32 | ! Presse |
| ○ Michaela Diercke | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG33 | ! ZIG |
| ○ Ole Wichmann | ○ Johanna Hanefeld |
| ! FG34 | ○ Mikheil Popkhadze |
| ○ Viviane Bremer | ! ZIG1 |
| ! FG35 | ○ Anna Rohde |
| ○ Klaus Stark | ! BZgA |
| ○ Hendrik Wilking | ○ Andrea Rückle |
| ! FG36 | |
| ○ Walter Haas | |
| ○ Udo Buchholz | |
| ○ Silke Buda | |
| ○ Stefan Kröger | |
| ! FG37 | |



TO P	Beitrag/ Thema <i>Strategiefragen vorgezogen, inkl. FG 36-Bericht zu int. Daten zu Omikron</i>	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.066.412 (+40.043), davon 111.219 (+414) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 205/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.537.455 (74,0%), mit vollständiger Impfung 59.035.690 (71,0%), mit Boosterimpfung 31.008.690 (37,3%), Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 1. HB: dtl. Anstieg (7-T.-Inz: 513,6/100.000), SH: Anstieg; HH leichter Anstieg; SA, TH: leicht rückläufig Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 2. 8 LK > 500/100.000 EW 3. Im Fokus weiterhin BB, SN, SA, TH 4. Höchste Inzidenz in Ilm-Kreis 866/100.000 EW Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche 5. Inz. der 5-11Jährigen rückläufig; 15-34 Jährigen leichter Anstieg; generell sonst. Inzidenzen in Altersgruppen Niveau wie in Vorwochen Hospitalisierungsinzidenz: Niveau analog zu Vorwoche Diskussion: Fallzahlen derzeit nicht belastbar, Feiertage, Ferien In USA ebenso kommuniziert: Rückgang durch verändertes Verhalten der Bevölkerung während der Festtage, reduzierter Anzahl von Testmöglichkeiten und Testungen Allgemeine Trends bleiben gültig Exakte Fallzahl nicht abbildbar; Rückgang v.a. durch Inz.-Rückgänge in BL mit hohen Inzidenzen in vielen BL noch Ferien, deshalb z.B. keine Testungen von SchülerInnen; wie genau sich das auswirkt, mögl. Auswirkungen der Ausbreitung von Omikron derzeit noch nicht sichtbar</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>EinreiseVO Bemerkung von Hr. Rottmann: Anpassung der EinreiseVO diskutieren; Exitscreening denkbar, analog zu and. Ländern; ggf über Antigentests (PCR-Testkapazitäten begrenzt); einheitliches System für alle Gebiete wäre hilfreich; Anfragen zu wegfallenden Testungen im Flughafenbereich und wegfallenden Handlungsoptionen kamen auch aus München Evidenz, im frühen Stadium, bei frühzeitiger Verringerung der Mobilität wird Ausbreitung neuer Erreger verlangsamt, dies auch politisches Ziel</p> <p>To Do: Anpassung der EinreiseVO vorbereiten; FF: ZIG, FG38 Krisenmanagement, Einbeziehung AG Diagnostik; Entwurfsvorlage wird erarbeitet und zirkuliert, Diskussion im Krisenstab</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Kurze Ergänzung zu Unsicherheiten in Bezug auf Omikron-Variante in Bezug auf Effektivität der Impfung und Dauer des Impfschutzes und zur Schwere der Erkrankung durch Omikron im Vgl. zu Delta UR ergänzt und zirkuliert bis MI Ergänzung</p>	Abt. 3, alle FG 38, alle
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Treffen zukünftig regelmäßig Di, 12:30 Uhr Ggf. zukünftig eigene Meinungsabgabe des Gremiums denkbar Vorbereiten: Daten zu Omikron, Omikron-Lage (SK, Matthias adH) Zuarbeit FG 33 zur Matrix; Hinweis zum living systematic review im RKI</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Merkblatt zum Impfen für 5-11 Jährige Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen und im Gesundheitswesen Mailing zu verschiedenen Materialien an den ÖGD, an Kita-Träger (Aushang + Anschreiben), sowie Schulen (Aushang + Anschreiben)</p> <p>Presse</p> <p>Anfragen bzgl. Zunahme von Erkrankungen unter Geimpften häufen sich in Presse aber v.a. bei impfkritischen Gruppen Um Klarstellung im Wochenbericht bzw. Verlinkung im Wochenbericht zu VOC-Bericht erbeten</p> <p>P1: kein Beitrag</p>	BZgA Presse P1



<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>RKI-intern</p> <p>Ergebnisse der Ministerrücksprache zur Quarantäne, Kritis und Impfpflicht am 31.12. und 03.01. Update on hospitalisation and vaccine effectiveness (UK: \rki.local.daten\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-01-03_Lage-AG_Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf: Situation nicht auf Situation in D übertragbar UK: Exponentielle Fallzunahme übertrifft Inzidenzzunahme voriger Wellen deutlich (150-200.000 Fälle/Tag); Hospitalisierungsrisiko Omikron vs. Delta: Omikron um ca 50% geringeres Hospitalisierungsrisiko (Hazard Ratio: 0,53 95%CI: 0,50-0,57; allerdings nur eingeschränkte Aussage zu schweren Verläufen möglich aufgrund der Einschlusskriterien für Studienpopulation) Case fatality 4x geringer im Vgl. zu Delta <20 Jährige: Anteil schwerere Verläufe über die Wellen gleichgeblieben (Vermutung: geringe Anzahl Geimpfter in dieser AG) VE Schutz vor symptomatische Infektionen für Omikron niedriger als für Delta; dtl. Abfall nach 5-9 WO im Vgl. zu Delta; nach 20 WO keine (2-D-AstraZeneca) bzw. nur 10% (2-D-mRNA) Schutzwirkung; (mRNA-Booster erhöht VE auf ca 55% (Biontech) bzw. 70% (Moderna), nach 10+WO Abfall auf 40%/50%) VE Schutz vor schweren Verläufen: nach 2 Dosen 2-24 WO ca. 72%; nach 3 Dosen nach 5-9 Wochen ca 88%: bei schweren Verläufen leichtes waning beobachtbar, dennoch Schutzwirkung entspricht Studie von Fergusson (22.12.2021)</p> <p>To Do: Fergusson-Studie an Benjamin Meyer (Modellierungen) weiterleiten</p> <p>Änderung der Isolierungsdauer Vorschläge aus Diskussion mit BMG zur Quarantäne/Entisolierung/KriTis Hr Schaade hat Änderungen zirkuliert (Email heute) Anmerkung zu höherem Risiko Genesener i. Vgl. zu Geimpften Diskussion: Breiter Abstimmungsprozess mit verschiedenen Fachgremien führte zu anderem Ergebnis als Beschluss der politischen Gremien; sollte bei Veröffentlichung zukünftig klar kommuniziert werden, dass es nicht mehr um rein fachliche Empfehlung des RKI, sondern um Beschlüsse der GMK/BMG/politischer Ebene handelt, die entschieden Fachliche Bedenken in Kommentaren begründen (z.B. zur mang. Eignung des CT als Kriterium für Entisolation) und Synopsis beifügen</p>	<p>VPräs, alle</p> <p>FG36/FG37</p> <p>FG36</p> <p>FG36</p> <p>alle</p>
-----------------	--	---

	<p>To Do: Synopse der heutigen Diskussion mit dem BMG in Tabellenform mit Kommentaren; FF Tabellenentwurf: FG37 (Ursprungstabelle wird von FG 36 zV gestellt); Kommentierung u. Ergänzung durch FGs, Entwurf an Hrn. Schaade vor Wtrl. an das BMG</p> <p>Frist: heute Dienstschluss</p>	FG 37, alle
8	<p>Dokumente</p> <p>nicht berichtet</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>nicht berichtet</p> <p>ZBS1</p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>nicht berichtet</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.01.2022, 11:00, via Webex</p>	

Ende: 14:42 Uhr





Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 05.01.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG34
! Institutsleitung	○ Viviane Bremer
○ Lothar H. Wieler	! FG36
○ Lars Schaade	○ Walter Haas
○ Esther-Maria Antão	○ Silke Buda
! Abt. 1	○ Stefan Kröger
○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 2	! FG37
○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns
! Abt. 3	! FG38
○ Osamah Hamouda	○ Ute Rexroth
○ Tanja Jung-Sendzik	! MF2
○ Nadine Litzba (Protokoll)	○ Torsten Semmler
○ Janna Seifried	! MF4
! ZIG	○ Martina Fischer
○ Johanna Hanefeld	! P1
! FG14	○ Christina Leuker
○ Mardjan Arvand	! P4
○ Melanie Brunke	○ Susi Gottwald
! FG17	! Presse
○ Ralf Dürrwald	○ Ronja Wenchel
! FG21	! ZBS7
○ Wolfgang Scheida	○ Christian Herzog
! FG25	○ Michaela Niebank
○ Christa Scheidt-Nave	! ZIG1
! FG32	○ Anna Rohde
○ Michaela Diercke	! BZgA
! FG33	○ Andrea Rückle
○ Ole Wichmann	

○





	<p>26. 0-4-Jährige: RSV-bedingte Erhöhung geht kontinuierlich zurück.</p> <p>27. 4-14- und 14-34-Jährige: Zahl der SARI-Fälle wie in den Vorjahren.</p> <p>28. Bei Älteren geht die Anzahl und der Anteil der COVID-19-Diagnosen zurück. Anzahl der SARI-Fälle bei >60-Jährigen auf dem Niveau der Vorjahre.</p> <p>29. Vergleich Herbst 2020/2021: Im letzten Jahr sind die COVID-SARI-Fälle weiter angestiegen, insbes. bei >60-Jährigen, dieses Jahr fallen sie seit 49 KW ab. Auch die COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung und die Verstorbenen gehen seit KW48 zurück.</p> <p>Kita-/Schulausbrüche</p> <p>30. Aufgrund der Ferien hat die Anzahl der Ausbrüche stark abgenommen. Feriendichte ist bei 100%</p> <p>31. Anteil der Kinder nimmt zu und Anteil der Erzieher nimmt ab, möglicherweise aufgrund der zunehmenden Auffrischimpfung.</p> <p>32. In Schulen v.a. jüngere Altersgruppen (AG6-10) betroffen, wahrscheinlich wg nicht vorhandener Impfung.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien hier KW 51: 65 Einsendungen, Positivenanteil 45% SARS-CoV-2-Anteil auf 10,9% gestiegen, stärkstes Virus im Sentinel, am häufigsten bei >60 Anteil der Geimpften nimmt zu, ab dem 3. Monat nach Impfung kaum Unterschiede im Ct-Wert 2 Omikron-Nachweise Anstieg bei Influenza zu verzeichnen. Aus Labor Berlin 5 Nachweise (H3N2), davon eine Doppelinfection (H3N2/SARS-CoV-2) Endemische Coronaviren: Anteil OC43 rückläufig, 229E stabil. Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren stabil, RSV-Welle beendet, Parainfluenza niedriges Niveau, meist Parainfluenza-4.</p> <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: 33. Omikron in KW51 in Genomsequenzierung: 20%, übereinstimmend mit IfSG-Daten, aber Cave: geringere FZ 34. Omikron in KW52 in IfSG-Daten: 44,3% Übermittelte Omikron-Fälle: 35. Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 35.529 (Stand 04.01.22), stetiger Anstieg der FZ 36. Abb. Omikron-Fälle wurde verändert zu Fällen pro 100.000 Ew. wird so auch in den Wochenbericht übernommen. Beschreibung der übermittelten Fälle: 37. v.a. 15-34- und 35-59-Jährige, Anteil der Hospitalisierten und Gestorbenen steigt</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p>Impfung: 38. Für 52% der Omikron-Fälle lagen Informationen im Meldesystem vor: 21,7% nicht geimpft, 9,5 unvollständig geimpft. Mehrzahl (45,6%) vollständig geimpft. Modell: Anstieg des Anteil in der Stichprobe: 39. Daten bis 28.12. berücksichtigt, Trend verändert sich, Beginn der Welle PCR+Seq. in BL für KW 52: 40. Anteil der Typisierungen in den BL unterschiedlich –Anteil der Fälle bei denen ein variantenspezif. Test durchgeführt wird in TH bei 3%, in BY hingegen bei 42% Die Übermittlung der Daten in DESH erfolgt etwas zeitverzögert, evtl. muss hier nochmal sensibilisiert werden. Relativ viele nicht richtig gelabelt, müssen aus Analyse rausgenommen werden.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister & SPOCK Folien hier Behandelte COVID-19-Fälle/Neuaufnahmen: 41. 3562 Personen auf ITS behandelt (Stand 05.01.2022), Reduktion im Vgl. zu Vorwochen 42. Neuaufnahmen auf ITS auch deutlich zurückgegangen, gleichzeitig noch hohe Todeszahlen Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: 43. In vielen BL Reduktion oder Plateau 44. In HH leichter Anstieg in ITS-Belegung, SH auch möglicher Anstieg 45. Nord-östliche BL: Rückgang in den letzten Wochen, nun Plateau 46. Mitte: TH auf hohem Plateau (33%), SN starker Abfall, trotzdem nun bei 30% 47. Süd: Starker Rückgang 48. Trotzdem 5 BL über 20%, 13 BL über 12% Behandlungsbelegung nach Schweregrad: 49. Leichtere haben stärker abgenommen, wie auch in Wellen zuvor. 50. Bei ECMO bisher keine Reduktion. 51. Invasiv beatmet sind immer noch über 2000 Patienten und Patientinnen Einschätzung Betriebssituation & Beatmungssituation: 52. Bewertung “Eingeschränkt” rückläufig, freie invasive Beatmungskapazitäten gehen auch wieder hoch Entwicklung Altersgruppen 53. Rückgang oder Plateau in den meisten Altersgruppen Omikron-ITS-Fälle 54. Die meisten Fälle Delta oder unbekannt, Anstieg Omikron seit 22.12. sichtbar, aktuell 22 Omikron Fälle auf ITS in System gemeldet. SPoCK: 55. Deutschlandweit Reduktion prognostiziert, aber in den Kleblättern wird im Norden wieder ein Anstieg prognostiziert</p>	
		<p>MF2 (Semmler)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>



	<p>International</p> <p>Folien hier 7-Tage-Inzidenz/100.000 EW EU/EWR 56. Viele Länder Westeuropas haben inzwischen eine Inzidenz >1000/100.000 Ew 57. In den Zeitreihen der ausgewählten Länder sieht man die jeweils steil, ansteigende Kurve. Unter den Abb. die jeweils zuvor geschätzte Omikron-Prävalenz mit Datenstand</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es die Möglichkeit bei DESH ein Pflichtfeld zur Eingabe einzuführen, damit fehlende Infos übermittelt werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Problem ist, dass die primärdiagnostizierenden Labore die Daten den sequenzierenden Laboren nicht übermitteln. Primärdiagnostizierende Labore müssten sensibilisiert werden. <p><i>ToDo: Problematik soll in der AG-Diagnostik am 11.01. diskutiert werden. (Mielke, Semmler)</i></p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p>
<p>2</p>	<p>Internationales</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<p>4</p>	<p>4. Absatz wird geändert zu „Die Omikronvariante ist deutlich übertragbarer als die früheren Varianten (z.B. Deltavariante). Es gibt erste Hinweise auf eine reduzierte Effektivität und Dauer des Impfschutzes gegen die Omikronvariante. Die Datenlage hinsichtlich der Schwere der Erkrankungen durch die Omikronvariante ist noch nicht ausreichend. allerdings zeigen erste Studien eher einen geringeren Anteil an Hospitalisierten im Vergleich zu Infektionen mit der Deltavariante. Das Gesundheitswesen und auch weitere Versorgungsbereiche können durch den erwarteten Fallzahlenanstieg dennoch stark belastet werden.“</p> <p>Letzter Abschnitt unter „Hintergrund“</p> <p>5. „...es ist zu befürchten, dass es bei weiterer</p>	<p>Alle</p>



	<p>Verbreitung der Omikronvariante in Deutschland wieder zu einer weiteren Zunahme schwerer Erkrankungen und Todesfällen kommen wird...“ wird geändert zu „...es ist zu befürchten, dass es bei weiterer Verbreitung der Omikronvariante in Deutschland wieder zu einem erneuten Anstieg der schweren Erkrankungen und Todesfällen kommen wird – schon aufgrund des erwarteten massiven Anstiegs der Fallzahlen – ...“</p> <p>Im Abschnitt „Empfehlungen“ wird Schutzwirkung der Impfung präzisiert:</p> <p>6. „Die Impfung bietet aktuell grundsätzlich einen guten Schutz gegen die Infektion und insbesondere gegen schwere Erkrankung und Hospitalisierung durch COVID-19.“ wird geändert zu „Die Impfung bietet grundsätzlich einen guten Schutz vor Infektion und insbesondere gegen schwere Erkrankung und Hospitalisierung durch COVID-19; die Schutzwirkung – insbesondere hinsichtlich milder Infektionen - lässt allerdings nach wenigen Monaten nach, so dass sie durch eine Auffrischimpfung wiederhergestellt werden muss.“</p> <p>Empfehlung zu Influenza:</p> <p>7. In Abschnitt „Empfehlungen“ wurde folgender Halbsatz hinzugefügt „...und helfen auch dabei, auch die Krankheitslast durch weitere akute Atemwegsinfektionen wie die Influenza zu reduzieren.“</p> <p>8. Im Abschnitt „Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems“ wird ebenfalls auf die Belastungen durch die steigende Influenza-Aktivität hingewiesen</p> <p>Im Abschnitt „Krankheitsschwere“ wird ein Halbsatz zum Hospitalisierungsrisiko ergänzt: „erste Studien zeigen im Vergleich mit Infektionen durch die Deltavariante ein geringeres Hospitalisierungsrisiko.“</p> <p>Die Auswirkungen außerhalb des Gesundheitswesens (große Anzahl erkrankter, nicht arbeitsfähige Personen) soll entsprechend der Darstellung im Wochenbericht eingefügt werden.</p>	
--	--	--



<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Intensive Diskussionen zu Impfungen und Krankheitsschwere bei Omikron, Diskussionen zu 1G und 2G+ (plus Test) Haushaltsstudie aus Dänemark wurde vorgestellt. Tiermodelle zeigen geringere Betroffenheit der Lunge, aber kann im Menschen anders sein, ebenso wie Ergebnisse zum Entry in Zellkultur. Wunsch nach bundeseinheitlichen Regeln. Vertrauliche Besprechungsinhalte wurden an Presse weitergegeben. Es hört eine große Anzahl von Personen zu. Erneute Sitzung zur Besprechung der Geschäftsordnung heute Abend, 05.01.22. Haltung zu Masken im Expertenrat ist pro, höherer Stellenwert als zuvor. Ggf. Überarbeitung der Stellungnahme hinsichtlich der Belastung der Normalstationen im KH</p>	<p>Präs</p>
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Kein Beitrag</p> <p>Presse</p> <p>! Wegfall des Disclaimers ab 06.01.2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eigentlich sollte der Disclaimer erst nächste Woche entfallen, aber ab 06.01. ist die Hälfte der BL nicht mehr in den Ferien, Arztpraxen sind wieder geöffnet und gegen Ende der Woche wird ein stabileres Bild der Daten erwartet. ○ Von Presse ist der Disclaimer dahingehend überinterpretiert worden, dass die Daten gar nicht mehr aussagekräftig sind. Dies ist so nicht der Fall. ○ In diesem Jahr waren die Feiertage auf dem Wochenende, daher auch etwas andere Situation. ○ Es besteht eine große öffentliche Erwartungshaltung, dass das RKI in dieser Woche verlässliche Daten vorlegen. ○ Es wird keine große Korrektur der Daten nach oben erwartet, da die, die sich letzte Woche nicht haben testen lassen, nun auch nicht mehr getestet werden. ○ Im Wochenbericht könnte man ggf. die Einordnung gesondert vornehmen, statt als allgemeinen Disclaimer. <p>ToDo: Disclaimer zum 06.01.2022 vom Dashboard, von der Fallzahl-Seite, dem Lagebericht und Wochenbericht entfernen. (Presse, LZ)</p> <p>! Botschaft für Twitter aus Wochenbericht für 06.01.2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Info, dass die Daten darauf hinweisen, dass Omikron in Kürze vorherrschende Variante ist und Wichtigkeit der Auffrischimpfung und Kontaktreduktion auch um Influenzawelle zu verzögern. ○ Dies soll so kommuniziert werden, dass jeder 	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel), alle</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>individuell seine Kontakte reduzieren soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelles Paper von FG37 und FG33 soll gesondert getwittert werden. <p>P1</p> <p>Diskussion über vorgestellte Grafik zu COVID-Fällen und COVID-Todesfällen: Wunsch nach deutlicher Darstellung, um von Wirkung der Impfung zu überzeugen, für Twitter Da Todesfälle später gemeldet werden und in 4. Welle die Daten noch unvollständig sind, sollte dies besser später kommuniziert werden. Darstellung suggeriert Monokausalität, die so nicht gegeben ist. Besser altersstratifiziert, da in Wellen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen betroffen waren. Vielleicht besser altersadjustierter Rückgang der Case fatality gegenüber zunehmenden Impfquoten. Oder Fall-Verstorbenen-Anteil nach Meldewoche und Altersgruppe. Alternative wären Grafiken wie sie derzeit schon im Wochenbericht berichtet werden (angelehnt an CDC), liegt altersstratifiziert vor Wenn diese Grafik, dann besser in ein Diagramm und dann für Todesfälle „hineinzoomen“</p>	<p>P1 (Leuker), Präs, alle</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>„Korrektur: NACHBERICHT: Übersicht_Quarantäne_Isolierung_nach_BMG_Besprechung“ Entisolierungsschema nicht für Patienten im KH-Kontext, dort soll auf Entisolierungspapier verwiesen werden. Dies muss entsprechend angepasst werden. Das Papier soll sich nur auf Patienten und Patientinnen im stationären Bereich bzw. auf Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen beziehen Ggf. ist noch ein weiteres Papier für die Entisolierung im ambulanten Bereich nötig, Entwicklung muss abgewartet werden. Papier wurde entsprechend angepasst. Änderungen inhaltlich Wichtig ist Unterscheidung, dass Entisolierung gemeint ist und nicht Entlassung. Patienten und Patientinnen können auch entlassen werden und in Isolierung in häuslichem Kontext gehen, ggf. Hinweis in Fussnote. Im Ggs. zu Papier für Allgemeinbevölkerung soll statt Symptommfreiheit nachhaltige Besserung eingefügt werden. Weitere Anpassungen (Ct-Wert etc.) werden für KH-Kontext nicht übernommen. Auf Abstimmung in KRINKO wird verzichtet, da inhaltlich keine Änderungen durchgeführt wurden.</p> <p><i>ToDo: ZBS7 überarbeitet das Papier entsprechend der</i></p>	<p>VPräs, ZBS7 (Herzog), AL1, FG14 (Arvand)</p>



	<p>Diskussion und sendet es an Hr. Mielke.</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>ZBS1</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG17 ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</p> <p>Siehe unter „Strategie“</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG14
13	<p>Surveillance (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>Austausch mit CDC (05.01.; 13-14 Uhr; TN: Fg17+FG36, BMG) RKI wurde vom CDC zu Austausch angesprochen, zur Frage Isolierung/Quarantäne, syndromische Surveillance, Schwerpunkt Omikron, FG17 und FG36 und weitere nehmen teil. HSC Meeting (05.01.; 11-13 Uhr; TN FG38, BMG) Maria an der Heiden nimmt teil. Es gab eine Abfrage zur Quarantänedauer bei Omikron bei der sich das BMG äußern wird.</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 07.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Ende: 13:15



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Freitag, 07.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Stefan Kröger	
	○ Lars Schaade	○ Silke Buda	
	○ Lothar Wieler	○ Walter Haas	
	○ Esther-Maria Antão	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 1	○ Udo Buchholz	
	○ Martin Mielke	○ Luise Goerlitz	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns	
	○ Thomas Ziese	○ Muna Abu Sin	
!	Abt. 3	!	FG 38
	○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden	
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	○ Claudia Siffczyk	
!	ZIG	!	MF
	○ Johanna Hanefeld	○ Torsten Semmler	
!	FG14	!	P1
	○ Melanie Brunke	○ John Gubernath	
	○ Mardjan Arvand	!	Presse
!	FG17	○ Maud Hennequin	
	○ Djin-Ye Oh	!	ZBS1
!	FG21	○ Andreas Nitsche	
	○ Patrick Schmich	!	ZBS7
	○ Wolfgang Scheida	○ Christian Herzog	
!	FG 31	○ Michaela Niebank	
	○ Göran Kirchner	○ Agata Mikolajewska	
!	FG 32	!	ZIG1
	○ Michaela Diercke	○ Anna Rohde	
!	FG 33	○ Sarah Esquevin	
	○ Ole Wichmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG34	!	BZgA
	○ Viviane Bremer	○ Martin Dietrich	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>Folien hier Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenstand: WHO, 06.01.2022 ○ Fälle: 296.496.809 (+73,8% im Vergleich zu Vorwoche) <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stark ansteigender Trend in allen Ländern 2. Fast 100% Steigerung in USA, Frankreich 3. Starke Steigerungsraten auch in Italien und Indien <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. In allen Regionen der Welt großer Zuwachs an Fällen 5. Zunahme vorrangig in Europa und amerikanischen Ländern 6. In Afrika starker Anstieg der gemeldeten Todesfälle, deutliche Untererfassung der Fallzahlen. <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) – UK - Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Entkoppelung Fallzahlen und Hospitalisierungen verglichen mit Alpha Welle <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron)–Frankreich- Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Peak der Vorwellen bei Fallzahlen deutlich überschritten <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) – USA - Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. ICU Belegungen nähern sich stark dem vorherigen Peak an. <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. SurvNet übermittelt: 7.417.995 (+56.335), davon 113.632 (+264) Todesfälle 1. 7-Tage-Inzidenz 303,4/100.000 Einw. 2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,15/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 5,96/100.000 EW 11. Fälle auf ITS: 3.445 (-116) 12. Impfmonitoring: Erstimpfungen 61.930.498 (74,5%), Zweitimpfung 59.574.879 (71,6%), Auffrischimpfungen 	<p>ZIG 1 (Rohde)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>34.570.045 (41,6%)</p> <p>13. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehr deutlicher Anstieg in Bremen 2. Auch in Hamburg, Berlin und Schleswig-Holstein deutlicher Anstieg 3. In fast allen BL ansteigender Trend, noch nicht in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen <p>14. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kein LK mit Inzidenz >1000 2. Aber 26 LK mit Inzidenz >500 3. Vor allem nördliche BL betroffen, Brandenburg <p>15. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vor allem 20-29 und 10-19-Jährige betroffen 2. In älteren AG nicht ganz so hoch <p>16. Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlauf Übersterblichkeit relativ ähnlich wie Verlauf COVID-19 Fälle 2. Nicht leicht zu interpretieren: COVID oder auch andere Todesursachen? <p>Nimmt 5.Welle Fahrt auf?</p> <p>17. Kann man so sagen. Anteil Omikron vermutlich schon > 50%, steiler Anstieg in nördlichen BL, Omikron-Welle hat begonnen.</p> <p>18. Intensivbelegung vergleichbar mit vorigen Wellen. Es ist damit zu rechnen, dass wir Peak erreichen oder evtl. noch überschreiten.</p>	
2	Internationales (nur freitags) ! (Nicht berichtet)	ZIG
3	Update digitale Projekte (Folien hier) (nur freitags) ! (Nicht berichtet)	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung ! (Nicht berichtet)	Alle



	<p>symptomatischer Fälle in den Meldedaten, Anteil der Erkrankten, die einen Arzt aufsuchen, Befragung von betroffenen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich COVID-19 im Krankenhaus: Hospitalisierungsinzidenz aus Meldedaten und ICOSARI <ol style="list-style-type: none"> 11. Nicht alle COVID-Fälle im KH sind enthalten, sondern nur SARI-Fälle. 12. Gute Passgenauigkeit in Phasen mit geringer Krankheitslast, vermutlich Untererfassung in Hochinzidenzphasen im Meldesystem. 13. Publikation kurz vor Einreichung 14. Verschiedene Altersgruppen: Bei 5-14 Jährigen wurde ein großer Teil der Kindern primär aufgrund von anderen Diagnosen aufgenommen. 15. Validierung über viele Jahre an Gesamterfassung der Hospitalisierung durch DESTATIS ○ Vergleich im ambulanten Bereich: Symptomatische Erkrankungen aus Meldedaten und SEEDARE (Arztinformationssystem): <ol style="list-style-type: none"> 16. Gute Passgenauigkeit mit Inzidenz symptomatischer Meldefälle, sobald die Belastung stark ansteigt möglicherweise Untererfassung im Meldesystem. 17. Vorsichtige Schätzung der Betroffenheit in der Gesamtbevölkerung: COVID-ARE/Arztgehrate bei 0-4 Jährige am höchsten (gehen früher zum Arzt, RSV-Welle). 18. Schätzung der Fälle in der Bevölkerung deutlich höher, vermutlich näher an Dunkelziffer als in Meldedaten. ○ Zusammenfassung <ol style="list-style-type: none"> 19. Inzidenzschätzung mittels syndromischer Surveillance ist möglich. 20. 3 Surveillancesysteme + weitere Daten 21. Aktuell auf nationaler Ebene 22. Ersetzt nicht Information des Meldesystems 23. Wichtige Ergänzung des Lagebilds, weniger abhängig von Teststrategie und -verfügbarkeit ! Antigennachweise und Hospitalisierungsgrund im Meldesystem <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch Antigenteste sollen übermittelt werden, ohne Bestätigung ist die Referenzdefinition nicht erfüllt. ○ Anteil Fälle mit Antigennachweis ist in Niedriginzidenzzeiten höher, nimmt dann wieder ab. ○ Aus vielen Antigennachweisen wird später ein Fall. Zusätzlich gibt es Antigentests, die nicht zu einem Fall wurden, wahrscheinlich weil kein weiterer Test durchgeführt wurde. ○ 64 Kreise haben keine Antigennachweise übermittelt, weitere 80 Kreise nur sehr wenige (Kapazitätsgründe). ○ Grund der Hospitalisierung wird erfasst (aufgrund von COVID, einer anderen Ursache), ist aber nicht gut ausgefüllt. 24. Zurzeit viele Anfragen zur Hospitalisierungsinzidenz 	<p>Diercke</p> <p>Schmich, Kirchner</p>
--	---	---



	<p>! CWA (2.Folie hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neuinfektionen und Warnende matchen gut miteinander, über Weihnachten und Neujahr weniger starker Rückgang in CWA (geglättete Zahlen). ○ In CWA sind Antigentests und PCR Tests enthalten. ○ Wäre es sinnvoll die Zahl der Warnenden in die Berichterstattung zu integrieren? <p>25. Es wird ein relativ konstantes Verhältnis zwischen Nutzenden und Bevölkerung angenommen, ca. 1/6, beim Teilungsverhalten des pos. Testergebnis $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$.</p> <p>26. Über Datenspende gibt es auch regionale Informationen.</p> <p>27. Die Symptomatik wird zur Berechnung des Übertragungsrisikos abgefragt.</p> <p>28. CWA wird nicht repräsentativ genutzt, bietet deshalb Angriffsfläche, eher als Zusatzinformation.</p> <p>! Kann, wenn aufgrund der steigenden Zahl die GA mit den Meldungen nicht mehr nachkommen, ein Algorithmus gefunden werden, um diese Abweichung zu berechnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel ist das Abbilden der Krankheitslast. Symptomatische Infektionen und Krankheitslast können gut dargestellt werden. ○ Verhältnis asymptomatischer und symptomatischer Infektionen ist eher wissenschaftliche Frage im Hintergrund. <p>! Soll syndromische Surveillance verpflichtend werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele Limitationen durch Freiwilligkeit. Aber mit aktuellen Mitteln nicht umsetzbar. Sollte sorgfältig diskutiert werden, welcher Bereich mit welcher Geschwindigkeit entwickelt werden könnte und welche Ressourcen dafür notwendig wären. ○ Surveillance-Instrumente müssten verstetigt und ausgeweitet werden. ○ Immer mit DEMIS-Anbindung, syndromische Surveillance, kann nicht in kurzer Zeit massiv ausgeweitet werden. ○ Mittel- und langfristige Planung soll nicht aus dem Auge verloren werden, verbindliche Beteiligung der Ärzte wurde schon versucht und ist gescheitert. ○ Einbringung in den Expertenrat ist möglich, vorher sollte eine klare Vision über die Zukunft bestehen. <p>! Bedarf der Öffentlichkeit ist nicht vollumfänglich durch syndromische Surveillance zu befriedigen. Meldesystem ist weiterhin notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antigentests könnten zusätzlich ausgewiesen werden um den Trend besser abzubilden. Jedoch keine Vollerfassung der Antigentests: Testzentren sind nicht an DEMIS angeschlossen, viele Kreise weisen sie nicht aus, Gipfel wird deshalb abgeschnitten. <p>! Übergang in Endemiephase, alles was für Influenza gemacht wird, wird auch für COVID nötig sein, regelmäßige Charakterisierung der Viren, molekulare Surveillance.</p>	<p>Wieler</p> <p>Haas</p> <p>Haas</p> <p>Oh</p> <p>Eckmanns</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Virologische Surveillance sollte auch gestärkt werden. Im Moment sind Kinderarztpraxen noch überrepräsentiert, wird gerade in Hinblick auf internistische Praxen ausgeweitet. ! Jetzt ist akute Phase relevant und nicht langfristige Pläne. Für jedes Systeme muss überlegt werden, wie es reagieren wird, wenn es weniger PCR-Ergebnisse gibt. ! Bei Meldesystem bleiben, mit anderen Systemen Korrekturen einarbeiten. <ul style="list-style-type: none"> ○ Positiven Anteil in ARS heranziehen, um eine Aussage zu machen, wieweit das Geschehen unterschätzt wird, evtl. wird positiven Anteil dann ansteigen. ○ In DEMIS ist Information vorhanden, was von Laboren an GA übermittelt wird. ○ Ursachen für Untererfassung liegen nicht nur bei GA, Ärzte testen z.B. nicht mehr alle Familienmitglieder. ○ Antigennachweise sollten mit ausgewiesen werden. Erfassen viele LK im Moment aber nicht, Kapazitätsfrage. Daten sind schwer zu bewerten. ○ Syndromische Surveillance soll Meldesystem nicht ersetzen. Es können Aussagen zu Erkrankungen gemacht werden. Virologische Surveillance, ARS und Testzahlerhebung sind weitere Bausteine. ! Kurzfristig ist Kommunikation zentral: Fokus muss von Meldezahlen weggelenkt werden. Anzahl Infektionen ist nicht mehr der entscheidende Faktor. Hospitalisierung und Auslastung der Gesundheitssysteme sind entscheidend, deshalb ist syndromische Surveillance wichtig. ! Fokus liegt auf Vermeidung der Überlastung des Gesundheitswesens. Die Daten hierfür liegen alle vor. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein Faktor x um auszurechnen, wie viele Leute infiziert sind, wird nicht zu finden sein, ist aber auch nicht zentral. ○ Kommunikative Herausforderung ○ Zusatznutzen durch aus den Arztpraxen stammende Daten in ARS? Entweder Berechnung einer adjustierten korrigierten Inzidenz oder weg von der Inzidenz? Hr. Haas ist mit FG37 in Kontakt, nicht ganz so trivial in der Interpretation. ○ Meldedaten sind notwendig um Situation vor Ort zu steuern. ○ Korrektur auf nationaler Ebene durch syndromische Surveillance. Wichtige Daten und ergänzende Interpretation zur Einordnung der Meldedaten sind aktuell verfügbar, Fokus auf Hospitalisierung. ! Inzidenzen mit Korrekturfaktor zu versehen ist eher nicht erwünscht. <ul style="list-style-type: none"> ○ Korrekturfaktor könnte eingeführt werden um damit das Meldesystem zu stärken. ! Die absehbare Untererfassung durch Testmangel muss kommuniziert werden. Alleiniger Fokus auf Inzidenz in Öffentlichkeit sollte gebrochen werden <ul style="list-style-type: none"> ○ Meldedaten sind nicht dazu gedacht alle Fälle zu erfassen, sie sollen Trends abbilden. Es sind andere Instrumente vorhanden um das Infektionsgeschehen zu interpretieren. ○ Im Wochenbericht sollen weiter Meldezahlen berichtet 	<p>Buda</p> <p>Hamouda</p> <p>Mielke</p> <p>Haas</p> <p>Eckmanns</p>
--	---	--



	<p>werden + zusätzliche Instrumente für Interpretation. <i>ToDo: Verfassen eines leicht verständlichen Textes, wie sich die Situation entwickeln wird, evtl. mit Korrekturfaktor (Hr. Eckmanns); Bericht soll ans BMG geschickt werden; nächste oder Anfang übernächster Woche Initiieren eines Hintergrundgesprächs mit der Presse (FF Presse) FF Hr. Hamouda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll das Papier zu den Testkriterien geändert werden? Testung nicht mehr bei jeder respiratorischen Symptomatik? <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostik für Erkrankungen, Antigentests für Management ○ Aktuell kein Grund, reguliert sich über Zugang zum Arztsystem, nicht jeder wird mit seinen Beschwerden zum Arzt gehen. Sollte im Moment nicht verändert werden, hat sich so bewährt. Wenn das nicht mehr realisierbar ist, kann auf qualitativ hochwertige Antigenteste umgestiegen werden. ! Mantelverordnung: Änderung Einreise-VO und Schutzmaßnahmen Ausnahme-VO ! Einreiseverordnung <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird gerade in vielen Ländern verändert. Im Moment Unterscheidung in Virusvariantengebiete und Hochinzidenzgebiete, Abkehr von Hochrisikogebieten gewünscht. ! Aktualisierungsvorschlag (hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag: AG-Testung vor Einreise aller ab 6 Jahren, Testung nach Einreise der Ungeimpften ○ BMG möchten vermutlich Ausnahmen für Geboosterte für 3 Monate. Geimpfte müssen irgendwelche Privilegien erhalten, dies muss in Einreiseregulierung enthalten sein. ○ Vereinfachung der Verordnung ist sinnvoll. ○ Was ist der Zusatznutzen? Bei Virusvariantengebieten der Zeitgewinn. Wenn überall Omikron verbreitet ist, welchen Zusatzbeitrag stellt die Testung der Einreisenden dar? Jeder, der sich in Deutschland befindet, soll bei Symptomen die Kontakte reduzieren, außerdem regelmäßige Testung in Schulen und bei KH-Einweisungen. ○ Abkehr der Ausweisung von Hochrisikogebieten für einen Zeitraum von 3 Monaten, damit entfällt jegliche Form von Nachweispflicht für Reisende aus diesen Gebieten. ○ Hinweis zur Kontaktreduktion in den folgenden 10 Tagen ist sinnvoll, Zusatznutzen durch Tests fraglich. Ist rein politische Entscheidung, kein Sinn aus epidemiologischer Sicht. ! Votum für Aussetzung der Hochrisikogebiete, Virusvariantengebiete bleiben. ! Aktualisierung der Schutzmaßnahmen Ausnahme-VO <ul style="list-style-type: none"> ○ Künftig soll bei der Definition von Genesen, Geimpft und Geboostert auf das Kontaktpersonenmanagementpapier verwiesen werden. ○ Genesenen-Nachweis soll an internationales Verfahren 	<p>Mielke</p> <p>Hanefeld</p> <p>Mielke</p>
--	--	---



	<p>angepasst werden, nach 14 Tagen für 180 Tage, geknüpft an PCR-Test. Soll im Moment weiterhin wörtlich so in der VO stehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verordnung kann nur durch Bundestag und Bundesrat geändert werden. Deshalb wäre der Wunsch auf die RKI Seiten zu verweisen. Wenn dort eine Seite zum Genesenen-Nachweis vorhanden ist, könnte diese überarbeitet werden. ○ Es besteht eine höhere Flexibilität, wenn keine Zeiten genannt werden. ○ Auf RKI-Seite werden Beschlüsse zitiert, gemäß Beschluss der MPK von [Datum] für Kontaktpersonenmanagement. ○ Laut Minister werden Genesene nur noch für 3 Monate von der Quarantäne ausgenommen. Genesenendefinition muss mit BMG besprochen werden. ○ Wer vollständig geimpft ist, wird auf PEI-Seite definiert. ○ Das Papier ist beim RKI zur Kommentierung. ○ Verweis aufs Kontaktpersonenmanagement des RKI: bei Übereinstimmung mit MPK-Beschlüssen unproblematisch, was ist bei Nicht-Übereinstimmung? <p>! Muss schnell geändert werden. Verweis auf unsere Seiten, umfasst eigene Meinung des RKI und MPK Beschlüsse, Bewertung soll aus Dokument entfernt werden. -> Wird nachberichtet</p> <p>! Entisolierung Kontaktpersonenmanagementpapier: für Allgemeinbevölkerung und KRITIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Isolation und Quarantäne 7 Tage mit anschließender Testung oder 10 Tage, 48 Stunden Symptomfreiheit ○ Papier bezieht sich nicht auf Patienten und Bewohner von Pflegeheimen, hier kann auf Entisolierungspapier verwiesen werden. ○ Einigkeit beim Papier zur Entisolierung (hier) ○ Härtere Maßnahmen für KRITIS als für Allgemeinbevölkerung. Beeindruckend weitgehend, nach 7 Tagen Freitestung mit Antigentest aus Isolation für Allgemeinbevölkerung; für KRITIS Erschwerung und nicht Erleichterung. War zunächst nur für Geimpfte gedacht, gilt jetzt für alle. ○ Bei kürzerer Inkubationszeit gleiche Risikoreduktion wie nach 10 Tagen, serielle Reduktionszeit relativ kurz, entspricht dem, was vorgeschlagen wurde . ○ Tabelle mit Omikron-Daten sollte neu berechnet werden. ○ Ist nur zur Kenntnisnahme, wurde ausgiebig mit Minister und sonstigen Beteiligten diskutiert. Auf RKI Seite wird der MPK-Beschluss zitiert. <p>b) RKI-intern</p>	<p>Herzog Eckmanns</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente (nur freitags) ! (Nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>



9	Update Impfen (nur freitags) ! (Nicht berichtet)	FG33
10	Labordiagnostik (nur freitags) ! (Nicht berichtet)	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Antivirale Therapeutika gegen SARS-CoV-2 (Aufgabe aus dem Krisenstab v. 24.11.2021, ID 4635) (Folien hier) ○ Insgesamt wenige Daten zur Prophylaxe ! Neutralisierende monoklonale Antikörper ○ Zu Casirivimab/Imdevimab liegen am meisten Daten vor. Relative Risikoreduzierung (RRR) von 70% bei Therapie, 81% bei PEP, 93% bei PrEP (nicht an Immunsupprimierten getestet, nur Phase 1). Dauer der Infektion nach Verabreichung von Antikörpern deutlich kürzer. ○ Regdanvimab: zugelassen, aber in Deutschland nicht verfügbar; Therapie: 54% RRR ○ Sotrovimab: zugelassen, soll in Kürze in Deutschland verfügbar sein; Therapie: 79% RRR; auch als Prophylaxe denkbar ○ Tixagevimab / Cilgavimab: bedingte Zulassung in USA, könnten gut für Prophylaxe geeignet sein; 83% RRR als PrEP ○ Wirksamkeit bei Omikron-Variante 29. Casirivimab, Imdevimab wirken nicht. 30. AZD7442: widersprüchliche Daten 31. Sotrovimab wirkt mit relativer Sicherheit. ! Orale Antivirale Medikamente ○ Molnupiravir: Kann über Großhandel von Apotheken angefordert werden und auf Rezept in der Frühphase bis 5 Tage verabreicht werden; 30% RRR. Es liegen noch keine Daten zur Prophylaxe vor . ○ Nirmatrelvir und Ritonavir: Ist voraussichtlich ab Januar verfügbar; Daten aus Pressemeldungen: bei Hochrisikopatienten: 89% RRR, mit Standardrisiko 70% RRR, viele Bedenken bzgl. Medikamenteninteraktionen ○ Wirksamkeit bei Omicron-Variante 32. Scheinen Wirksamkeit zu behalten. ! Public Health Perspektive ○ Keine geeignete Substanz für breite Anwendung ○ Patientenpopulation mit Risiko für schweren Verlauf wurde auf ca. 10 Mio. geschätzt. ○ Patientenpopulation für PrEP wird auf ca. 65 Tsd. geschätzt. ○ Erzielter Benefit 33. nmAb: ca. 70-89% RRR 34. Molnupiravir: ca. 30% RRR (Einschränkungen!) 35. Paxlovid: ca. 89% RRR (Einschränkungen!) ○ Risiken: Nebenwirkungen; Virale Mutagenese? VOC? Resistenzentwicklung? ○ Verfügbarkeit begrenzt	ZBS7 Mikolajewska



	<p>! In STIKO wird das Thema der Prophylaxe mit mAB und Antiviralen Medikamenten zunächst depriorisiert. <i>ToDo: Ergebnisse mit Fokus auf Prophylaxe in STIKO vorstellen, FF Fr. Mikolajewska</i></p> <p>! Ist Publikation in geeignetem Rahmen angedacht?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Evtl. im Ärzteblatt, war als Stellungnahme gedacht. o Nach Vorstellung in STIKO: Veröffentlichung nicht als Empfehlung, sondern als Darstellung des Sachstandes 	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	
13	<p>Surveillance <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 10.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:38 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 10.01.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG36
! Institutsleitung	○ Udo Buchholz
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
○ Lars Schaade	! FG37
○ Esther-Maria Antão	○ Tim Eckmanns
○	! FG38
! Abt. 1	○ Ute Rexroth
○ Martin Mielke	○ Maria an der Heiden
! Abt. 3	○ Renke Biallas (Protokoll)
○ Osamah Hamouda	! ZBS7
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Michaela Niebank
○ Janna Seifried	! MF2
! FG14	○ Thorsten Semmler
○ Mardjan Arvand	! P1
○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Marieke Degen
! FG21	! ZIG
○ Wolfgang Scheida	○ Johanna Hanefeld
! FG32	! ZIG1
○ Michaela Diercke	○ Anna Rhohde
! FG34	! BZgA
○ Viviane Bremer	○ Oliver Ommen
○ Matthias an der Heiden	! Weitere
	○ Joachim-Martin Mehlitz



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.535.691 (+25.255), davon 114.029 (+52) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 375,7/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.047.137 (74,6%), mit vollständiger Impfung 59.787.106 (71,9%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bremen, Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein höchste 7TI mit ansteigenden Trend 2. Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt absinkender oder stagnierender Trend 3. Infektionsgeschehen vermehrt im Norden Deutschlands <p>Hospitalisierungsinzidenz: 3,37 / 100.000 EW Hospitalisierungsinzidenz, >60: 5,93 / 100.000 EW Anzahl der Kreise mit 7-TI >50/100.000: 411/411 Anzahl der Kreise mit 7-TI >500/100.000: 50/411 Anzahl der Kreise mit 7-TI >1000/100.000: 2/411</p> <p>Diskussion:</p> <p>Der Rückgang der Fallzahlen in Thüringen, Sachsen Sachsen-Anhalt ist wahrscheinlich nicht auf eine verringerte Testaktivität zurückzuführen.</p> <p>Anpassung R-Wert-Berechnung für Omikron</p> <p>Folien hier Vor dem Hintergrund einer deutlich verringerten Generationszeit (~2 Tage) der Omikron-Variante wurde eine Änderung der Berechnungsgrundlage für den R-Wert diskutiert Der Einfluss der verringerten Generationszeit auf den R-Wert ist erheblich Die Evidenz zur Generationszeit der Omikron-Variante ist noch zu unsicher, um eine abschließende Festlegung vorzunehmen</p> <p>Diskussion:</p> <p>Die Änderung der Berechnungsgrundlage, sowie deren Darstellung, muss durchgeführt werden, jedoch ist der optimale Zeitpunkt, v.a. in der aktuellen Lage, noch nicht geklärt. Spätestens sobald Omikron die eindeutig dominante Variante ist sollte die Umstellung erfolgen. Die Kommunikation zu den vorgenommenen Änderungen + Erläuterungen sollte möglichst zeitnah erfolgen (nächste Woche, wenn möglich) Ein Disclaimer wäre möglich, z.B. aufgrund der beobachteten verkürzten Generationszeit kann sich der R-Wert zeitnah</p>	<p>FG32</p> <p>Matthias an der Heiden</p>

	<p>durch Verbreitung der Omikron-Variante ändern FAQ und Beispielrechnungen müssten auch angepasst werden</p> <p>ToDo: Kommunikation zur Änderung der Berechnungsgrundlage des R-Werts vorbereiten (z.B. im Wochenbericht), dazu auch Recherche zur Evidenz der Generationszeit der Omikron-Variante. Entsprechend sollen die mathematischen Modelle und Rechenbeispiele angepasst werden. Ziel ist die Fertigstellung kommende Woche.</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Initiativbericht Datengrundlage Omikron</p> <p>Wird heute an s BMG versandt. Das einzelfall-basierte Meldesystem könnte in der kommenden Lage (stark steigende Fallzahlen und begrenzte Testkapazitäten) an seine Grenzen gelange. Ergänzende Surveillance-Systeme ermöglichen jedoch weiterhin aussagekräftige Daten zu erfassen, auf Basis dessen Entscheidungen getroffen werden können Eine Anpassung des Wochenberichts wird zeitnah diskutiert Eine Erläuterung der Limitationen des Meldesystems, sowie des Nutzens der ergänzenden Systeme soll erfolgen, z.B. im EpiBull und andere wissenschaftliche Veröffentlichung</p> <p>Diskussion: Zurzeit werden Daten zur Testkapazität erhoben. Diese könnten am Mittwoch vorgestellt werden.</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</p> <p>Tagesordnung für das kommende Treffen ist noch nicht veröffentlicht Geschäftsordnung wird finalisiert Das Thema Kommunikation soll diskutiert werden und es soll eine Stellungnahme zu diesem Thema geben</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Eine Übersicht über Informationsmaterialien wurde zusammengestellt Ein Merkblatt die Impfung von Kinder ab 5 Jahren wurde erstellt und wird in verschiedene Sprachen übersetzt Eine Infoplakat für KiTas zur Impfung bei Kindern wurde erstellt Ein Merkblatt „Wie verhalte ich mich in der kalten Jahreszeit“</p>	BZgA



	<p>wird bald veröffentlicht Ein Merkblatt für Pflegekräfte soll bald publiziert werden</p> <p>Presse</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>P1</p> <p>Auf Twitter wurden die Begriffe Isolation und Quarantäne erklärt</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
8	<p>Ergebnis Ressortabstimmung COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und Coronavirus-Einreiseverordnung</p> <p>Gemäß der kommenden geänderten Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung (ab 14.01.2022) soll das RKI ausweisen, unter welchen fachlichen Bedingungen ein Genesenennachweis gültig ist</p> <p>Diskussion:</p> <p>Der präferierte Test zur Feststellung einer Infektion bleibt weiterhin der PCR-Test Die 28 Tage nach dem Beginn der Symptomatik bzw. dem ersten Nachweis per PCR bei asymptomatischen Fällen, soll weiterhin als Mindestintervall weiter bestehen bleiben – Vorschlag durch Ministerium war eine Reduktion auf 14 Tage Die neuen MPK-Beschlüsse haben bereits teils Empfehlungen des RKI berücksichtigt. So auch der maximale Abstand zum Auftreten der Symptomatik oder 1. Test von 180 Tagen (3 Monaten) In der neuen SchuAusnahmV werden Geimpfte Genesene (Geimpfte mit einer Durchbruchinfektion oder Genesene, die eine Impfung im Anschluss an die Erkrankung erhalten haben), egal wie viel Zeit zwischen der Ereignissen vergangen ist, von den Maßnahmen ausgenommen -> dem liegt keine fachliche Empfehlung des RKI zugrunde Webseite mit Empfehlungen bzgl. des Genesenenstatus soll entworfen werden und es soll darauf geachtet werden, dass auch auf das Dokument zur MPK verwiesen wird</p> <p>ToDo: Auftrag an Abt. 3 & FG 33 zur Zusammenstellung des Dokuments,</p>	<p>Alle</p> <p>Schaade</p>



Ende: 14:13 Uhr



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 12.01.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Viviane Bremer |
| o Lothar H. Wieler | ! FG36 |
| o Lars Schaade | o Silke Buda |
| o Esther-Maria Antão | o Stefan Kröger |
| ! Abt. 1 | o Kristin Tolksdorf |
| o Martin Mielke | o Udo Buchholz |
| ! Abt. 2 | ! FG37 |
| o Michael Bosnjak | o Tim Eckmanns |
| ! Abt. 3 | ! FG38 |
| o Osamah Hamouda | o Ute Rexroth |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Petra v. Berenberg
(Protokoll) |
| o Janna Seifried | ! MF2 |
| ! ZIG | o Torsten Semmler |
| o Johanna Hanefeld | ! MF4 |
| ! FG14 | o Martina Fischer |
| o Melanie Brunke | ! P1 |
| ! FG17 | o Christina Leuker |
| o Ralf Dürrwald | ! P4 |
| ! FG21 | o Susi Gottwald |
| o Wolfgang Scheida | ! Presse |
| ! FG25 | o Ronja Wenchel |
| o Christa Scheidt-Nave | o Marieke Degen |
| ! FG32 | o Michaela Diercke |
| o Michaela Diercke | ! ZBS7 |
| ! FG33 | o Claudia Schulz-Weidhaas |
| o Thomas Harder | ! BZgA |
| | o Andrea Rückle |
| ! FG34 | |





	<p>Beatmungen), dadurch Freisetzung von Kapazitäten</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Verfügbarkeit steigt 8. Personalmangel geht zurück 9. Insgesamt setzt sich aktuell der Entlastungstrend fort <p>Entwicklung nach Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Rückgang bei 70-79 und 80+Jährigen stärker als bei 50-59Jährigen, z.T. durch höhere Sterblichkeit beim Älteren begründet 11. Behandlung auf ITS ohne COVID-Symptomatik: Beim 0-17Jährigen 17% <p>Omikron-ITS-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. 41 Fälle (letzte Woche 22 Fälle) <p>Impfstatus bei Neuaufnahme</p> <p>Seit 14.12. wird der Impfstatus erfasst (Auftrag BMG)</p> <p>Daten von 9669 Fällen (90%) liegen vor:</p> <table border="0"> <tr> <td>Ungeimpft</td> <td>61,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig geimpft</td> <td>22,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig + Auffrischung</td> <td>5,8%</td> </tr> <tr> <td>Teilimmunisiert</td> <td>8,8%</td> </tr> <tr> <td>Genesen ohne Impfung</td> <td>0,8%</td> </tr> </table> <p>SPoCK-Prognose</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Erstmals wieder leichter Trend nach oben für die BL im Norden und Osten, Plateau für die BL im Süden, Südwesten, Westen 14. Übergangs-/Trendumschwungsphase seit Kurzem, Umschwungdaten noch wenig, Prognosen werden in 2 Wochen wieder verlässlicher <p>Syndromische Surveillance</p> <p>Folien hier</p> <p>Grippe Web:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. ARE-Rate von KW 52 zur KW 1 gesunken 2,6 % (Vorwoche: 3,1 %), bei Erwachsenen Niveau des Vorjahres, bei Kindern über Vorjahresniveau, aber in beiden AG deutlich unter Werten vor der Pandemie 16. Insgesamt 2,2 Millionen ARE in Deutschland <p>ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Üblicher Anstieg um den Jahreswechsel 18. Niveau der Konsultationsinzidenz 1000/100.000 EW entspricht den vier Vorjahren 19. SEED^{ARE}: Anstieg der ARE -Arztbesuche mit COVID-Diagnose auf 157/100.000 EW 20. SEED^{ARE} nach Altersgruppen: Anstieg seit KW 1 besonders bei 15-34Jährigen, aber auch bei 34-59Jährigen <p>ICOSARI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. 0-4-Jährige: 38%, RSV-bedingte Erhöhung geht weiter zurück, Rückgang auch in den anderen Altersgruppen 22. SARI-Fallzahlen sind insgesamt stabil geblieben, unter vorpandemischem Niveau <p>COVID-19 leicht rückläufig bei 80+Jährigen</p> <p>Vergleich Hospitalisierungsinzidenz ICOSARI/Melddaten</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Bei Kindern liegen die Melddaten über ICOSARI-Daten 24. Bei Älteren liegen während der Wellen die ICOSARI-Daten 	Ungeimpft	61,8%	Vollständig geimpft	22,8%	Vollständig + Auffrischung	5,8%	Teilimmunisiert	8,8%	Genesen ohne Impfung	0,8%	FG36 (Buda)
Ungeimpft	61,8%											
Vollständig geimpft	22,8%											
Vollständig + Auffrischung	5,8%											
Teilimmunisiert	8,8%											
Genesen ohne Impfung	0,8%											



	<p>höher als die Meldefälle (Zeitverzug/Untererfassung dort bei hohen Fallzahlen) Kita-/Schulausbrüche 25. Kita: Seit dem Jahresbeginn (und mit Abklingen der Ferien) wieder leichter Anstieg zu erkennen 26. Schule: Ebenfalls wieder leicht ansteigender Trend seit KW 1/2022 (bisher 19 Ausbrüche übermittelt, 17 davon aus SN)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>Folien hier KW 1/22: 120 Einsendungen, Positive über alle Altersgruppen (außer 0-4Jährige) gleichmäßig verteilt SARS-CoV-2-Anteil 11%, Omikron-Anteil bis KW 52/21 auf 36% gestiegen Influenza: H3N2 Anstieg auf 5 % gestiegen (überwiegend bei 5-15-Jährigen) Endemische Coronaviren: Anteil OC43 am stärksten (13%), NL63 und 229E auf niedrigem Niveau stabil Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren rückläufig, RSV-Welle beendet, Parainfluenzaviren rückläufig, HMPV Anstieg auf 7%</p> <p>Testzahlerfassung am RKI</p> <p>Folien hier Steigerung auf 1,5 Millionen Tests in der letzten Woche, Positivenanteil fast 23% Laborauslastung: noch im Rahmen, steiler Anstieg der Probenzahlen wird jedoch berichtet, bspw. Berlin hatte täglich so viele Proben wie sonst in einer Woche, mit einem Positivenanteil von 40% Abfrage der Kapazitäten-Steigerungsmöglichkeiten PCR: Es wurden Geräte und Personal aufgestockt, eine Steigerung um 1 Million Tests/Woche ist in den nächsten drei Monaten machbar HB: Hat höchste PCR-Kapazität angegeben, möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen Testmöglichkeiten und hohen Fallzahlen dort Laborbasierte AG-Tests: 500.000 Tests/Woche könnten geleistet werden, auch Arztpraxen führen AG-Tests durch Kapazitäten reichen nicht aus, um Proben vor der Auswertung nach Notwendigkeit eines CT-Werts zu sortieren NW: nach Wiederaufnahme der Pooltests hohe Arbeitsbelastung durch derzeit 8% positive Pools Zwischenfrage: Kann ein ergänzender Abschnitt mit dem Hinweis auf Test-Priorisierung gemäß Nationaler Teststrategie in den Wochenbericht aufgenommen werden? Antwort: Ja SARS in ARS Anstieg der Testzahlen in vielen BL, Anstieg auf niedrigerem Niveau in SN, ST, TH Bei im Vgl. zu KW 52 stark gestiegener Testanzahl sinkt der</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Seifried)</p>
--	---	--



	<p>Positivenanteil oder stagniert Zeitverzug zwischen Abnahme und Ergebnis Zunahme in BY, HH, NI, Testanzahl liegt noch unter Vorjahresniveau, könnte hier trotzdem eine Grenze erreicht sein? Testorte 27. Anstieg überall, besonders stark in Praxen, in KH ist das Niveau von vor den Feiertagen wieder erreicht Testinzidenz 28. Anstieg in allen Altersgruppen 29. Positivenanteil relativ stabil 30. Positive/100.000 EW: Anstieg bei den 15-34Jährigen, geringerer Anstieg bei 35-59Jährigen VOC (SARS in ARS) 31. Anteil in ARS 80% 32. Omikron-Anteil an allen Nachweisen 65%</p> <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: 33. „Omikron geht steil“, KW 52 in Genomsequenzierung knapp 60%, in IfSG-Daten (KW 1) >70%, (Delta entsprechend bei 30%) Übermittelte Omikron-Fälle 34. Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 118.298 (Stand 12.01.22), 75,6 Fälle/100.000 EW, geographische Verteilung. Landkarte verdunkelt sich Beschreibung der übermittelten Fälle Hospitalisierungsrate, Verstorbenenrate und Reinfektionsrate sind gering 35. 41% mit vollständiger Impfung, davon >60% mit Auffrischung Trendmodell: Break-Even-Punkt (Omikron=Delta) wurde am 3./4.01.2022 überschritten Hinweis: Bislang keine Verbreitung von B.1.640.* in Deutschland Frage: Könnte nun der tägliche Omikron-Bericht eingestellt werden?</p> <p><i>ToDo: Bericht soll bitte noch bis nächste Woche weitergestellt werden, dann kann er nach vorheriger Rücksprache/Kommunikation eingestellt werden</i></p> <p>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen Mehr als 2000 Sequenzierungen, davon > 700 in der Stichprobe Omikron-Anteil in der letzten Woche: 50% Die kumulative Wachstumskurve von Omikron bei der Verdrängung von Delta hat die Kurve von Alpha bei der Verdrängung des Wildtyps überholt</p>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF2 (Semmler)</p>
--	---	--



	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: Laut dän. Studie finden 30% der Übertragungen in Privathaushalten statt. Auch hinter jedem infizierten Schüler steht ggf. ein infizierter Haushalt. Welche Präventionsmaßnahmen sind möglich? ○ Zustimmung: Auch in NL ungebremstes Wachstum da keine Einschränkungen im privaten Umfeld ○ Es sollte informiert werden: Private Kontakte reduzieren, Narrativ, dass Kinder keine Rolle in der Pandemieentwicklung spielen sollte umgeschrieben werden ○ Zusätzliche Maskenempfehlung: Bei Infektionsfall sollte auch im privaten Haushalt möglichst durchgehend und auch von Kindern eine med. Maske getragen werden ○ Appellieren: bei ARE-Symptomatik eines Mitglieds sollte der ganze Haushalt 5-7 Tage zuhause bleiben ○ 7-Tage-Inzidenzen nach Altersgruppen: Höchste Inzidenzen >1000/100.000 EW liegen bei jungen Erwachsenen (20-29jährige), bei 30-39jährigen etwas niedriger ○ Daten zu Omikron bei Jugendlichen wären wünschenswert ○ Haushalte sollten vermeiden, eine Infektion nach außen zu tragen, insbesondere vulnerable Personen meiden <p>ToDo: Anregungen bitte aufnehmen, Appell an Familien, bei Symptomatik geschlossen zuhause zu bleiben, vulnerable Personen zu meiden und auch im Privathaushalt <u>situationsbezogen</u> eine Maske zu tragen <u>wenn ein Infektionsfall auftritt. Eine zeitliche/ räumliche Trennung bleibt weiterhin grundlegend.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage an M. Fischer: Welche Daten werden für die SPoCK-Prognose herangezogen? ○ Modellierung wird in Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg, IMBI) durchgeführt, Beobachtungen der letzten zwei Wochen werden gelernt, auch sich ändernde Muster werden erkannt/gelernt und einbezogen, zu Beginn einer Musteränderung dauert es etwas, bis ausreichend Daten vorliegen, so dass eine zuverlässige Prognose abgeleitet werden kann ○ Frage an M. Fischer: Durch wen und wie ist der Begriff COVID-Symptomatik definiert? ○ Bei Erwachsenen gilt die ursprüngliche Definition. Patient*innen die bei Aufnahme auf ITS PCR positiv sind werden gezählt, da die Infektion Verlauf und Genesungsprozess auch bei anderen Grunderkrankungen beeinflusst ○ Bei Kindern wurde bisher von den pädiatrischen Fachgesellschaften definiert, es wird jetzt von pädiatrischer Seite aber gewünscht, dass unterschieden wird, um Zufallsbefunde zu erkennen ○ Bisher gibt es keinen Hinweis, dass finanzielle Interessen hierbei eine Rolle spielen 	<p>Alle</p> <p>P1 (Leuker)</p>
--	--	--------------------------------



2	<p>Internationales</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Anpassung der Risikobewertung an die aktuelle Situation</p> <p><i>ToDo: Dokument soll im Krisenstab zirkuliert und in der Krisenstabssitzung am Freitag, 14.01.2022 freigegeben werden</i></p>	FG 38 (Rexroth)
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Frage 1: Welches Veröffentlichungsdatum ist für die Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung/Anordnung von Quarantäne geplant? Voraussichtlich der 15.01.2022 (sicher nicht vor dem 14, 01.2022)</p> <p>Frage 2: Die Bund/Länder-beschlüsse fokussieren stark auf FFP2-Masken in ÖPNV und Einzelhandel. Gibt es dazu eine wissenschaftliche Begründung/Rechtfertigung, ggf. speziell für Omikron?</p> <p>Antwort: Die FAQ „Was ist beim Tragen von medizinischen Masken zur Infektionsprävention von COVID-19 in der Öffentlichkeit zu beachten?“ (www.rki.de/covid-19-faq) wurde am 20.12.2021 überarbeitet und enthält aktuellen Stand und Position des RKI</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Freitag 14.01.2022 findet wieder eine BPK statt ○ Das Presse-Hintergrundgespräch zur Zuverlässigkeit von Meldedaten ist für kommenden Mittwoch, 19.01.2022 geplant ○ Presse-Information zur Veröffentlichung der DIVI-Daten zum Impfstatus ist für dem 13.01.2022 vorgesehen ○ Als Twitterbotschaft geplant: Appell zur Absonderung des ganzen Haushaltes bei einem ARE-Fall in der Familie und aus dem Wochenbericht über Twitter zu verstärken. <p>.....</p> <p>P1</p> <p>Zwei Themen sind in Bearbeitung, in direktem Kontakt mit den entsprechenden Fachabteilungen: VOC (mit S. Kröger, FG 36)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel),</p> <p>P1 (Leuker)</p>



	<p>Gesprächskarten zur Frage „Wie gehe ich mit Impfgegnern um“ (in Koop. mit der Universität Erfurt) Rückfrage zum Thema Masken im Haushalt: Sollen diese nur bei Außenkontakten getragen werden? Tritt im Haushalt ein Fall auf, dann auch innerhalb des Haushalts</p> <p>Zwischenfrage (Buda): Soll im Wochenbericht eine stärkere Ausrichtung auf die syndromische Surveillance erfolgen? <u>Das soll nächste Woche erfolgen,geplant werden</u></p> <p>ToDo: In den -Wochenbericht sollen vorbereitende Anmerkungen zur zukünftigen verstärkten Ausrichtung auf die syndromische Surveillance aufgenommen werden</p>	<p>Buda</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente (nur freitags)</p> <p>Anpassung KPM-Papier (auch. int. KoNa), Umsetzung MPK-Beschlüsse Quarantäne und Isolation, Entlassmanagement und Definition Genesenen-Status Heute, 12.01.2022, findet um 13:30 eine Besprechung mit BMG zur Definition des Genesenen-Status statt, Teilnehmende Rexroth, Harder, Buchholz, Schaade In der Krisenstabssitzung deshalb nur informative Hinweise zum Papier Anpassungen im KoNa-Papier werden nötig (internationale KoNa-Verfolgung ist nicht mehr empfohlen) Definitionen in der Tabelle, die in der MPK erstellt wurde, weichen von der Mantelverordnung ab (z.B. Rechtsrahmen verlangt Orientierung an Testdatum, MPK orientiert sich an Symptomatik) Verkürzung des Genesenen-Status von 6 auf 3 Monate bringt akute Änderung für viele Personen</p> <p><i>ToDo: Für die fachliche Umsetzung (auch in den digitalen Projekten) bitte eine Aufgabe vergeben</i></p> <p>In der Mantelverordnung wird auf RKI und PEI verwiesen, diverse Konstellationen (geimpft-infiziert in unterschiedlicher Anzahl und Reihenfolge) müssen abgebildet werden, in der AGI wurde der Wunsch nach einer Tabelle geäußert Hinweis Harder: STIKO bietet bereits eine solche Tabelle (Tabelle 5) Vorschlag: Durchgemachte Infektion zählt wie eine Impfung, trüge zur Verständlichkeit bei, wird vom Minister abgelehnt,</p>	<p>Alle VPräs, Rexroth, Harder, Alle</p> <p>FG 32 (Benzler) FG 21 (Schmich)</p>



	<p>da Studiendaten darauf hinweisen, dass AK-Status bei Genesenen mit einer Impfung sehr gut ist Janssen-Impfung sollte als eine Impfung gelten Diese Vorschläge entsprechen der Tabelle 5 der STIKO Frage: Zählung ab Symptombeginn oder ab PCR? Am präzisesten ist ab Abnahmedatum der Probe, die zu einem positiven Befund geführt hat zu zählen Genesenen-Status ab wann? BMG befürwortet 14-Tage-Frist, Datenlage erlaubt allenfalls 21 Tage In bisherigen STIKO-Empfehlungen taucht nur eine 28-Tage Frist auf, 21-Tage wären vollkommen neu Auch im Zusammenhang mit Post-COVID- und Long-COVID-Syndromen sind jeweils 4-Wochen-Fristen eingeführt Aus Gründen der Konsistenz und Übersichtlichkeit sollte für 28 Tage argumentiert werden 7-Tage-Quarantäne mit verpflichtendem PCR (quantitativ) für KRITIS-Personal wird von den Ländern kritisch beurteilt Labore werden die Proben nicht nach Bedarf an Ct-Werten sortieren können Alle anderen können sich mit AG-Test freitesten, aber alternative Vorschläge wie bspw. 2 AG-Tests für KRITIS wurden nicht angenommen Hinweis: CT-Wert spielt nur bei der Entlassung aus der Isolation eine Rolle (mit der sorgfältig umgegangen werden muss) nicht bei der Entlassung aus der Quarantäne, hier muss der Test negativ sein Frage: Ab wann kann ein positiver AG-Test für den Genesenen-Nachweis herangezogen werden. Noch hält das RKI am PCR als Goldstandard fest, sollte sich aber Gedanken zu dieser Frage machen In einigen Laboren wird es sehr bald zum Deckelungs-Effekt wegen zu hohen Probenaufkommens kommen Wenn der AG-Test akzeptiert wird, wird auch der AK-Test als ausreichender Nachweis gefordert werden Asymptomatisch Infizierte bilden häufig keine AK, alleinige Genesung führt darüber hinaus nicht zu belastbarer Immunisierung, nur in Kombination mit 1 Impfung Fazit: Kompromisslinie liegt bei AG-Test +Symptomatik, AK-Test als Nachweis soll weiterhin abgelehnt werden</p> <p>Diskussion zum Thema Impfpflicht</p> <p>Hinweis: Mit diesem Thema soll wahrscheinlich der Expertenrat beauftragt werden, der Themen, die in der Zuständigkeit anderer Gremien liegen, eigentlich ungern aufnimmt RKI-Position war bisher die Befürwortung einer Impfpflicht ab 18 Jahre (ohne weitere Überlegungen Stellungnahme zu Sanktionen), gibt es Gegenargumente? Umsetzung ist kompliziert: Impfregerster? Über Meldeämter? Über Krankenkassen? Impfung soll individuellen Schaden abwenden und Krankheitslast im Gesundheitswesen reduzieren, Omikron hat diesbezüglich einiges verändert</p>	<p>Schaade</p> <p>Harder</p> <p>Scheidt-Nave</p> <p>Seifried</p> <p>Mielke</p> <p>Rexroth</p> <p>Schaade</p> <p>Alle</p> <p>Präs</p>
--	---	--



	<p>Verminderung der Transmission durch Impfung ist bei Omikron gering, die Verhinderung schwerer Verläufe jedoch sehr gut gegeben Ein angepasster Impfstoff könnte die Wirkung auf die Transmission verbessern Kontrolle/Sanktionen sind schwierig, Sanktionen sollten locker gehandhabt werden, ggf. ohne zentrale Erfassung Cosmo-Daten zeigen, dass viele Ungeimpfte sich nicht impfen lassen wollen, diese sollten vor sich selbst beschützt werden Menschen zu Ihrem eigenen Wohl zu etwas zu zwingen, ist eher paternalistischer Ansatz, besser Empowerment (PH-Grundgedanke)? Impfung kommt für Omikron-Welle zu spät, aber auch danach wird keine Grundimmunität in der Gesamtbevölkerung vorhanden sein Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte der Impfung, Geimpfte sind in jedem Fall besser geschützt als Ungeimpfte Auch an Long COVID (bzw. die Verhinderung) sollte gedacht werden Kontrollwesen: „Das Bessere ist der Feind des Guten“ Erwartung an RKI ist: Transparenz bezüglich der Entscheidungsgrundlagen und -kriterien. Das Institut sollte keine Haltung zur Impfung einnehmen, sondern transparent die Grundlagen und mögliche Entscheidungskriterien kommunizieren (Beispiel Pockenschutzimpfung: Möglichkeit der Eradikation durch Impfflicht, allerdings umfänglicher Immunschutz durch Impfung) Wichtige Diskussion, RKI sollte zusätzliche Kriterien und Entscheidungsgrundlagen liefern, Entscheidung wird, sollte die Lage endemisch werden, sehr schwierig</p> <p><i>ToDo: FG 33 nimmt die Inhalte und Anregungen dieser Diskussion in die fachgebietsinternen Beratungen auf</i></p>	<p>Mielke</p> <p>FG 33</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>ZBS1</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</p> <p>Siehe unter „Strategie“</p>	<p>ZBS7</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG14</p>



13	Surveillance (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG38
16	Wichtige Termine Nicht besprochen	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 14.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:01



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Freitag, 14.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Silke Buda	
	○ Lars Schaade	○ Udo Buchholz	
	○ Lothar Wieler	○ Julia Schilling	
	○ Esther-Maria Antão	!	FG37
!	Abt. 2	○ Tim Eckmanns	
	○ Michael Bosnjak	!	FG 38
!	Abt. 3	○ Ute Rexroth	
	○ Osamah Hamouda	!	MF2
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Thorsten Semmler	
!	ZIG	!	P1
	○ Johanna Hanefeld	○ Ines Lein	
!	FG14	!	P4
	○ Melanie Brunke	○ Dirk Brockmann	
	○ Mardjan Arvand	○ Benjamin Maier	
!	FG17	○ Angelique Burdinski	
	○ Djin-Ye Oh	!	Presse
!	FG21	○ Ronja Wenchel	
	○ Wolfgang Scheida	○ Marieke Degen	
!	FG 32	○ Susanne Glasmacher	
	○ Michaela Diercke	!	ZBS1
	○ Claudia Sievers	○ Andreas Nitsche	
!	FG 33	!	ZBS7
	○ Ole Wichmann	○ Claudia Schulz-Weidhaas	
!	FG34	○ Michaela Niebank	
	○ Viviane Bremer	!	ZIG1
	○ Matthias an der Heiden	○ Romy Kerber	
	○ Claudia Winklmayr	○ Carlos Correa-Martinez	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		





	<p>verzichtet. Könnte der Rückgang in manchen europäischen Ländern auf Änderungen im Testsystem zurückzuführen sein?</p> <p>15. Aufgrund der sehr dynamischen Lage werden Testregime in vielen Ländern geändert. Deshalb sollten rückläufige Trends mit Vorbehalt betrachtet werden.</p> <p>16. USA erwartet, bald den Peak zu überschreiten.</p> <p>17. BMG will nächste Woche nochmal über Antigentests zur Bestätigung einer Infektion reden.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>18. SurvNet übermittelt: 7.835.451 (+92.223), davon 115.337 (+286) Todesfälle</p> <ol style="list-style-type: none">1. 7-Tage-Inzidenz 470,6/100.000 Einw.2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,23/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 5,25/100.000 EW <p>19. Fälle auf ITS: 2.959 (-91)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Auf Intensivstationen weiterhin Rückgang <p>20. Impfmonitoring: Erstimpfungen 62.288.513 (74,9%), Zweitimpfung 60.272.356 (72,5%), Auffrischimpfungen 38.156.620 (45,9%)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ca. 700.000 Impfungen pro Tag <p>21. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none">1. Massiver Anstieg der Fallzahlen2. Bremen > 1.400, Berlin fast 1.0003. Anstieg der Gesamtinzidenz4. Auch deutlicher Anstieg in Hessen und NRW, Baden-Württemberg, Bayern <p>22. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ol style="list-style-type: none">1. Norden stark betroffen,2. 116 LK mit Inzidenz >5003. In Bremen 8.704 Fälle in 7 Tagen, in Frankfurt am Main 6573 Fälle: hohe Arbeitsbelastung der GA <p>23. Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bei >60-Jährigen kein Anstieg	<p>P4 (Maier)</p>
--	---	-----------------------



	<p>2. Bei 0-59-Jährigen leichter Anstieg zu sehen</p> <p>24. Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <ol style="list-style-type: none">1. Übersterblichkeit geht leicht zurück, engmaschige Beobachtung <p>25. Diskussion mit BMG</p> <ol style="list-style-type: none">1. Engpass bei GA bleiben, egal welche Tests verwendet werden, sinnvoll eher auf syndromische Surveillance zu setzen. <p>Modell Omikron-Welle (<i>nur freitags</i>) (Folien hier)</p> <p>26. P4 in Zusammenarbeit mit FG33 und Hr. an der Heiden haben in letzten 4 Wochen an grober Abschätzung der kommenden Omikronwelle gearbeitet.</p> <p>27. Modellstruktur</p> <ol style="list-style-type: none">1. Unterscheidung Ungeimpfte – Geimpfte, über Zeit variabel2. Impfschutz bei Ungeimpften nicht vorhanden, bei Geimpften pro Variante unterschiedlich.3. Suszeptible können von Infektiösen angesteckt werden, von Zeit, Variante und Kontaktverhalten abhängig.4. Basistransmissibilität je Variante zeitunabhängig <p>28. Daten zu Vakzineffektivität mit FG33 zusammengestellt</p> <ol style="list-style-type: none">1. Datenlage zur Infektion schwach, zur symptomatischen Infektion besser, keine verlässlichen Daten zur Boosterimpfung <p>29. 2 Szenarien:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pessimistische Annahme: Booster wirkt genauso gut wie 2. Dosis2. Optimistische Annahme: Wirksamkeit Booster fällt nicht so schnell ab <p>30. Daten zur Wirksamkeit gegen schweren COVID-Verlauf und ICU vorhanden. Zu Omikron nur Annahmen, keine Daten</p> <p>31. Zahl der Geimpften nimmt über Zeit zu.</p> <p>32. Modell wird an letzter Welle kalibriert, wird an ITS-Belegung angepasst.</p>	<p>Wichmann</p>
--	---	-----------------



	<p>33. Pessimistische Annahme: kein Effekt durch Booster, optimistische Annahme: leichter Effekt gegen Infektion</p> <p>34. Basisszenario: 50% Reduktion bei Omikron bei Hospitalisierungsrate und ITS-Rate</p> <p>35. Diverse Modelllimitationen</p> <p>36. Ergebnisse</p> <ol style="list-style-type: none">1. Generationszeit bei Delta 4 Tage, bei Omikron 3 Tage: mit Anstieg der Inzidenz auf sehr hohe Zahlen, auch bei Hospitalisierungen und ITS Belegung ist zu rechnen.2. Modell sehr sensitiv gegenüber Annahmen zur Generationszeit3. Reduktion in Schwere ggü. Delta nicht ganz klar. Verschiedene Reduktionen der Schwere modelliert. Reduktion um -80% wäre nötig um ITS-Belegung auf Niveau von Dezember zu halten.4. Kontaktreduktionen von -20% gegenüber Dezember hätte große Auswirkungen im Szenario mit kürzerer Generationszeit.5. Sehr starke Kontaktreduktion um -50%, hätte starken Effekt; frühe und lange Kontaktreduktionen hätten den größten Effekt. Im pessimistischen Szenario jedoch starker Rebound-Effekt. <p>37. Fazit</p> <ol style="list-style-type: none">1. Größenordnung 80-90% Reduktion in Schwere der Erkrankung von Omikron nötig, um ITS nicht zu überlasten2. Modell reagiert sensitiv auf Annahmen zur Generationszeit, zur Boosterwirkung3. Modell reagiert nicht sensitiv auf Gesamtzahl der Auffrischungsimpfung (80-100% der vollständig Geimpften)4. Leichte bis strikte Kontaktbeschränkungen können kurzfristig zur Entlastung beitragen, ggf. zu einem Rebound-Effekt führen. <p>38. Untererfassung: Annahmen zur Untererfassung haben Auswirkungen, in Niedriginzidenzphasen 2-3fach, in Hochinzidenzphasen 4-5fach</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bedeutet mehr Fälle: schnelleres Erreichen einer Herdenimmunität bei aktuellem Kontaktniveau,	
--	--	--



	<p>schnelleres Wiederabflachen der Kurve.</p> <p>39. Annahmen Impffortschritt: Was wäre, wenn ab März der Anteil der Geimpften auf 97% durch eine Impfpflicht steigen würden? Extremszenario: Massive Steigerung der Impfquote (mit Blick auf möglich Impfpflicht)</p> <p>40. Wie groß ist die Rolle der Ungeimpften?</p> <p>1. Wenn mehr Menschen geimpft werden, wären Wachstumsraten niedriger. Es wäre möglich, dass ins Modell zu integrieren, im Moment wird die Impfquote nicht gesteigert.</p> <p><i>ToDo: Steigerung der Impfquote in Modell aufnehmen, FF Hr. Maier</i></p> <p>41. Inwieweit sind die Genesenen bisher mit welchem Schutz vor Infektion eingegangen?</p> <p>1. Annahme: alle Menschen, die vor der Deltawelle genesen sind, sind voll suszeptibel, alle, die sich in Deltawelle infiziert haben, voll geschützt.</p> <p>42. Bis wann müssen 80% Auffrischimpfungen erreicht sein, um Dynamik zu verhindern?</p> <p>1. Glockenkurvenfit, falls Booster-Impfung Auswirkungen haben sollte, müsste man das jetzt sehen.</p> <p>43. Externe Kommunikationsstrategie des Modells noch nicht geklärt.</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! Vorbereitung von Laborunterstützung in Montenegro und Madagaskar (noch unklar, ob Unterstützung vor Ort möglich)</p> <p>! Kirgistan: Anfrage zum Austausch im Bereich Labor, evtl. Unterstützung</p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) (nur freitags)</p> <p>! CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ > 40 Mio. Downloads, Interesse ungebrochen ○ Ca. 20.000 Warnende pro Tag ○ Nächster Montag: neue Version ○ Überarbeitungen: Omikron-Anpassung, genaue Zeit- und Ortangabe nach Risikobegegnungen ○ 33.000 Twitter-Follower <p>! CovPass</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 29 Mio. Downloads ○ Herausforderung: Auffrischimpfung 	<p>FG21 (Scheida)</p>



	<p>! Hr. Wichmann ist Vertreter fürs RKI beim Steuerungskreis Kommunikation. Dort ist jetzt neu auch das Bundeskanzleramt und Bundespresseamt vertreten, Federführung unklar. Folien vom Expertenbeirat gehen ein.</p> <p>! Kampagne soll andere Richtung bekommen: von genereller Ansprache der Bevölkerung, hin zu zielgerichteter Ansprache.</p> <p>! Versuch mehr Evidenz in Diskussion einzubringen.</p> <p>! Keine konsistente Kommunikation, alle Inhalte sind vertraulich, doch dann gehen Folien in politisches Alltagsgeschehen ein, bisher wenig evidenzbasiert.</p> <p>Wissenschaftskommunikation</p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	<p>Wieler</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Vorgehen hinsichtlich Diskussion um Datenqualität, Hospitalisierungsinzidenz (Erlass vom BMG bis 13:30 Uhr)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Information: Krankheitsschwere nur aus syndromischer Surveillance zu monitoren reicht BMG nicht, ○ KH melden täglich an Krankenkassen die Aufnahmediagnosen (innerhalb 3 Tagen). ○ Idee diese Daten über DEMIS einzubinden. GA erfahren als Mehrwert, wer hospitalisiert ist. ○ Entscheidung dagegen, da nur Daten zu GKV Versicherten, Datentiefe ist nicht sehr groß, keine Information zum Impfstatus. ○ Vorteil wäre: automatisiert erstellter Datensatz, hoher Grad an Automatisierung. Impfstatus müsste von GA dazu erfasst werden. ○ Andere Möglichkeit Meldeformular ist mit hohem manuellem Aufwand verbunden. ○ Vor- und Nachteile sollten beschrieben werden. Beide Lösungswege sind mit größeren Anpassungen für DEMIS-System verbunden. Nicht in 2 Wochen umsetzbar, auch nicht mit anderen Systemen, eher bis März umsetzbar. 	<p>Alle</p> <p>FG32 (Dierke)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>



	<p>! Multikomponenten-Strategie: Möglichkeiten zur Umsetzung von Empfehlungen zum Containment im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gespräch mit ÖGD-Feedbackgruppe: Kontaktpersonen werden schon lange nicht mehr von GA informiert. Ansprüche an Containment kann im Moment nicht so hoch sein. Mir sehr viel Arbeit wird wenig erreicht. Alle Geboosterten müssen nicht mehr in Quarantäne. ○ Wird schwierig zu kommunizieren. ○ Quarantänefristen wurden geändert. Langfristig sollte über die Multikomponentenstrategie nachgedacht werden. Im Moment geht es darum Kriterien zu vereinfachen. ○ KoNa-Papier: Grobe Struktur für sehr vereinfachtes und verkürztes Papier erstellen: Wer ist Kontakt, wer ist zu priorisieren und zu depriorisieren? ○ Publikationszeitpunkt ist heute Nachmittag: viele kleine Anpassungen, aber keine grundlegenden Veränderungen im KoNa-Papier möglich. ○ MPK-Beschluss wird heute ins Netz gestellt. KoNa-Papier kann auf Grund von Verweisen nicht wegen Überarbeitung von der Webseite genommen werden. ○ Heute Nachmittag wird angepasstes Papier auf Webseite gestellt, keine Diskussion mit BMG mehr möglich. ○ Dann Überarbeitung in Ruhe und Abstimmung mit BMG. Eine Überarbeitung ist sinnvoll. <p>b) RKI-intern</p>	<p>Buda</p> <p>Schaade</p>
<p>8</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rechts- und Papierlage muss der Beschlusslage angepasst werden. Technische Umsetzung in Apps nicht so schnell möglich. Viele Leute, deren Genesung oder Impfung mehr als 3 Monate her ist. Diskrepanz zu Absonderungsausnahmen muss BMG bearbeiten. ○ Bundesrat hat zugestimmt. Kurze Rückfrage beim BMG, ob noch was kommt, sonst Publikation. <p>! Umsetzung in Apps, Anpassung anderer Dokumente?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hr. Benzler und Hr. Schmich werden vom BMG beauftragt. 14-180 Tage sind nicht mehr aktuell, wird sich nicht direkt in Apps umsetzen lassen. ○ Viele andere Dokumente müssen überprüft werden. ○ Wer auf KoNa verweist, muss die Dokumente und FAQs anpassen. ○ Ist das KoNa-Papier soweit fertig, dass es eingestellt werden kann? <p>13. So gut wie fertig. Alle Dokumente kommen von den</p>	<p>Alle</p>



	! GA bitten nicht mehr um Omikrontypisierung	
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! (Nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags) ! (Nicht berichtet)	
13	Surveillance (nur freitags) ! Zur Information: DEMIS Serverkapazitäten wurden erhöht, sind eigentlich gut aufgestellt. Die lokale IT-Infrastruktur in den GA stößt jedoch zum Teil an Grenzen. Hierzu viele Supportanfragen. o Falls mehrere GA über ein paar Tage keine Daten liefern können -> Medienaufmerksamkeit.	FG32 (Dierke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Einstellung der Internationalen Kontaktpersonennachverfolgung ist zum 15.01. geplant. Nachbarländern gehen genauso vor. Wurde bei AGI und EpiLag erwähnt, BMG und internationale Partner sind vorgewarnt. Bisher keine Reaktion vom BMG. o Wurde im KoNa-Papier gestrichen. o Aufwand in internationaler Kommunikation dennoch nicht viel geringer, da jetzt schon mehr Fälle als Kontakte.	FG38 (Rexroth)
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Im Moment viele positiv getestete Mitarbeiter, Mitarbeiter mit positiv getesteten Familienangehörigen oder roten Meldungen in der CWA, deshalb Lagezentrum heute virtuell. ! Nach den neuen Regeln müssten alle Kontaktpersonen, die geboostert sind, nicht in Quarantäne. ! Wer eine Rote Kachel in der CWA erhält, sollte, wenn möglich in Homeoffice arbeiten. Falls das nicht möglich ist, sollte eine individuelle Risikoeinschätzung stattfinden (Tag des Kontaktes wird angezeigt. Wurde z.B. durchgängig Maske getragen?). Arbeit am RKI nur bei geringem Risiko und Sicherheitsmaßnahmen, wie Maske tragen, alleine im Büro. o Anweisung bei roter Kachel zuhause zu bleiben war bisher Empfehlung, kein Betretungsverbot. Anweisung soll geändert werden. ! Sollten symptomlos Infizierte in Homeoffice arbeiten? o Krankmeldung ist nicht durch Arbeitgeber reguliert, Entscheidung des Arbeitnehmers je nach Symptomen, 3 Karenztage darüber hinaus Krankschreibung. o Fürsorgepflicht hinsichtlich Schutz vor Überlastung sollte beachtet werden. ! Empfehlung: Mitarbeiter sollen im Moment Homeoffice möglichst intensiv nutzen, wenn möglich von zuhause arbeiten.	FG38 (Rexroth) Schulz-Weidhaas



16	Wichtige Termine !	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 17.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:07 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 17.01.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung | o Walter Haas |
| o Lothar H. Wieler | o Udo Buchholz |
| o Lars Schaade | o Silke Buda |
| o Esther-Maria Antão | ! FG37 |
| ! Abt. 1 | o Tim Eckmanns |
| o Martin Mielke | ! FG38 |
| ! Abt. 2 | o Ute Rexroth |
| o Thomas Ziese | o Maria an der Heiden |
| ! Abt. 3 | o Renke Biallas (Protokoll) |
| o Osamah Hamouda | o Claudia Siffcyk |
| o Janna Seifried | ! ZBS7 |
| ! FG14 | o Michaela Niebank |
| o Mardjan Arvand | ! MF2 |
| o Melanie Brunke | o Thorsten Semmler |
| ! FG32 | ! P1 |
| o Michaela Diercke | o Christina Leuker |
| ! FG33 | ! Presse |
| o Thomas Harder | o Ronja Wenchel |
| ! FG34 | ! ZIG |
| o Viviane Bremer | o Johanna Hanefeld |
| | ! BZgA |
| | o Linda Seefeld |
| | ! Weitere |
| | o Michael Bosnjak |
| | o Nikheil Popkhadze |
| ! FG36 | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 8.00.122 (+34.145), davon 115.649 (+30) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 528,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.428.260 (75,1%), mit vollständiger Impfung 60.474.763 (72,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein steiler Anstieg der 7TI zeigt sich zurzeit nicht mehr. In einigen BL keine Anstiege mehr oder ein Abflachen der Inzidenzen. 2. Niedrigste Inzidenz in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt 3. Höchste Inzidenzen in Berliner Landkreisen und im Norden in SH 4. Mittlerweile sind die höchsten Inzidenzen bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen sind. Auch bei den 0-4-Jährigen starker Anstieg zu beobachten. <p>Die Hospitalisierungsinzidenz nimmt insbesondere bei den jüngeren AG zu und fällt bei den 60+</p> <p>Diskussion:</p> <p>Wie können die deutlich unterschiedlichen Inzidenzen in den LK erklärt werden, v.a. die neuen niedrigen Inzidenzen, z.B. in Sachsen oder Thüringen Bei den LK mit niedrigen Inzidenzen, wurden sehr hohe Inzidenzen in den Vormonaten beobachtet. Es wäre zu vermuten, dass eine gewisse Immunität in Kreisen besteht, die ein höheres Risiko einer Ansteckung haben. Es ist anzunehmen, dass in diesen BL eine Omikron-Welle zu einem späteren Zeitpunkt eintreten wird Informationen zum Infektionssetting liegen nur noch sehr sporadisch vor. Die Datentiefe nimmt mit den hohen Fallzahlen deutlich ab.</p>	FG32
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur freitags)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Wurde am vergangenen Freitag abgestimmt und veröffentlicht Es könnte sein, dass eine Anpassung / Deeskalation der Risikobewertung schon bald nötig ist</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</p>	

	<p>Im kommenden Expertenbeirat (Dienstag, 18.01.2022), wird die aktuelle Lage und Kommunikation diskutiert. Empfehlungen des Expertenbeirats wird sobald ausgesprochen sehr schnell auf der Seite des BMG veröffentlicht.</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Merkblatt zum Thema „Impfen ab 5“ wurde erarbeitet und wird zurzeit übersetzt. Folgend soll ein Anschreiben an Kitas versandt werden. Die STIKO-Empfehlungen zu Auffrischimpfungen bei Kindern ab 12 wird entworfen. Ein Merkblatt zum Novavax-Impfstoff wird entwickelt.</p> <p>Presse</p> <p>Viele Nachfragen zum Genesenenstatus. Eine Überarbeitung der Internetseite mit entsprechenden Begründungen zu den erfolgten Änderungen wird diskutiert / erarbeitet und liegt schon bei FG33. Am Mittwoch 19.02.2022 findet das Hintergrundgespräch zur Aussagekraft der Fallzahlen statt – unter Teilnahme von Herrn Hamouda</p> <p>P1</p> <p>Material zu den Themen „Maske Tragen im Haushalt“ und „Umgang mit einem Fall im eigenen Haushalt“ wird erarbeitet</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Es bestehen viele Fragen und auch Sorgen bezgl. der neuen Änderungen der veröffentlichten Empfehlungen, die aus der MPK am 07.01.2022 entstanden. V.a. die Änderungen der Dauer des Genesenenstatus und Kontaktpersonenmanagement sollen mit dem ÖGD diskutiert werden Aus dem ÖGD kamen auch Fragen zur vermehrten Nutzung von Antigen-Tests z.B in der Freitestung entsprechend der Entlasskriterien. Es bestehen auch Sorgen bzgl. der zeitlichen Lücken zwischen dem Tag 7 der Entlassung und dem Beginn des Genesenenstatus an Tag 28, da es sich dabei um Personen handelt, die vorher nicht geimpft waren Es bestehen auch Fragen zur Umsetzung der neuen Regelungen in den bestehenden Zertifikaten In der morgigen EpiLag sollen viele der gestellten Fragen diskutiert werden Weiterhin besteht Unverständnis bzgl. der Differenz zwischen der internationalen Einreisebestimmungen (14-180 Tage) in</p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>



	<p>den nationalen Bestimmungen (28-90 Tage) zur Bestimmung des Immunstatus</p> <p>Diskussion:</p> <p>Die Verkürzung des Genesenenstatus wird durch die Evidenz zu einer vermehrten Reinfektion bei Omikron und einer verringerten Schutzwirkung einer vorhergegangenen Infektion bei Omikron begründet.</p> <p>Vor dem Hintergrund der Evidenz zur Omikron-Variante müsste der Genesenenstatus neu diskutiert werden.</p> <p>Die Sonderregeln für das stationäre Setting haben auch schon zu Fragen geführt – es wird kritisch hinterfragt, ob die MPK-Beschlüsse solche Sonderregeln zulassen.</p> <p>Die aktuelle Evidenz zeigt, dass das Zeitintervall der möglichen Ausscheidung des Virus nach einer Infektion mit Omikron nicht geringer als bei anderen Varianten ist. In der Gruppe der Geimpften und jungen gesunden Personen könnte dieses Zeitintervall jedoch verkürzt sein. Davon kann man jedoch im nosokomialen Setting nicht ausgehen. Daher wurden diese Sonderregeln in die Empfehlungen aufgenommen, sodass ein Schutz der gefährdeten Personen in diesem Setting möglichst gewährleistet werden kann.</p> <p>Es besteht Bedarf zur Nachjustierung der Empfehlungen v.a. zu den Regelungen bei Kombinationen aus Impf- und Genesenenstatus. Diese Kombinationen werden vermutlich immer öfter aufkommen und entsprechende Maßnahmen sind schwer nachzuvollziehen (v.a. für die Allgemeinbevölkerung). Daher sind eine gute Kommunikation und Darstellung wichtig. Die STIKO berät sich zurzeit zu diesem Themenkomplex.</p> <p>Die offiziellen Auflagen haben einen vermeintlich geringen Einfluss auf die Handhabung der epidemischen Lage, da entsprechende Maßnahmen erst deutlich verspätet umgesetzt werden können (v.a. durch eine verspätete Erfassung und Benachrichtigung der Fälle). Eine starke Eigenverantwortung zur freiwilligen Umsetzung der Maßnahmen ist daher wichtig und könnte z.B. medial aufgearbeitet werden.</p> <p>Die Rolle des Antigentests in der Gesamtstrategie sollte diskutiert werden und an Wichtigkeit gewinnen, auch im internationalen Vergleich zur Nutzung der AG-Tests.</p> <p>Strategische Überlegungen zur Einstellung des Lagezentrums und der Deeskalation von Infektionsschutzmaßnahmen in der nächsten Phase mit niedrigen Infektionszahlen (post-Omikron) werden angestellt und in einer kommenden Diskussion (in ca. 3-4 Wochen) konkretisiert werden</p> <p>Vor dem Hintergrund der weiterhin steigenden Omikron-Fallzahlen werden vermutlich die aktuellen Empfehlungen weiter angepasst werden müssen. Gibt es dazu bereits Gedanken z.B. zu einem möglichen zeitlichen Verlauf oder Anpassungsbedarf?</p> <p>Bei einem Abebben der aktuellen Infektionswelle könnte eine Fokussierung der Maßnahmen auf bestimmte Gruppen (z.B. symptomatische Personen, Risikosetting.)</p> <p>Eine effektive Impfkampagne bleibt weiterhin ein wichtiger</p>	
--	---	--

	<p>Bestandteil in den Bemühungen des RKI. Ein hoher Anteil an geimpften Personen ist auch für den Verlauf in diesem Jahr wichtig</p> <p>In der molekularen Surveillance geht der Anteil der Sequenzierung kontinuierlich weiter zurück. Brauchen wir diese Surveillance in der gleichen Intensivität wie zu Beginn der Omikron-Phase?</p> <p>Eine Reduktion der Sequenzierungen wäre in der jetzigen Lage sinnvoll. Der hohe Aufwand (auch finanziell) bringt nicht unbedingt einen Mehrgewinn.</p> <p>Eine definierte Stichprobengröße in der die Sequenzierung durchgeführt werden, wäre denkbar. Dazu muss eine Sensitivität gewählt werden, mit der neue Varianten / Mutationen erkannt werden sollen.</p> <p>Eine Definition der Kriterien die in die Sequenzierung eingehen wäre sinnvoll (z.B. klinische Kriterien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In Kooperation mit dem Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) werden intelligente Strategien in diesem Bereich entworfen / diskutiert <p>ToDo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! In 3-4 Wochen soll eine Diskussion über eine Strategie für die Zeit nach der Omikron-Welle erfolgen ! In einem kommenden Meeting am Freitag wird der Umfang der durchgeführten Sequenzierungen erfolgen. <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>MF2 (Semmler)</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Im Rahmen der neuen Empfehlungen zu Entlasskriterien aus der Quarantäne und Isolierung, soll das Dokument „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“ und „Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (02.12.2021)“ angepasst werden. Zur Freitestung sollen nicht mehr notwendigerweise PCR-Tests verwendet werden. Daher soll darauf hingewiesen werden, dass AG-Tests genutzt werden und im Zweifel aber auch eine PCR-Testung erfolgen kann</p> <p>ToDo: FG37 führt Änderungen an den Dokumenten durch und stellt diese am Mittwoch im Krisenstab vor</p>	<p>FG37</p> <p>FG37 (Tim Eckmanns)</p>



9	Update Impfen (nur freitags) (nicht berichtet) STIKO xxx	FG33
10	Labordiagnostik FG17 Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ ZBS1	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.01.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:05 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 19.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG34
! Institutsleitung		o Viviane Bremer
o Lothar H. Wieler	!	FG36
o Lars Schaade		o Walter Haas
o Esther-Maria Antão		o Silke Buda
o		o Luise Goerlitz
! Abt. 1		o Stefan Kröger
o Martin Mielke		o Kristin Tolksdorf
! Abt. 2	!	FG37
o Michael Bosnjak		o Tim Eckmanns
! Abt. 3		o Sebastian Haller
o Osamah Hamouda	!	FG38
o Tanja Jung-Sendzik		o Ute Rexroth
o Janna Seifried		o Maria an der Heiden
! FG14		o Christian Wittke (Protokoll)
o Melanie Brunke	!	ZBS7
! FG17		o Christian Herzog
o Ralf Dürrwald		o Michaela Niebank
! FG21	!	MF 2
o Wolfgang Scheida		o Torsten Semmler
! FG25	!	MF4
o Christa Scheidt-Nave		o Martina Fischer
! FG32	!	P4
o Michaela Diercke		o Susanne Gottwald
! FG33	!	Presse
o Thomas Harder		o Ronja Wenchel





	<ul style="list-style-type: none">○ Anstieg im Saarland○ Behandlungskapazitäten und Betriebssituation<ul style="list-style-type: none">○ Erster Rückgang auch bei schweren Fällen (invasive Beatmungen), dadurch Freisetzung von Kapazitäten○ Verfügbarkeit steigt○ Personalmangel geht zurück○ Insgesamt setzt sich aktuell der Entlastungstrend fort○ Entwicklung nach Altersgruppen<ul style="list-style-type: none">○ Rückgang in fast allen Altersgruppen○ Plateau bei 70-79-Jährigen sowie 0-17-Jährigen○ Omikron-ITS-Fälle<ul style="list-style-type: none">○ 90 Fälle (letzte Woche 40 Fälle). Derzeit alle 7 Tage Verdoppelung der Fälle in den letzten Wochen○ SPoCK-Prognose<ul style="list-style-type: none">○ Moderater Abfall für BL im Norden, Osten und Westen○ Leichter Trend nach oben für BL im Süden und Südwesten○ Umschwungsphasen erst seit Kurzem, Prognosen werden sich in 2 Wochen stabilisieren <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none">○ Folien hier○ Grippe Web:<ul style="list-style-type: none">○ ARE-Rate von KW 1 zur KW 2 gestiegen 3,2 % (Vorwoche: 2,6 %), Bei Erwachsenen Niveau des Vorjahres, bei Kindern deutlich über Vorjahresniveau; bei Erwachsenen deutlich unter den Werten vor der Pandemie, bei Kindern z.T. ähnliche Werte in den Vorjahren vor der Pandemie○ 2. KW ca. 2,7 Millionen ARE in Deutschland (1. KW ca. 2,2 Mio)○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none">○ Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken: in KW 2: 1008 (Vorwoche: 1094)○ Konsultationsinzidenz liegt höher als letztes Jahr, aber niedriger als in den anderen Vorjahren○ SEED^{ARE}: Stagnation der ARE -Arztbesuche mit COVID-Diagnose auf 178/100.000 EW○ SEED^{ARE} nach Altersgruppen: Werte in vier der fünf Altersgruppen gesunken, Ausnahme: 5- bis 14-Jährige.○ Regionale Unterschiede (BL)○ ICOSARI:<ul style="list-style-type: none">○ SARI-Fallzahlen sind insgesamt gesunken○ In KW2/2022 unter vor-pandemischen Niveau; bisher nur sporadische Influenza-Fälle (2-6 pro Woche über alle Altersgruppen)○ Rückgang in AG ab 15 Jahre○ Anstieg in AG 5-14 Jahre, stabil in AG 0-4 Jahre○ Anteil COVID-19 weitgehend stabil im Vergleich zur	FG 36 (Buda)
--	---	--------------



	<p>Vorwoche in den einzelnen Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich Hospitalisierungsinzidenz ICOSARI/Meldedaten <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz etwas gesunken, Wert für KW 2/2022: 4,7/100.000 ○ Kita-/Schulausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbruchshäufigkeit nimmt in beiden Settings wieder zu (erwartungsgemäß nach den Ferien) <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ KW 2/22: 143 Einsendungen aus 49 Arztpraxen ○ SARS-CoV-2-Anteil 12%, Omikron-Anteil bis KW 2/2022 auf 80% gestiegen ○ Influenzaviren Positivrate auf 2% gesunken ○ Endemische Coronaviren: Anteil SARS-CoV-2 am stärksten (12%), OC43 (5%) gesunken und NL63 sowie 229E auf niedrigem Niveau stabil ○ Sonstige Atemwegsviren: HRV Anstieg auf 15%, HMPV Anstieg auf 10%, RSV und Parainfluenzaviren rückläufig <p>Testkapazität, Testungen, ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ Steigerung auf 2,05 Millionen Tests in der letzten Woche ○ Positivenanteil gestiegen auf 24,4% ○ Testkapazitäten konnten um 200.000 Tests pro Woche gesteigert werden ○ Laborauslastung: Aktuell sehr hoch. Die Labore sind stark belastet und mit ihren Kapazitäten am Limit. Es gibt regionale Unterschiede. ○ Rückmeldung zur Priorisierung für Entlassung med. Bereich aus Isolation nach Tag 7 praktisch nicht umsetzbar ○ Rückmeldung zu Angabe eines CT-Wertes zwecks Entlassung aus Isolation: Konflikt mit den RiLiBBÄK, Sortierung der Proben nach benötigtem CT-Wert aufgrund der Personalsituation praktisch nicht umsetzbar ○ SARS in ARS <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen Plateau in BW, BY, Anstieg in BE, BB, HH, HE, NRW, Rückgang in SA, SN, TH ○ Positivenanteil der Testungen in Arztpraxen höher in Vergleich zu Gesamtzahl aller Testungen ○ Testungen BL und Alter <ul style="list-style-type: none"> ○ Starker Anstieg der 5-14-Jährigen in NRW (Lolli Tests in Schulen) ○ Anstieg Testungen der 15-59-Jährigen über alle BL hinweg ○ Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum steigt weiterhin stetig (Aktuell 1,2 Tage) ○ Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 Personen nach Altersgruppen: 	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda, Seifried)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	---	--

	<p>Starker Anstieg der 5-14-Jährigen, Anstieg der 15-59-Jährigen, Moderat bei den über 60 Jährigen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ VOC (SARS in ARS): ○ Omikron-Anteil in ARS: 90% <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omikron-Anteil für KW 1 in Genomsequenzierung Anstieg auf 62,4%, in IfSG-Daten (KW 1) 73,3% (Delta entsprechend bei 26,7%) ○ Übermittelte Omikron-Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 226.860 (Stand 19.01.22), 106,3 Fälle/100.000 EW, geographische Verteilung. Landkarte verdunkelt sich ○ Beschreibung der übermittelten Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Steigerung insbesondere in Altersgruppe 5-14-Jährige ○ Bei Verdopplung der Gesamtzahl der Fälle im Vergleich zu vorheriger Woche, auch Verdoppelung der Hospitalisierungsrate der über 80-Jährigen und Verdoppelung der Anteil Verstorbener ○ 27,1% nicht geimpft, 11,3% unvollständig geimpft, 38,2% mit vollständiger Impfung und 23,5% mit Auffrischung. Sinkende Tendenz der Fälle, bei denen Impfstatus-Daten vorliegen. ○ Trendmodell: Break-Even-Punkt (Omikron=Delta) wurde am 3./4.01.2022 überschritten ○ Verdopplungszeit Omikron: 5,8 Tage ○ Halbierungszeit Delta: 15 Tage ○ Weiterhin geringer Anteil von BA.2 (1,7%) unter Omikron-Nachweisen in Stichprobe, aber ansteigend (Vorwoche: 1,1%) ○ Dominanz von Omikron in allen Erhebungssystemen sichtbar ○ Kapazität von var.-spez. PCR-Testungen sollte für SARS-CoV-2 Nachweise genutzt werden. ○ Hinweis: Einstellung der täglichen Übersicht zu Omikron-Fällen zum 22.01.2022 <p>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen Omikron-Anteil in KW2: 80% Die kumulative Wachstumskurve von Omikron setzt sich noch weiter ab von dem Wachstum von Alpha damals</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schweiz Genesenenstatus auf 12 Monate verlängert. Wissenschaftliche Begründung bisher unklar 	<p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p> <p>Alle</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduktion des Genesenenstatus auf 3 Monate sollte gut kommuniziert werden ○ Appell weiterhin so pro-aktiv wie möglich zu kommunizieren und sich nicht auf andere Institutionen zu verlassen ○ Sind geringe Testzahlen in BL wie SA, SN und TH verantwortlich für die geringen Inzidenzen? Nein, das sollte nicht als Ursache angesehen werden. Vielmehr der (noch) geringe Omikron-Anteil in diesen BL evt. auch aufgrund der kürzlich starken Delta-Welle und ggf. (noch) höherer Immunität 	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Erarbeitung verschiedener Stellungnahmen u.a. Stellungnahme zu Einrichtung eines Panels, zu Kommunikation und Digitalisierung Wöchentliche Treffen</p>	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA nicht berichtet</p> <p>P1 nicht berichtet</p> <p>Presse Viele Anfragen (Telefon, Postfächer, Social-Media-Kanäle laufen) wegen Verkürzung des Genesenenstatus</p>	Presse (Wenchel)



	<p>19.01.2022 um 9 Uhr fand das Hintergrundgespräch mit Daten- und Wissenschaftsjournalisten zur syndromischen Surveillance statt. Von RKI-Seite waren Herr Hamouda und Herr Haas dabei. Bisher noch keine Information, dass diese Woche eine Bundespressekonferenz stattfindet.</p>	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>PCR Priorisierung für stationären Bereich und Testung mild somatischer ambulanter Fälle mit Antigen-Tests abklären? Bei nationaler Teststrategie bleiben?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Priorisierung nationaler Teststrategie bleiben. Kein Anlass davon abzuweichen. PCR-Tests sollten primär zu diagnostischen Zwecken und nicht vorrangig zur Freitestung verwendet werden <p>Können Personen mit positivem Antigen-Test in den Meldedaten auf nationaler Ebene ausgewiesen werden?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Für die Epidemiologie kein Mehrwert. Es geht jetzt darum, Trends abzubilden. Das geht auch mit der Falldefinition, die als Fall nur positive PCR-Nachweise aufnimmt. Grundsätzlich könnten jedoch auch Personen mit positivem Antigen-Test ausgewiesen werden, dann aber sollte dies nur bei Personen, bei denen auch Symptome angegeben sind, gemacht werden. Jedoch grundsätzliche Bedenken bzgl. Mehrwert. Schnelltestergebnisse von Testzentren müssen derzeit vom ÖGD händisch eingegeben werden. Anschluss der zahlreichen Testzentren (mehrere 10.000) an DEMIS derzeit nicht realistisch. Apotheken können DEMIS Meldeportal nutzen. <p>Warum wurden stationäre Antigen Tests nicht im Entisolierungsschema berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es kommt auf die Sensitivität des individuellen Tests an. Eine FAQ würde sich hier anbieten <p>Diskussion Genesenenstatus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. In Diskussion mit den Ländern. RKI kann sich allenfalls vorstellen den Genesenennachweis auf Antigentest + ärztliche COVID-19 Diagnose zu erweitern. <p>Beginn des Genesenenstatus. Warum 28 und nicht 21 Tage?</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Aus immunologischen Gründen sind 21 Tage vertretbar. 28 Tage decken möglichst alle Personengruppen ab 5. Reduktion auf 21 Tage bringt kaum Veränderung. 6. Position RKI: 28 Tage beibehalten <p>Isolierung von 14 Tagen im Krankenhaus bei SARS-CoV-2-Infektion. Können wir uns vorstellen das weiter zu verkürzen?</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. In der Literatur gibt es keine Argumente davon abzuweichen 8. Übereinstimmung: keine Notwendigkeit zur Änderung <p>To Do: Wie schreiben wir ControlCOVID fort? Mit welchen</p>	<p>Alle</p>



	<p>Strategien? Bitte eine Aufgabe definieren und Arbeitsgruppe bilden. Federführung legt Abteilungsleitung 3 fest.</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	
8	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik FG17 nicht besprochen, bzw. s. TOP 1 ZBS 1</p>	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance nicht berichtet</p>	FG 32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) nicht berichtet</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) nicht berichtet</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p>	Alle



	keine	
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 21.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:12 Uhr



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Freitag, 21.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG37
! Institutsleitung	o Muna Abu Sin
o Lothar H. Wieler	! FG38
o Lars Schaade	o Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o Claudia Siffczyk
! Abt. 1	o Ariane Halm (Protokoll)
o Martin Mielke	! ZBS7
! Abt. 2	o Agata Mikolajewska
o Michael Bosnjak	! MF2
! Abt. 3	o Torsten Semmler
o Osamah Hamouda	! P1
o Tanja Jung-Sendzik	o Ines Lein
o Janna Seifried	! P4
! FG17	o Pascal Klamser
o Djin-Ye Oh	o Susanne Gottwald
! FG32	o Angelique Burdinski
o Michaela Diercke	! Presse
o Emily Meyer	o Marieke Degen
! FG33	o Ronja Wenchel
o Ole Wichmann	
! FG34	! ZIG
o Viviane Bremer	o Johanna Hanefeld
o Matthias an der Heiden	! ZIG1
o Claudia Winklmayr	o Carlos Correa Martinez
! FG36	o Regina Singer
o Walter Haas	! ZIG2
o Silke Buda	o Francisco Pozo Martin
o Udo Buchholz	! BZgA
	o Martin Dietrich





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet) Folien hier Weltweit: Datenstand: WHO, 20.01.2022 Fälle: 33.790.193, Todesfälle: 5.560.718 Weltweite Fallzahlzunahme von fast 11% im Vergleich zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: USA, Frankreich, Indien, Italien, Argentinien, Spanien, UK, Brasilien, Deutschland, Türkei USA & Frankreich ganz oben, in Frankreich zunehmender Trend und höchste 7-T-I (3.338/100.000), Trend in USA abnehmend Indien und auch Argentinien zeigen starken Anstieg Neu in der Liste: Brasilien mit größtem steigenden Trend Trendabnahme in Spanien, UK, Türkei Diese Auflistung enthält eine neue Spalte zum Anteil der Auffrischimpfungen, höchster Anteil in europäischen Ländern mit um die 50% Epikurve WHO Sitrep (Datenstand 16.01.2022): Etwas langsamerer Fallanstieg insgesamt, +20% global, +4% bei Todesfallzahlen Stärkster Anstieg in Südostasien (+145%, +12% bei Todesfällen), einzige Region mit sinkenden Fallzahlen ist Afrika (-27%, -4% bei Todesfällen) Karte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Sichtbare Zunahme der 7-T-I in Südamerika, v.a. Brasilien, Chile, Paraguay und Peru Afrika: unterschiedlich Trends, im Süden und Osten Abnahme, in Maghrebstaaten stark Zunahme Asien: Zunahme der 7-T-I auf der arabischen Halbinsel, in Indien, Nepal, Pakistan Australien: leichte Abnahme aber dennoch hohe 7-T-I ~1700 Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Inzidenzen sehr hoch, Welle geht aktuell von West nach Ost Abnehmende Fallzahlen in UK, Spanien, Irland und Finnland, aber weiterhin sehr hohe Inzidenzen 7-T-I >500 in Deutschland, Balkanländern, Rumänien (wurde als letztes EU-land diese Woche als Hochrisikoland gelistet) 7-T-I >1000 neu in Tschechien, Österreich, baltischen Staaten, Norwegen Diskussion Verlauf schwerer Erkrankungen wäre interessant, da es in den Ländern verschiedene Teststrategien gibt, ZIG1 bereitet dies für nächste Woche vor Peak-Hospitalisierungsrate in UK wäre erneut interessant, zum Vergleich sind Länder mit ähnlichen Impfraten und</p>	ZIG1



	<p>Gesundheitssystemen geeignet, gerade in jenen, die Deutschland in der Omikron vorauslaufen um daraus zu lernen, z.B. Dänemark, UK, New York?</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 8.460.546 (+140.160), davon 116.485 (+170) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 706,3/100.000 Einw. DIVI Intensivregister 2.447 (-124) Impfungen, s. Folie Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: HB, BE und HH stark angestiegen, in HB setzt sich der Anstieg nicht fort, jedoch Fallzahlen auf hohem Niveau Auch in anderen BL (BB, SH, HE, NW) Anstieg der 7-T-I Nun auch in ST, SN, TH steigende Inzidenzen Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz Kreise: Fast 50 LK >1.000, Berlin Mitte über 2000 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen: 10-19-jährige am stärksten betroffen mit sehr hohe Inzidenzen (viele LK >1000), auch andere AG betroffen, bei >70 und >80 noch kein starker Anstieg Sterbefallzahlen: Todesfallzahlen sind rückläufig bzw. folgen noch nicht dem Anstieg, z.Zt. keine Übersterblichkeit zu beobachten, dies ist aber mit Vorsicht zu interpretieren Diskussion Infektionen im RKI gering und soweit bekannt alle importiert, das Hygienekonzept ist gut wenn auch belastend für die OEs, die dies stemmen HH z.B. läuft den anderen BL in der Omikron-Welle voraus, was kann von deren Daten vor allem für ältere AG gelernt werden?</p> <p>Auswertung der Übersterblichkeit aus Daten von Destatis und Meldewesen (Matthias an der Heiden), Folien hier Darstellung des Verlaufs der Todesfallzahlen 2020-21 insgesamt und der Meldungen von COVID-19-Todesfällen, (2022 noch nicht dabei), im Hintergrund die Jahre 2016-19 Verläufe in 2020 und 21 sind teilweise parallel inkl. Anstiege, Todesfälle im Herbst 2021 höher als 2020, dies ist in den Meldedaten (unten) nicht so zu sehen Was steckt dahinter? Destatis hat AG-Informationen, Anzahl der Todesfälle bei 65-74-jährigen liegt stets über denen von 2020 sowie dem 2016-19 Median, auffällig auch im Vergleich zu anderen AG Wenn Bevölkerungsdaten hinzugezogen werden (Sterbefälle/100.000 Ew.), normalisiert sich dies wieder Wahrscheinlich Untererfassung im Meldewesen (mehr bei Destatis sichtbar), wobei die 2020 (grüne) Kurve besser zu erfasster Meldezahl passt als 2021 (rote) Kurve Im Schatten der Pandemie möglicherweise auch anders erklärbare Todesfälle, zurückzuführen auf Überlastung bzw.</p>	<p>FG32</p> <p>FG34</p>
--	---	-------------------------



	<p>Engpässe in anderen Bereichen? Diskussion Dies sollte zusammen mit Destatis analysiert werden RKI sollte sich sicher sein und dies gut beleuchten und leichter verständlich aufbereiten, bevor es öffentlich gemacht wird Möglicherweise haben auch Maßnahmen zu erhöhter Sterblichkeit geführt? Welches ist der Hinweis, dass es nicht COVID-19-Sterblichkeit ist? Der Verlauf entspricht sich, unklar, ob die Meldung der COVID-19 Todesfälle unvollständige ist, ob wir etwas verpassen, oder ob es (wegen COVID-19) eine Überlastung der Versorgung gab, aufgrund derer sie für andere Patienten auch schlechter geworden ist Es könnte direkt zusammenhängen oder kausale Folge sein, ist nicht auseinanderzuhalten, hängt mit COVID-19 zusammen Destatis hat auch eine Ursachenstatistik, aber Daten sind nur mit erheblichem Verzug verfügbar, aktuell sind sie bis Februar 2021 veröffentlicht</p> <p>Haushaltsstudie zur Generationszeit von Omikron (Matthias an der Heiden), Folien hier Paper zu Varianteneigenschaften in Haushalten hier Neue Analyse zu Omikron Für vorherige Varianten gab es Zeiten wo diese alleine präsent waren, bei Omikron ist dies noch nicht gegeben Datenauswertung der Verteilung der Anteile/Anzahl von Fällen in Haushalten mit Omikron Alle Symptombeginne im Haushalt sind hierfür notwendig, Mean (Mittel) des Symptombeginns neuer Generation berechnet Keine sehr großen Unterschiede aber stete Verkürzung der Generationszeit bei den bisher aufgetretenen Varianten (Wildtyp, Alpha, Delta, Omikron) Mittlere Generationszeit von Omikron liegt bei 3,86 Diskussion UK hat serielles Intervall veröffentlicht, Mittel liegt für Omikron bei 3,7, Delta 4,9, ähnliche Ergebnisse Diese neue deutsche Auswertung könnte als Letter an E&I Journal geschickt werden</p>	<p>FG34</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>Systematic Review of the Comparative Effectiveness of Contact Tracing Interventions (Francisco Pozo Martin), Folien hier Ziel: Auswertung der Effektivität von KoNa Maßnahmen während der Pandemie Methoden: systematic review von empirischen und Modellierungsstudien bis Juli 2021 Ausgewählte Ergebnisse <i>11 empirische Studien</i> UK: Digitale KoNa hat viele Fälle verhindert (Sep-Dez 2020) UK: Beginn digitaler KoNa hat zu Inzidenzreduktion geführt Colombia: Rückgang Mortalität bei steigendem Anteil Fallerkennung durch KoNa</p>	<p>ZIG</p>



	<p><i>63 modelling Studien</i> Effektivität KoNa steigerbar durch Hohes Niveau an KoNa, Verringerung der Verzögerung, hohes Annahmenniveau der digitalen App, KoNa in Schulen, usw. Auswertung empirischer Studien Digitale KoNa effektiv wegen höherer Geschwindigkeit und Abdeckung Limitierter Impact KoNa wegen Überlastung, meiste Hochrisiko KP im Haushalt wo Isolierung nicht gut praktikierbar ist Limitation u.a.: 16% der inkludierten Studien Preprints, nicht peer-reviewed Conclusion slide: KoNa kann bei der Pandemiekontrolle effektiv sein, aber mehr Evidenz ist notwendig Diskussion Unterschied Effektivität von KoNa in Haushalten vs. nicht in Haushalten? Durch Modellierungsstudien auswertbar, eine Studie fand höheren Impact von KoNa außerhalb von Haushalten Digitales KoNa Tool aus UK ist nicht gut bekannt, unklar ob es mit deutscher CWA vergleichbar ist Vorsicht mit der Aussage, dass KoNa ineffektiv ist Studie suggeriert, dass KoNa beim reopening effektiver als in der frühen Phase ist, aber dies ist eher abhängig von den jeweiligen Inzidenzen als von der Phase Ziel der KoNa ist variabel, z.B. als Ziel zur Verminderung des R-Wertes nicht so effektiv, aber in Alten- und Pflegeheimen ggf. sehr effektiv zur Transmissionshemmung Eine Studie hat gezeigt, dass ein Anstieg der KoNa um 10% mit einer Verringerung der Sterblichkeit um 1-4% verbunden ist, sehr starkes Argument für KoNa, wobei der Zeitpunkt der Epidemie wichtig ist KoNa Effektivität hängt 1) von der Phase der Pandemie ab, 2) von den Ressourcen und der Professionalität derjenigen, die sie durchführen, 4) von dem Ziel, auf das man abzielt, 3) und von anderen Maßnahmen, die in dieser bestimmten Phase ergriffen werden</p>	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung Keine Änderung</p>	<p>Abt. 3</p>



<p>5</p>	<p>Expertenbeirat</p> <p>Arbeitet noch nicht sehr strukturiert (anders als das RKI), dies wird bereits von außen/der Presse wahrgenommen, möglich, dass zeitnah Kritik kommt Bisher keine Unterstützung durch eine Geschäftsstelle, nicht gut aufgesetzt, interessant aber noch nicht so zielführend/fokussiert Montagabend Treffen zur Geschäftsordnung 7 Themen wurden definiert, z.B. Kinder, Kommunikation Akute Stellungnahme für die anstehende Ministerkonferenz kommenden Montag wird heute fertiggestellt Neue RKI Taskforce unterstützt Präs für Stellungnahmen, Esther-Maria Antao, VPräs, AL3, Tanja Jung-Sendzik Präs sieht besten Ansatz darin, grundsätzliche Dinge zu bearbeiten und nicht zu sehr ins Detail gehen</p>	<p>Präs</p>
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Steuerungskreis Impfkommunikation Wurde ergänzt aus Bundespresseamt und BKA, deutlicher Einfluss und Änderung der Ausrichtung Soll nun weniger Allgemeinbevölkerung adressieren, primär Ansprache der Ungeimpften um Erstimpfung voranzutreiben, spezifischerer Zielgruppenansatz Geimpfte werden nicht vergessen aber kein Schwerpunkt Zielgruppe u.a.: Ostdeutschland, Personen geringerer Bildung, mit Migrationshintergrund, in Gesundheitsberufen, usw. auch über entsprechende Mittler, Gewerkschaften, Sport-, Glaubenseinrichtung, Fachgesellschaften und sonstige BZgA unterstützt Zielgruppenansatz, spezielle Kommunikationspakete für Testzentren sind in Arbeit Manches hiervon ist eine direkte Folge des Expertenbeirats, Kommunikation wurde hier vor zwei Wochen besprochen, Kanzleramtsminister Schmidt und BMG hören zu, was dort gesagt wird, kann umgehend in Aktivitäten transformiert werden</p> <p>Presse</p> <p>Nichts zu berichten</p> <p>P1</p> <p>Tweets wöchentlich zu VOC Grafiken und Anteilen sowie zum RKI Wochenbericht retweetet, auch zur Surveillance-Begleitung</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>Einschätzung Omikron Entwicklung</p>	<p>VPräs/alle</p>



	<p>Frankreich lockert Maßnahmen, Wissenschaft sagt, dies sollte erst nach zwei Wochen Fallzahlenrückgang bzw. 1 Woche Rückgang in KKH-Fällen initiiert werden</p> <p>Ministerpräsidenten treffen sich am Montag</p> <p>Gibt es eine zeitliche Perspektive, wann wir denken, mehr zu wissen um Empfehlungen zu geben?</p> <p>Wichtig zu sehen wie die Entwicklung ist, wenn >60-jährige betroffen sind, aktuell ist Welle in dieser AG noch nicht angekommen, dann wird es ggf. im KKH und IST sichtbar, dann besser einschätzbar</p> <p>Beim 1. SARS-CoV war frühe Lockerung nicht gut</p> <p>Frankreich lockert beispielsweise bzgl. Diskos und Bars, junge Bevölkerung ist weniger compliant, Übertragung wird hier in der Hochsaison aufrechterhalten</p> <p>Modellierung kann nützlich zur Entscheidungsfindung sein</p> <p>Lieber vorsichtig und nicht früh lockern um nicht bald darauf wieder anziehen zu müssen</p> <p>In Europa beginnt auch die Influenzasaison, gleiche Maßnahmen sind wirksam, dies könnte bei Diskussion der Lockerung mit einbezogen werden, jedoch ggf. strategisch nicht sinnvoll zu kommunizieren</p> <p>Maßnahmen und Empfehlungen sowie deren Effekt sind langsam – BL die mit Omikron fortgeschritten sind können Informationen liefern</p> <p>Trends in verschiedenen AG in nördlichen BL wie HB, HH sollten bzgl. Inzidenz, KKH und IST-Aufnahmen altersstratifiziert ausgewertet werden, Fragestellung, was passiert bei älteren dort, wo die Welle vielleicht schon auf einem Plateau angelangt ist?</p> <p><i>ToDo: Abt. 3/FG32 untersuchen dies</i></p>	
--	--	--



8	<p>Dokumente <i>(nur freitags)</i></p> <p>Entisolierung Beschäftigte Alten- und Pflegeheime und KKH (medizinisches Personal, inkl. ambulanter Bereich) MPK-Beschluss ist diesbezüglich nicht klar, macht keine Aussage dazu, was ist, wenn Freitestung nicht passiert Am 10. Tag auch ohne Freitestung Rückkehr zur Arbeit (unabhängig vom CT-Wert), oder muss am 10. Tag obligatorisch Abschluss-PCR stattfinden? Virusanzucht ist dann unwahrscheinlich aber nicht ausgeschlossen, vorher waren es 14 Tage, 10 Tage ohne Abschlusstest ist vielleicht zu gewagt? Obligatorische Freitestung am 10. Tag war ursprünglich RKI-Ansatz, kostet jedoch (knappe) Ressourcen Angegebene Isolierung für 10 Tage ist wissenschaftlich begründet, nach 10 Tagen ist idR Viruslast erreicht, die zusammen mit Maske und eintakten in routinemäßige Verfahren praktikable Sicherheitsmaßnahme darstellt Bei Knappheit von Personal Möglichkeit einer pragmatische Herangehensweise und Verkürzung nach 7 Tagen Bei eingeschränkter Laborkapazität ggf. auch Verwendung von Antigentest und Verzicht auf PCR-Test Omikron stellt kein grundsätzliches Problem dar, von Antigentests detektiert zu werden, Empfehlung der Materialabnahme naso- und oropharyngeal, Qualität des Abstrichs ist auch hier sehr wichtig Mit Aufnahme der Arbeitstätigkeit wird tagesaktuell der erste serielle Test mittels Ag-Test durchgeführt Im medizinischen Bereich soll eher strenger vorgegangen werden als in anderen KRITIS-Bereichen Für die Entisolierung im stationären Bereich wurde BMG PCR-Testung nach 10. Tag vorgelegt, könnte modifiziert werden so dass nach 10 Tagen auch Antigennachweis akzeptabel wäre FG37 schickt Ergebnis der Besprechung an BMG 614 Ziegelmann (vorher Abstimmung im kleinen Kreise), Dokumente sind aktuell nicht online aber bereit, werden jetzt noch modifiziert und mit ans BMG geschickt</p> <p><i>ToDo: FG37 ergänzt gestrige Email an BMG (Ziegelmann) diesbezüglich und passt Dokument in Arbeit an</i></p>	Alle
9	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <p>STIKO</p> <p>Aktualisierte Empfehlungen der STIKO wurde veröffentlicht Einfachdosis J&J ist nicht genügend, mRNA Impfung ist zusätzlich notwendig zur Grundimmunisierung Boosterempfehlung für Jugendliche, Intervall zwischen 2. und Boosterimpfung von 3-6 Monaten</p> <p>Impfstoffe</p> <p>Novavax-Empfehlung in der Finalisierung Geht nächste Woche ins Stellungnahmeverfahren</p>	FG33



	<p>20.-21. Februar werden voraussichtlich erste Dosen verfügbar Politische Bestrebung ist, diese zunächst in medizinische Einrichtungen zu bringen, da hier die Impfpflicht in Aussicht ist und Beschäftigte ggf. Bedenken bzgl. mRNA-Impfstoff haben</p> <p>Weitere Themen</p> <p>Austausch mit Israel MoH zusammen mit BMG gestern Diskussion über 4. Impfung/2. Boosterimpfung Israel gibt seit dem 02.01.2022 >60-jährigen, immundefizienten und Gesundheitspersonal 4. Impfung >60% bei den älteren haben 4. Dosis erhalten 4-fach vs. 3-fach geimpfte zeigen niedrigere Inzidenz Weniger starker protektiver Effekt von 3. zur 4. als von 2. zur 3. Dosis, Studie in KKH hat Immunogenität nach 4. Dosis untersucht wurde, Antigentiteranstieg nach 4. war deutlich niedriger als nach 3. Dosis Vertraulicher Bericht, dass aktuell Zweifel bestehen, ob die 4. Dosis in die Allgemeinbevölkerung gebracht wird oder ob diese für bestimmte Gruppen vorbehalten wird Viele Presseanfragen wegen Genesenenstatus, auch betreffend Gesundheitspersonal, STIKO-App mit 500.000 Usern gutes Tool</p> <p>Diskussion 4. Impfung/2. Booster, gibt es Differenzierung bzgl. variantenspezifischem Impfstoff, z.B. Omikron- Impfstoff? Hat mehrfach Boostern gegen bestimmten Subtyp ggf. negative Auswirkung? Immunität wird nicht breiter, sondern eher (zu) fokussiert auf den Subtypen – dies ist die Sorge der STIKO Immunologen Noch gibt es keine daten zum auf Omikron adaptiertem Impfstoff, muss abgewartet werden</p>	
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17 (gerne korrigieren im abgelegten Dokument falls Fehler, bin nicht gut mitgekommen)</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 462 Proben, davon: 52 (13%) SARS-CoV-2 52 Rhinovirus 14 Parainfluenzavirus 13 Influenzavirus 58 saisonale (endemische) Coronaviren</p> <p>ZBS1 (nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>



12	Maßnahmen zum Infektionsschutz <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
13	Surveillance <i>(nur freitags)</i> Auswertungen zur Timeliness des Meldesystems (Emily Meyer), Folien hier PAE-Projekt in FG32, Evaluation COVID-19 Meldesystem, Zeitnähe, Pandemiebeginn bis Ende der 3. Welle Methode: COVID-19-Fälle, die Referenzdefinition erfüllen und Labormeldungen sind, Plausibilität für Daten geprüft, Berechnung von Median und IQR Ergebnisse der Auswertung 3 verschiedener Zeiträume 1. Dauer Labormeldung und Übermittlungsdatum aus Meldesoftware durch GA Durchweg Median 1d bis Fälle übermittelt wurden, sehr zeitnah, auch bei höheren Fallzahlen während der Welle % der Fälle, die am selben Tag übermittelt wurden lag zwischen ~25% und stieg während 3. Welle auf 43% an 2. GA-Übermittlung und Import durch das RKI Median lag bei 2,5h Im Laufe der Pandemie und Wellen Verkürzung der Zeit Innerhalb von 12h werden 85% der Fälle von den GA über Landesstellen zum RKI übermittelt 3. Auftreten des Outcomes bis Übermittlung Größere Zeitverzögerung als die anderen zwei Zeiträume Tod mit Median von 2d schnellstes >Outcome in der Übermittlung Symptombeginn Median von 7d Hospitalisierung auch 7d Im Verlauf Anstieg der Informationen, die innerhalb von 5 Tagen übermittelt wurden trotz steigender Fallzahlen Fazit: Fallübermittlungen sehr zeitnah bis zum Ende der 3. Welle größere Zeitverzögerung Diskussion Wie schnell kann dies publiziert werden, sehr positives und eindrucksvolles Ergebnis? Eine Auswertung steht noch aus, Datensatz fehlt, kommt aber zeitnah Bitte Publikation gut und breit kommunizieren	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> Viele Fragen zu Genesenenstatus, Erklärungen in Vorbereitung Pressestelle prüft diesbezüglich (Vollständigkeit der?) Dokumente auf der Webseite	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle



17	Andere Themen Nächste Sitzung: Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

Ende: 13:06



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG37
! Institutsleitung	o Sebastian Haller
o Lothar H. Wieler	! FG38
o Lars Schaade	o Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o Maria an der Heiden
! Abt. 1	o Claudia Siffczyk (Protokoll)
o Martin Mielke	! ZBS7
! Abt. 3	o Michaela Niebank
o Osamah Hamouda	! MF1
o Tanja Jung-Sendzik	o Thorsten Semmler
o Janna Seifried	! P1
! FG14	o Christina Leuker
o Mardjan Arvand	! Presse
o Melanie Brunke	o Marieke Degen
! FG17	o Ronja Wenchel
o Thorsten Wolff	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	o Mikheil Popkhadze
! FG33	! BZgA
o Thomas Harder	o Oliver Ommen
! FG34	! Weitere
o Viviane Bremer	o Michel Bosnjak ! Abt.2
! FG36	
o Walter Haas	
o Silke Buda	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 8.744.840 (+63.393), davon 116.746 (+28) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 840,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.753.672 (75,5%), mit vollständiger Impfung 61.023.959 (73,4%), mit Boosterimpfung 41.930.241 (50,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Bundesländer mit steigendem Trend außer Bremen (HB), dort 4.höchste Inzidenz 2. Höchste Anstiege und Inzidenzen in Hamburg, Berlin(BE), Brandenburg(BB)); kontinuierliche Zunahme sichtbar in Bayern 3. Nun auch leichter Anstieg in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt zu beobachten 4. Höchste Inzidenzen in Berlin Mitte und Berliner Stadtbezirken sowie in Landkreisen Brandenburgs 5. Die höchsten Inzidenzen sind bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen, überholen 15-34-Jährige. Auch bei den 0-4-Jährigen deutliche Anstieg zu beobachten; 60+ bundesweit nicht ansteigend. 6. Die Hospitalisierungsinzidenz leichte Anstiege wahrnehmbar <p>7-T-Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz und adjustierte Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesländern</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. BE: Höchste 7-T-Inzidenzen bei 5-14-Jährigen; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei 80+, nicht ansteigend, auch nicht bei adjustierten Werten 8. BB: adj. 7-Tages-Inzidenz leichter Anstieg, über 80-Jährige mit höchsten Inzidenzen, bei 5-14-Jährigen minimaler Anstieg, angesichts hoher Fallzahlen sind Daten unvollständig; werden später nachgeliefert, viele Angaben fehlen 9. HB: am stärksten betroffene Altersgruppen wie im Bundesdurchschnitt; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei über 80-Jährigen; aktuell Eingabeprobleme: Hospitalisierungsdaten schwer zu bewerten; wenige Fälle in jungen Altersgruppen, dort Hospitalisierungsinzidenzen schwer zu bewerten. 10. HH: Adj. Hospitalisierungsinzidenz zeigt leichten Anstieg; Ursache noch nicht klar eingrenzbar, wahrscheinlich 80+; insb. Anfang Januar deutliche Inzidenzanstiege in dieser Altersgruppe und dort höhere Inzidenzen als bundesweit 11. BW: Hospitalisierungsinzidenzen steil ansteigend 12. Zusammenfassend: Noch nicht richtig klar absehbar. Dennoch über 80-Jährige am stärksten betroffen, wenn dort die Inzidenz stark zunimmt, sind auch deutliche 	FG32

	<p>Anstiege in den Hospitalisierungsinzidenzen zu erwarten</p> <p>Diskussion:</p> <p>Bei welcher Anzahl von Krankenhausaufnahmen wird die KritIS /Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gefährdet? Wenn derzeit überwiegend die Normalstationen betroffen sind, gibt es ggf. mehr Spielraum, als bei hoher Auslastung der ITS?</p> <p>Dem RKI liegen bundesweiten Daten zur Bettenauslastung außerhalb der ITS-Stationen nicht vor; Einblicke, Daten liegen in der Zuständigkeit der Bundesländer. Sollte eine Länderabfrage stattfinden, um Zahlen zu bekommen?</p> <p>Fokus auf Surveillance: Historische Daten, u.a. zu Influenzawellen liegen vor. Vergleich mit SARI-Daten zeigen, dass noch lange nicht die ITS-Auslastung früherer starker Grippewellen erreicht wurde. Primäres Ziel der Maßnahmen des RKI ist, die Bevölkerung vor schweren Krankheitsverläufen zu schützen, und nicht die Kapazität der Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Kapazitätenplanung liegt bei den Bundesländern.</p> <p>DIVI für Normalstationen? Herausforderung einen Denominator für Deutschland zu definieren.</p> <p>Vertreter der Krankenhausgesellschaften nutzen derzeit das Forum, um den Fokus auf den seit langem (schon vor Pandemiezeiten) bestehenden strukturellen Kapazitätsmangel zu legen</p> <p>Fokus liegt auf Surveillance: Aktuelle Krankenhauslast kann in das Geschehen eingebettet werden, da auch geeignete Daten für vorpandemische Zeiten vorliegen. Die Bettenkapazitäten sollten sich an den Verlauf der schweren Fälle anpassen.</p>	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Minimaler Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz, ITS-Belegung Derzeit noch keine Anpassungen nötig, Formulierungen tragen noch</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Im Expertenbeirat wurden zwei Stellungnahmen besprochen: zur Infektionslage und zur Digitalisierung. Für Morgen Stellungnahme Kommunikation, Stellungnahme zu Kindern. Empfehlungen des Expertenbeirats werden sobald ausgesprochen direkt auf die Website des Bundeskanzleramtes veröffentlicht (https://www.bundesregierung.de/breg-de), und unterstützen MPK-Beschlüsse. Hohe Arbeitslast für alle Beteiligten; Task Force am RKI</p>	Hr Wieler



	<p>unterstützt bei Einschätzung der Stellungnahmen Wichtige Möglichkeit auch für das RKI direkt Themen, Aspekte, einzubringen Hr. Wieler ist bei dem nächsten Panel mit zwei Teilnehmenden federführend</p> <p>Themenschwerpunkt: bislang eher akute Themen behandelt, va in Bezug auf das Abebben der erwarteten Pandemiewelle im Herbst. Langfristig möglicherweise auch generelle Themen im Expertenbeitrag behandelbar.</p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen ->s. Pkt 7 „Strategie-Fragen“</p> <p>P1</p> <p>Neuer Fokus auf AG-Tests ausreichend für Maßnahmen vor dem Hintergrund der massenhaft durchgeführten PCR-Testungen anderer Länder, s. Österreich/Wien? Neue Darstellung?</p> <p>Diskussion</p> <p>Derzeit noch gültige nationale Teststrategie hat für begrenzte PCR-Testungskapazitäten fachlich begründete Empfehlungen vorgelegt. Priorisierung auf Wien Ausnahmebeispiel, hohe Anzahl unterstützender Institute, Fokus auf Gurgeltests ermöglichen hohe PCR-Testungskapazitäten. In D: 3 Mio. PCR-Tests befundet, bewertet und münden in Infektionsschutzmaßnahmen, hoher Qualitätsstandard. Auch im internationalen Vergleich angemessen hohe Zahl und auch andere Länder haben Testkonzepte angepasst. Darstellung sollte sich auf Deutschland beschränken. Ourworld indata.gov- zukünftig ggf. bei Bedarf daraus geeignete Abb. übernehmen.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen im Wochenbericht: Stand der Kommunikation? FG32 hat kurzen Textbaustein bereits vorbereitet Dennoch Bitte um genauere Erläuterung zur Einordnung, warum jetzt getrennte Ausweisung, genau erläutern im Hinblick auf Omikron, auch FAQs müssen aktualisiert werden. Bilateraler Austausch dazu mit FG 32 wird erfolgen Meldedaten auf Bundeslandebene genauer angesehen, Datenqualität für Kategorien außergewöhnlich hoch,</p>	<p>Alle, FG 32, Presse; Abt. 3</p>

	<p>Vollständigkeit liegt bei über 90%, 94% vollständige Angabe für Grund des Todes. Meldeartefakt z.B. Voreinstellung (in verschiedenen Softwareprodukten) erscheint möglich. 2/3 der GÄ nutzen SurvNet, hier Voreinstellungen bekannt. Angaben plausibel, Größenordnung vereinbar mit Studienergebnissen, u.a. Studie der Rechtsmedizinischen Institutes Hamburg: 87% (?) der Gestorbenen verstarben aufgrund von COVID-19, 85% der über 70-Jährigen wiesen auch andere Grunderkrankungen auf, erst die COVID-19 Infektion verursachte den letalen Verlauf. Gute Datenqualität, Meldedaten sind gut interpretierbar, vernünftige Aussagen möglich. Todesursache im Einzelfall in der Praxis extrem schwierig zu bewerten. „Tod an“ sehr komplexe Bewertung, nicht immer möglich. Bisher bekannte Untererfassung der Todesursache aufgrund von Infektionskrankheit, Beispiel Influenza, z.B. bei potentiell tödlichen Grunderkrankungen. Für die Bewertung der Todesursache gibt es noch keinen Goldstandard, deshalb bisher noch nicht getrennt ausgewiesen in Berichten.</p> <p>TO DO: Herr an der Heiden im Austausch Statistischem Bundesamt, wird IfSG-Meldedaten mit Daten der Todesursachenstatistik abgleichen, dazu Publikation, u.a. auch im Epid. Bull. Möglich. Kann dann als fachlicher Anlass genutzt werden, um die differenzierte Darstellung der COVID-19-Todesfälle im Wochenbericht (nach Verstorben an / Verstorben mit) zu begründen. Dann Darstellung in Routineberichterstattung übertragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viele Nachfragen bezüglich der Verkürzung des Genesenenstatus nach 3 Monaten <p>TO DO: Ausführlicherer Begründungstext wird aus- und nachgearbeitet. In FG abgestimmt und in Runde geschickt</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Kommunikation dabei wichtig: Fachliche Grundlagen gilt für diejenigen die „nur“ genesen sind (nicht zusätzlich geimpft) <p>RKI-intern</p> <p>GMK-Beschluss vom Samstag, Beschlüsse zur PCR-Testung, zur Quarantäne und zum Entlassmanagement, gibt es einen Handlungsauftrag für das RKI? (Dokumente s. Anlagen)</p> <p>Diskussion: Kein unmittelbarer Handlungsauftrag für das RKI; Bundesländer und Kreise regeln das über Allgemeinverfügungen und Verordnungen</p> <p>Selbstmanagement, d.h. Information der Indexperson selbst an die Kontaktpersonen, war auch schon vorher in den Empfehlungen des RKI adressiert. Die fachliche Priorität für PCR-Testungen vulnerabler Gruppen und HCW wurden übernommen; Priorisierung großer Ausbruchsgeschehen ist</p>	<p>FG32 (Herr Zacher), FG34 (Herr an der Heiden), DESTATIS</p> <p>Presse</p> <p>FG 33 (Herr Harder)</p> <p>FG 38 (Fr. Rexroth)</p> <p>Alle</p>
--	---	--



	<p>weggefallen.</p> <p>Notwendige Anpassungen Änderungen in nationaler Teststrategie: nicht viele Punkte. Nächsten Donnerstag Besprechung Hr. Mielke, weitere, mit BMG (Frau Korr)</p> <p>Nachtestung mit AG-Test, sind dafür Anpassungen im Meldewesen notwendig? Pragmatische Entscheidung wünschenswert. Falldefinition umfasst auch jetzt schon Übermittlung von AG-Tests. Welche Darstellung von AG-Testungen in Routineberichten? TO DO: FG 32 nimmt das mit und macht einen Vorschlag</p> <p>Nachtestungen von positiven AG-Tests mit weiterem AG-Test in zertifiziertem Testzentrum - Handlungsbedarf? Diskussion: Aufgrund hoher Inzidenzen ist aktuell ist der positive Vorhersagewert (PPW) hoch, daher ist die Bestätigung nicht so relevant Die Qualität der Abstrichentnahme in Testzentren variiert stark Bestätigungstest einen AG-Tests durch PCR ist Goldstandard hoch in Spezifität und Sensitivität. Bestätigung des AG-Tests mit AG-Test: Spezifität wird erhöht, aber Sensitivität nimmt ab, d.h. es kann dazu kommen, dass Genesene im 2. AG-Test eher negativ werden.</p> <p>Vielleicht mögliches Thema für Expertenrat: PEI-Liste: Allgemeine Empfehlung für AG-Tests/Diagnostika? Vlt. besser: In AG Testen mit PEI, BfArm darauf hinwirken, dass explizite Benennung von für die Nachtestung geeigneten AG-Tests erfolgt. Und ggf Bericht ans BMG, was für sinnvoll erachtet wird.</p> <p>Es wurde beschlossen, die Ergebnisse der heutigen MPK abzuwarten. Erst dann einen Termin mit BMG zur weiteren Abstimmung machen, um Punkt für Punkt zu bestimmen und zu besprechen wie Beschlüsse in gemeinsame Empfehlungen umgesetzt werden und auf der Website des RKI dargestellt werden. Dabei bleibt wichtig klar darzustellen, wer der Urheber der Beschlüsse ist (Beschluss der MPK, bzw. fachliche Empfehlungen in Abstimmung mit dem BMG). Bestehende fachliche RKI-Empfehlungen sind davon unabhängig zu betrachten. Das gilt zB auch für die aktuellen RKI-Empfehlungen zur Entisolierung auf den Websites. Es muss derzeit nicht angepasst werden. Es ist aber sinnvoll, sich schon jetzt auf mögliche kommende Fragen vorzubereiten. Derzeit existiert politischer Wille einheitlich verfasste Empfehlungen abzugeben.</p>	<p>Herr Mielke, weitere, BMG</p> <p>FG 32</p> <p>Alle</p> <p>Alle</p>
--	---	---



Ende: 14:32 Uhr



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Freitag, 28.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG38 |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Ute Rexroth |
| ○ Lars Schaade | ○ Claudia Siffczyk |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Maria an der Heiden |
| ! Abt. 1 | ○ Navina Sarma |
| ○ Martin Mielke | ! ZBS1 |
| ! Abt. 2 | ○ Janine Michel |
| ○ Michael Bosnjak | ! ZBS7 |
| ! FG21 | ○ Michaela Niebank |
| ○ Wolfgang Scheida | ! MF2 |
| ! Abt. 3 | ! P1 |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Ines Lein |
| ○ Tanja Jung-Sendzik
(Protokoll) | ! P4 |
| ○ Janna Seifried | ! Presse |
| ! FG14 | ○ Ronja Wenchel |
| ○ Mardjan Arvand | ! ZIG |
| ○ Melanie Brunke | ○ Johanna Hanefeld |
| ! FG17 | ○ Mikheil Popkhadze |
| ○ Djin-Ye Oh | ! ZIG1 |
| ! FG32 | ○ Sofie Gillesberg Raiser |
| ○ Michaela Diercke | ! ZIG2 |
| ! FG33 | ! BZgA |
| ○ Ole Wichmann | ○ Linda Seefeld |
| ○ Elisa Wulkotte | |
| ! FG34 | |
| ○ Viviane Bremer | |
| ! FG36 | |
| ○ Silke Buda | |
| ○ Stefan Kröger | |
| ! FG37 | |
| ○ Tim Eckmanns | |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>Folien hier</p> <p>! Top 10 Länder: dieselben wie in der Vorwoche, D auf Platz 6</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Global sind weiterhin Fallanstiege zu beobachten, wenn auch verlangsamt. Europa: 50% der neuen globalen Fälle. ○ Rückgang in den Fallzahlen in Nord- und Südamerika und Afrika, hier vor allem im südlichen Afrika. ○ Rückgang der Fallzahlen ebenfalls in UK und Finnland ○ 7TI allerdings überall noch auf sehr hohem Niveau. <p>! Vergleich Anzahl durchgeführter PCR Tests/Woche/100.000 Einwohner/Innen in verschiedenen europäischen Ländern; Rücknahme der Maßnahmen in DK:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ KW2 durchgeführte PCR Tests/Woche/100.000 EinwohnerInnen: D: 2.467; AUT: 41.149; DK: 22.874 ○ DK: Rücknahme der meisten COVID-verbundenen Maßnahmen: 7TI liegt bei knapp 5.000, PCR-Positivenrate von 24%; hohe Immunität in der Bevölkerung: 81% der Gesamtbevölkerung vollständig geimpft, 60% geboostert. <p>Analyse der neu-hospitalisierten Fälle pro Anzahl tägliche Fälle vor 10 Tagen: Verhältnis sinkt und stabilisiert sich. Anfang Dez.: (Delta vorherrschend) Hosp.rate 3%; 10.01.22 (Omikron vorherrschend) Hosp.rate 1,5 %. Krankenhausbelegung und Anzahl Patienten auf ITS, die beatmet werden, sind rückläufig. In Krankenhäusern sieht man eine Zunahme an COVID-Diagnosen als Nebenfund, vor allem in den jüngeren Altersgruppen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitalisierungen in NY State: auf hohem Niveau; größte Zunahme bei Kindern 0-4 und 12-18 (über 800% Zunahme). 0-4-Jährige: 54% der Kinder hatten keine Komorbiditäten, 64% mit Symptomen. 47% waren aus anderen Gründen als COVID-19 im Krankenhaus. <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 9.429.079 (+190.148), davon 117.484 (+170) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 1.073,0/100.000 Einw. ○ DIVI Intensivregister 2.274 (-89) ○ Impfungen, s. Folie ○ Trendbericht: Positivenanteil und Anzahl PCR-Tests steigen, Anteil COVID an SARI auf ITS gehen zurück; Todesfälle sind leicht rückläufig. ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Berlin, Hamburg, Bremen Spitzenreiter, Anstiege sind in 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>allen Bundesländern zu sehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz Kreise: Nur 39 Kreise liegen in der Inzidenz noch unter 500. ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen: Höchste Inzidenz bei den 5-9-Jährigen (2.365), was einer Verdopplung von Woche 2 auf Woche 3 entspricht. Auch in den Altersgruppen Ü60 sind Anstiege zu beobachten, wenn auch nicht ganz so stark wie bei den Kindern. ○ Hosp. Inzidenz: leichter Anstieg in allen Altersgruppen <p>Diskussion/Ergänzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht nur auf COVID-19 Meldedaten schauen, sondern diese auch im Kontext betrachten. Nach Außen wird dies bereits im Lagebericht kommuniziert. ○ SARI Fälle Kinder und Jugendliche, mit und ohne COVID-Diagnose: SARI Fälle steigen leicht an. Hospitalisierungen liegen deutlich unter dem Niveau der Vorjahre. ○ Ist der Rückgang in der ITS-Belegung auf den Rückgang von Delta zurückzuführen? Antwort: Ja, und zudem noch niedriger Anteil an Omikron, und bisher sehr stark jüngere Altersgruppen betroffen. 	<p>FG36</p> <p>FG17</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Februar: Aufbau Sequenzierkapazitäten in Montenegro ○ Anfang März Aufbau Laborkapazitäten im Kosovo ○ 2 SEEG Missionen: Labortraining in Tadschikistan (13-24 Feb) und ein Rapid Response Team nach Gambia (März) ○ Zudem 2 Missionen: COVID Response Elfenbeinküste und Burkina Faso ○ Corona Global: Laborunterstützung Madagaskar ○ Zusammen mit Abt. 3: diese Woche Beendung einer Mission in der Ukraine 	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ > 41,5 Mio. Downloads 35.500 Follower, ▪ > 1,5 Millionen, die mit PCR-gewarnt haben, >40.000 Warnende/Tag ▪ > 12 Mio. empfangene Warnungen, 700.000/Tag ▪ Version 2.17 (Anfang Februar) ▪ (Luca-Verträge werden gekündigt -> Check-in-Funktion wird wichtig) ▪ Viele Anfragen zur Änderung der PCR-Priorisierung, und Auswirkungen auf die CWA; zudem viele Anfragen zu 2G, 2G+ und Booster-Darstellung (hier wird eine Sprachregelung mit dem BMG entwickelt). ▪ Rote Kacheln führen momentan nicht zu Frust bei Nutzern. <p>Ergänzung: Anfrage Testkoordinatoren/Innen und Bundesländer: Nutzung CWA durch Testzentren? Es gab Ansätze für ein CWA Schnelltestportal: Zentren könnten über</p>	<p>FG21</p> <p>Diercke/ Hamouda</p>



	<p>Portal und dessen Anbindung an DEMIS Meldungen direkt übermitteln. Gespräche hierzu fanden bereits mit T-Systems statt. Von Seiten des BMG wurde keine Erweiterung der CWA-Funktionalitäten gewünscht. Gespräche hierzu könnten nochmal aufgenommen werden.</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Keine Änderung</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stellungnahme Kommunikation wurde gestern verabschiedet, wird zeitnah auf Seite des Bundeskanzleramtes publiziert. ○ Stellungnahme zu Kindern in der Pandemie: Feedback dazu und Bewertung im Haus deckte sich zu 100% mit Ansicht anderer Experten/innen; wird überarbeitet. ○ Stellungnahme Panel: Federführung Hr Wieler, Hr Drosten, Hr Streek. Von Hr Bosnjak in Vorbereitung. 	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Digitales Kitapaket zu Impfungen bei Kindern (Plakat und Merkblatt) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege ○ Für Anfang Feb. Ist ein ähnliches Paket für Schulen geplant ○ Anfang Feb.: Merkblatt Impfen in Pflegeeinrichtungen ○ Das Merkblatt zu Auffrischimpfungen wurde aktualisiert ○ Kommunikation zu Novavax in Planung <p>Alle Merkblätter sind in D, in leichter Sprache Deutsch, in Englisch, Französisch, Türkisch, Arabisch und Russisch erhältlich.</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Kurz-Link zum Kontaktpersonenmanagement wurde auf Wunsch des BMG umgelenkt: Verlinkung auf Tabelle. ○ Viele Anfragen ob Patienten mit COVID-19 oder aufgrund von COVID-19 im Krankenhaus aufgenommen werden. Einige Bundesländer weisen dies bereits aus. Unterscheidung ist fachlich nicht sinnvoll. <p>Ergänzungen hierzu: Anhand der ICOSARI-Daten im Lagebericht ist der Vergleich zu den Meldedaten möglich (S. Buda). Es sollte bei Anfragen auf ICOSARI Daten verwiesen werden.</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Presse gerade stark thematisiert: Anzahl PCR Testungen Deutschland im Vergleich zu Anzahl PCR Testungen in Wien; komplett andere Logistik: Bürger/Innen führen selber Probenentnahme durch (Videoüberwacht), gefolgt von Pooltestung. Logistisch in den nächsten Wochen 	<p>BZgA</p> <p>Presse/Alle</p>



	<p>in D nicht umsetzbar.</p> <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Twitter: aktualisierte FAQ zu longCOVID, Vorbereitung für Instagram ○ Info: Was ist zu tun, wenn jemand in meinem Haushalt COVID hat? Info zu Quarantäne und Isolation. 	<p>P1/Alle</p>
<p>7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion Fallerrfassung: Aufgrund der limitierten PCR-Testungen: Vorschlag der Aufnahme der Antigentests in Fallerrfassung. Dieser Vorschlag ist nicht sinnvoll, zudem ist weder sinnvoll noch möglich eine Vollerfassung anzustreben. <p><i>To Do: In den Jour Fix mit BMG aufnehmen (E. Antao?).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergang in die Endemie/Deeskalationsstrategie Sollte stufenweise erfolgen, und erst nachdem der Omikron Peak erreicht ist. Arbeitsgruppe soll gebildet werden, erstes Treffen Montag, 31.01. <p><i>To Do: Aufgabenzuweisung durch Lagezentrum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Umsetzung der MPK Beschlüsse vom 24.01.22/ Erlasse dazu (ID5010) ○ Genesenenstatus-Verkürzung: sollte von RKI-Seite genauer erläutert werden; Erklärung ging an den Minister zur Kenntnis. Momentan keine Aktion notwendig; wird nächste Woche veröffentlicht. Kann bei Nachfragen durch die Presse versendet werden. ○ Genesenennachweis: Mittels 1 oder 2 AG-Tests? Nur durch einen Test, alles andere wäre in der Praxis nicht umsetzbar. ○ Email Hr Rottmann zu Erlassbericht ID5010 an LZ, 28.01 : LAMP- Tests sollten nicht extra erwähnt werden, da eine Form der NAT POC. Genesen-Geimpfte (Antikörper-Nachweis gefolgt von Impfung): Wo einsortieren? Werden den Geimpft- Genesenen gleichgestellt. Es werden hier durch Kürze der Formulierung falsche Anreize für die Labordiagnostik und Nachfrage nach Antikörpertests gesetzt. Eigentlich ist diese Gruppe durch der Formulierung „Nach einer Infektion“ bereits abgedeckt. <p><i>To Do: Rückmeldung an Hr Rottmann durch U. Rexroth.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ J. Hanefeld: Vorstellung eines Working Papers der JHSPH zu Effekten von Lockdowns auf COVID-19-Mortalität Folien. ○ Ergebnis der Metaanalyse: Lockdowns in Europa und den USA waren nicht effektiv. 2 Paper aus ZIG zu Wirksamkeit der NPIs: Ähnliche Methodik, andere Ergebnisse. JHSPH hat sich nur eine Maßnahme 	<p>AL3</p> <p>LZ</p> <p>VPräs/alle</p> <p>ZIG</p>



	<p>angeschaut; Einzelmaßnahmen zeigen i.d.R. sehr niedrigen Effekt; Zusammenführen mehrere NPI hat Effekt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bekanntes Problem: Implementierungstiefe kann nicht wirklich bewertet werden. ○ Um Implementierungstiefe zu bewerten: Neue Studie BUA: Pandemic non-pharmaceutical interventions to flatten the curve: needs, effectiveness and impact in the global South - the example of Ghana (Busse, Brockmann, Drosten, Hanefeld, Sander) 	
8	<p>Dokumente <i>(nur freitags)</i></p> <p>Keine</p>	Alle
9	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <p>STIKO</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Di /Mi Stellungnahmeverfahren: Empfehlung für Novavax; 4. Impfdosis für Ü70 und Menschen mit Immundefizienz (Mindestabstand: 3 Monate), sowie Mitarbeitende im Gesundheitswesen (Mindestabstand: 6 Monate). ! In der Abstimmung: Update Kinderimpfung für 5-11-Jährige: mögliche Boosterung sowie Ausdehnung der Empfehlung auf alle Kinder dieser Altersgruppe. ! Living syst. Review wird gerade aktualisiert: Wirksamkeit der Impfung bei Omikron. <p>Weitere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! COVIMO Erhebung, Auswertung Welle 9: Sonderauswertung- Impfquotenmonitoring in D als Einwanderungsgesellschaft ○ Folien hier. ○ 2 Stichproben in 9 Welle: Eingewanderte und ihre direkten Nachkommen, im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. ○ Jeweils ca. 1000 Interviews, in verschiedenen Sprachen geführt. ○ Impfquote nach Migrationsgeschichte: etwas geringer als Impfquote bei Bürgern ohne Migrationsgeschichte. Impfbereitschaft allerdings höher. ○ Besser Sprachkenntnisse: höhere Impfquote ○ Erklärungsansatz: Migrationsgeschichte und Zusammenhang Impfquote: Unterschied erklärt durch Einkommen, Bildung und Alter, sowie Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen und Sprachbarrieren. ○ Empfehlungen: Zielgruppen-gerichtete Impfkampagne, Vertrauen schaffen. ○ Publikation für nächste Woche in Vorbereitung und Infoveranstaltung mit Uni Bielefeld und Gesundheitsministerium Bremen. ○ Studiendaten liegen dem BMG und Bundeskanzleramt 	FG33



	<p>teilweise schon vor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: wie wurde Diskriminierung im Gesundheitswesen abgefragt? – Mittels 5-Punkte-Skala: „sehr häufig“ bis „niemals“. 	
10	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 557 Proben, davon: 519 vollständig untersucht 67 (13%) SARS-CoV-2 16 RSV 64 Rhinovirus 17 Parainfluenzavirus 14 Influenzavirus 61 saisonale (endemische) Coronaviren</p> <p>ZBS1 ! 162 Proben, davon 67 pos. 41.4%</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance (nur freitags)</p> <p>! Software kommt teilweise an ihre Grenzen. ! 10 Mio Fälle, die täglich abgefragt werden müssen. ! Digitalisierung der KH-Meldungen (direkte Meldung an Gesundheitsämter): Vom BMG vorgegebenes Thema, das bei der DEMIS Weiterentwicklung gerade berücksichtigt wird. Die Datenqualität wird hierdurch nicht verbessert. Hier wird evtl. eine Parallellösung generiert, die nicht nachhaltig ist. Fachliche Argumente wurden bereits vorgebracht. <i>To Do: Thema sollte in Jour Fix mit dem BMG nochmal angesprochen werden.</i> ! Für ESRI müssen Gesamtdaten zur Verfügung gestellt werden, sonst Diskrepanz zu den Bundesländern.</p>	<p>FG32</p> <p>E. Antao?</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>Das LZ wurde vor 2 Jahren in Betrieb genommen Info mit Eckdaten zu LZ durch U. Grote per Mail versendet</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine Keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nachfrage Isolierung in Pflegeeinrichtungen: Rückmeldung von verschiedenen Seiten, dass die Empfehlungen kaum noch einzuhalten sind. Weiterleitung der Anfrage durch Hr Wieler an T. Eckmanns.</p>	FG37
	<p>Nächste Sitzung: Montag, 31.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:06



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 31.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Tim Eckmanns |
| o Lothar H. Wieler | ! FG38 |
| o Esther-Maria Antão | o Maria an der Heiden |
| ! Abt. 1 | o Claudia Siffczyk
(Protokoll) |
| o Martin Mielke | ! ZBS7 |
| ! Abt. 2 | o Christian Herzog |
| o Michael Bosnjak | o Agata Mikolajewska |
| ! Abt. 3 | ! MF2 |
| o Osamah Hamouda | o Torsten Semmler |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! P1 |
| ! FG14 | o Christina Leuker |
| o Mardjan Arvand | ! Presse |
| ! FG17 | o Ronja Wenchel |
| o Thorsten Wolff | o Marieke Degen |
| o Djin-Ye Oh | ! ZIG1 |
| ! FG32 | o Mikheil Popkhadze |
| o Michaela Diercke | ! BZgA |
| ! FG36 | o Linda Seefeld |
| o Walter Haas | |
| o Silke Buda | ! Weitere |
| o Julia Schilling | o Wiebe Külper-Schiek |
| ! FG37 | |



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 SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 9.815.533 (+78.318), davon 117.786 (+61) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.176,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.999.870 (75,8%), mit vollständiger Impfung 61.501.394 (74,0%), mit Auffrisch- Impfung 43.895.972 (52,8%)</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HH, BE, HB weiterhin höchste Inzidenzen, gefolgt von HE, BY, BB, NRW: Inzidenzanstieg in bevölkerungs-reichen BL begründet weiteren Anstieg bundesweit 2. HH, BE, HB berichten Erfassungsprobleme und Rückstau vieler Fälle 3. In Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen auch Anstiege zu beobachten 4. In allen BL inzwischen einheitlich viele Kreise mit sehr hohen Inzidenzen 5. Höchste Inzidenzen in Berlin Tempelhof-Schöneberg sowie auch LKs in Bayern, Berliner Stadtbezirken 6. Die höchsten Inzidenzen sind weiterhin bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen (>3.000/100.000), dann 15-34-Jährigen, dann 35-59- und unter 5-Jährigen. 60+ bundesweit niedrigste Inzidenzen, minimal ansteigend. 7. Die Hospitalisierungsinzidenz nimmt zu. 8. <p>Diskussion:</p> <p>! Farbgebung: Eine neue Farbkategorie für eine Inzidenz von über 2.000/100.000 Einw. erscheint nicht sinnvoll, da diese nicht logisch begründbar erscheint; es suggeriert zudem eine Relevanz für weitere Maßnahmen, die nicht besteht. Es wird davon ausgegangen, dass der Peak der Erkrankungen in etwa 2 Wochen erreicht wird. In einigen BL scheinen sich die Fallzahlen bereits zu verringern. Die Farbgebung wird beibehalten.</p> <p>! Abwassersurveillance: Im 14-tägigen Treffen mit den Experten aus NL, DK, AUS berichteten gestern die NL über ihre Abwassersurveillance: Die SARS-Cov2-Daten aus über 350 Messpunkten mit regionaler Abdeckung, die 3x/Woche erhoben werden, korrelierten gut mit den derzeit hohen Inzidenzen in der Bevölkerung. Es werde in NL in Betracht gezogen angesichts der hohen Inzidenzen in der Berichterstattung umzuschwenken auf diese Daten. Auch andere Erreger sind abgedeckt.</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>Hamouda, alle</p> <p>Wieler, alle</p>

	<p>! Abwassersurveillance könne auch in D ein ergänzendes Monitoring darstellen. Eher Instrument zur Früherkennung neuer Erreger. Gute Korrelation mit Bevölkerungsdaten bei hoher Krankheitslast möglich. Aber keine Information zu Einzelfällen, betroffenen Bevölkerungsgruppen, bzw. ob es sich um Infektionen oder Erkrankungen handelt, möglich. Nur ein ergänzendes Instrument.</p> <p>! Wird in D gerade aufgebaut, erscheint sinnvoll, auch für andere Erreger, aber es gibt derzeit auch einige ungeklärte Fragen und Diskussionen z.B. zu gerichtsfesten Cut-Off-Werten.</p>	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>nicht berichtet</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Erster Entwurf (FG36/FG38) wurde vorgestellt (hier), Punkte u.a. Risikoabstufung von sehr hoch auf hoch Deutliche Kürzung und Fokussierung auf umsetzbare Empfehlungen Ziel: schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren und allen bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen Empfehlung zur Arztvorstellung bei Symptomatik gestrichen</p> <p>Kürzungen werden begrüßt, Risikoherabstufung angesichts geringerer Schwere der Erkrankungen durch Omikron-Variante, sowie geringerer ITS-Auslastung nachvollziehbar, aber Datenlage zu Hochaltrigen in Deutschland noch nicht ganz klar; Auslastung der Normalstationen muss beachtet werden Ungeimpfte Kinder (<5 J.) können erkranken und versterben, auch Long-COVID nicht ausgeschlossen; Mortalität der Kinder höher als bei Influenza, sehr hohe Inzidenzen in dieser Altersgruppe; auch Immunsupprimierte durch sehr hohe Inzidenzen gefährdet Niedergelassene derzeit sehr stark ausgelastet; Empfehlung ggf. auf „Vorstellung insbesondere bei Symptomen von Personen mit Risikofaktoren“ präzisieren Definition Vulnerabilität: es muss unterschieden werden zwischen Bevölkerungsgruppen, die das grundsätzliche Risiko schwerer COVID-19-Verläufe tragen und Bevölkerungsgruppen, mit hohem Ansteckungsrisiko durch Infektionskrankheiten Anpassungen sind notwendig. Derzeit sind Auswirkungen von BA.2 im Vergleich zu BA.1 noch nicht abzuschätzen, auch das Timing der Veröffentlichung einer Anpassung der Risikobewertung muss beachtet werden. Die Kommunikation</p>	<p>Abt. 3</p> <p>Buda/Rexroth</p> <p>alle</p>



	<p>ist wichtig: kein Strategiewechsel sondern eine Strategieanpassung, in der für relevante Bereiche die Empfehlungen vertieft werden.</p> <p>Allgemein werden Kürzungen begrüßt, die Risikoabstufung von vielen begrüßt. Ein paar einzelne Punkte müssen nachgeschärft werden, zB. Risikobewertung für Hochaltrige, Altenpflegeheime, bzw. Kinder: Bewertung aus Datenlage z.T. für Deutschland noch nicht abschließend möglich, und bedarf zusammen mit der Risikobewertung für Kinder sorgfältiger klarer Formulierungen, ebenso wie die Empfehlungen zur Vorstellung bei Symptomen in der Ärzteschaft</p> <p>TO DO: Entwurf wird zur schriftlichen Kommentierung in Runde geschickt zur internen fachlichen Abstimmung Entwurf wird danach an die Leitung des BMG geschickt</p> <p>Wichtig: Änderungen der RKI- Empfehlungen und auch der Risikobewertung vor Veröffentlichung an Leitung des BMG schicken/ mit Leitung des BMG abstimmen und so klare Aktenlage schaffen</p>	
<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Die Stellungnahme Kinder ist derzeit in Überarbeitung. Die Stellungnahme Kommunikation ist veröffentlicht.</p>	<p>Wieler</p>
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Aktivitäten neu: Merkblatt für die Zielgruppe Pflegepersonal Digitales Merkblatt zur Quarantäne und Isolierung Digitales Paket zu „Schule“ in mehreren Sprachen (D, D: leichte Sprache, Russ., Franz., Engl., Arab., Türkisch): wird im Februar versendet</p> <p>Diskussion: Dringende Bitte darum, aktuelle Merkblätter für Pflegepersonal und zur Quarantäne und Isolierung vorab mit RKI fachlich abzustimmen, um diese mit RKI-Empfehlungen und MPK-Beschlüssen einheitlich abzugleichen</p> <p>TO DO: Werden an Lagezentrum geschickt und intern zur fachlichen Abstimmung an FG verteilt</p> <p>Presse</p> <p>Derzeit keine Neuigkeiten Hr. Wielers Retweet des Postillion-Beitrages zur Homöopathie hat sehr großen Anklang in der Community gefunden</p> <p>P1</p> <p>Änderung zur Absonderungstabelle, kommt da etwas? Derzeit wird noch auf die Rückmeldung des BMG (Hr.</p>	<p>BZgA</p> <p>FG14, FG 36</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	Rottmann) gewartet, das Lagezentrum hatte schon explizit nachgefragt.	
7	RKI-Strategie Fragen Allgemein nicht berichtet RKI-intern nicht berichtet	Alle Abt. 3
8	Dokumente nicht berichtet	Alle
9	Update Impfen (nur freitags) nicht berichtet STIKO xxx	FG33
10	Labordiagnostik FG17 • nicht berichtet ZBS1 • nicht berichtet	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement nicht berichtet	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle



17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

Ende: 14:02 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 02.02.2022, 12:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar H. Wieler
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 -
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Dschin-Je Oh
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG32
 - Michaela Diercke
 - Benedikt Zacher
- ! FG33
 - Wiebe Külper
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG 35
 - Christina Frank
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG38
 - Maria an der Heiden
 - Christian Wittke (Protokoll)
- ! ZBS7
 - Christian Herzog
- ! MF 2
 - Torsten Semmler
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! P1
 - Ines Lein
- ! P4
 - Susanne Gottwald
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
 - Andrea Rückle





	<ul style="list-style-type: none">○ Starker sich fortsetzender Abfall in SN, TH○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad<ul style="list-style-type: none">○ Rückgang der verschiedenen Behandlungsgruppen○ Anzahl der Fälle mit unbekannter Behandlung nimmt anteilig zu○ Invasive Beatmungskapazität<ul style="list-style-type: none">○ Freie Kapazitäten nehmen zu. Entlastungstrend setzt sich fort.○ ECMO-Kapazität<ul style="list-style-type: none">○ Belastung durch COVID trotz Rückgang noch immer sehr hoch○ Freie Kapazitäten nehmen zu○ Entwicklung nach Altersgruppen<ul style="list-style-type: none">○ Zunahme bei den 70-79-Jährigen sowie bei 80+○ 0-17 u. 18-29-Jährige Plateau auf hohem Niveau○ ITS-Belegung mit Nachweis Virusvarianten: Rückgang Delta, Zuwachs Omikron, Plateau/Anstieg bei unbekannt○ Omikron-ITS-Fälle<ul style="list-style-type: none">○ 204 Fälle; grob 7 Tage Verdopplungszeit○ SPoCK-Prognose<ul style="list-style-type: none">○ Für Deutschland insgesamt leichter Rückgang/ Seitwärtsbewegung prognostiziert○ Rückgänge in NRW○ Anstieg in SL, Abfall in RLP, Verweis auf Betrachtung einzelner BL <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none">○ Folien hier○ Grippe Web:<ul style="list-style-type: none">○ 4.800 ARE pro 100.000 Einw. in KW 4○ Insgesamt knapp 4 Millionen ARE in D, unabhängig von einem Arztbesuch (3. KW: knapp 4,2 Mio.)○ ARE-Rate in KW4 gesunken, Anstieg hat sich zunächst nicht fortgesetzt, dadurch Nähe zur Werten vor der Pandemie nicht mehr gegeben (in KW 4).○ Im Vergleich zur 3. KW 2022: Bei den Kindern gesunken, bei den Erwachsenen leicht gestiegen (betrifft hauptsächlich jüngere Erwachsene (15 bis 34 J.)○ Durch Rückgang auch bei Kindern nicht mehr im Wertebereich wie vor der Pandemie.○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none">○ 4. KW 2022: höher als letztes Jahr, im Bereich der	FG 36 (Buda)
--	---	--------------



	<p>Saisons vor der Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rund 1.470 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in D) ○ KonsInz insgesamt relativ stabil geblieben: in KW 4: 1.470 (Vorwoche: 1.450) ○ KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr, Im Bereich der vorpandemischen Saisons, Ausnahme 0-4J.: Dort liegt die KI aktuell nicht ganz so hoch wie vor der Pandemie ○ Regionale Unterschiede: Anstiege in BW, BY; Rückgang in den BL SH, HH, BB ○ Insgesamt noch ein relativ uneinheitliches Bild <p>○ ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 4. KW 2022: Rund 380 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose / 100.000 EW (= rund 320.000 ARE-COVID-Arztbesuche in D) <p>○ ICOSARI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt stabil geblieben ○ in KW 3/2022 unter vor-pandemischen Niveau; 10 Influenza-Fälle in aktueller KW (vorher/in 2021 zwischen 1-6 pro Woche); betroffene AG: alle U80 ○ Leichter Rückgang in AG 0 bis 4 Jahre sowie 80 Jahre ○ Weitgehend stabil in allen anderen Altersgruppen ○ Größter Anteil an COVID-Fällen in der Altersgruppe 35-59 (70%) <p>○ Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz von 5,0 pro 100.000 Einw. (stabil geblieben) ○ Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-4 in den vergangenen Wochen sowohl in Meldedaten als auch ICOSARI höher als in vorherigen Wellen ○ AG 0-4 mit höchster Hospitalisierungsinzidenz nach AG 60 Jahre und älter; Anstieg in AG 80+ <p>○ Intensivbehandlung SARI-Fälle bis zur 4. KW 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutlicher Rückgang der SARI-Intensivpatienten in AG 35 bis 79 seit Jahresbeginn <p>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Jahresbeginn rascher Anstieg ○ Starker Verzug aufgrund von Nachmeldungen ○ Ausbruchsgröße vom Median her relativ gleichgeblieben <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ KW 4/22: 141 Einsendungen ○ SARS-CoV-2-Anteil 22%, Omikron-Anteil bis KW 4/2022 auf 	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p>
--	---	--



	<p>fast 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inflenzaviren in KW 4 leichter Anstieg auf 3,1%, überwiegend A/H3N2-Viren ○ Inflenzaviren-Aktivität in Anbetracht der Jahreszeit noch immer sehr gering ○ β-Coronaviren: Rückgang OC43, Anstiege 229E und SARS-CoV-2 ○ Sonstige Atemwegsviren: HRV und HMPV Anstieg auf 15%, RSV und Parainflenzaviren rückläufig ○ <p>Testkapazität, Testungen, ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ Steigerung auf 2,54 Millionen Tests in der letzten Woche ○ Positivenanteil erneut stark angestiegen auf 40,58% ○ Testkapazitäten konnten weiterhin gesteigert werden ○ Laborauslastung extrem hoch, teilweise aufgrund von Rückstau, aber weiterhin funktionsfähig <ul style="list-style-type: none"> ○ SARS in ARS <ul style="list-style-type: none"> ○ Positivenanteil steigt in allen BL und ist in Arztpraxen höher ○ Positivenanteil in Arztpraxen von über 50% ○ Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum nimmt stetig zu. Aktuell bei 1,5 Tagen ○ Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: Weiterhin Anstieg der 5-14-Jährigen, Anstiege in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 0-4-Jährigen ○ Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen/Alten-Pflegeheimen <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl der aktiven Ausbrüche nimmt zu <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omikron-Anteil für KW 3 in Genomsequenzierung Anstieg auf 94,5%, in IfSG-Daten (KW 3) 96,0% ○ Omikron Varianten BA.1 bei 89,2%, BA.2 5,1%, BA.3 0%, B.1.1.529 bei 0,2% ○ BA.2-Variante kontinuierlich steigend ○ IfSG-Daten Omikron-Fälle (Nachweise und Verdacht): Plateau in KW 2 und 3 ○ Variantenspezifische PCR-Tests nicht zielführend ○ IfSG-Daten zu Omikron <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteil Personen ohne vollständigen Impfschutz leicht gestiegen ○ Anteil der 5-14-Jährigen weiterhin gestiegen, Anteil der 15-34-Jährigen leicht gesunken, alle anderen Altersgruppen unverändert 	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p> <p>FG 32 (Zacher)</p>
--	---	---



	<p>Überblick SARS-CoV-2 Genomsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg der Omikron BA.2 Linie auf 6,7% (KW 4) <p>Vergleich der Krankheitsschwere Omikron-Delta</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Folien hier ○ Fälle mit Meldedatum zwischen 1.11.21 und 17.01.22 aus dem Laborsample der IMS Genomsequenzen (Datenstand 01.02.2022) ○ Im Datensatz 33.577 Delta und 6.025 Omikron-Fälle, Vollständige Angaben bei 37% der Fälle ○ Limitationen: Vollständigkeit abhängig von Auftreten neuer VOC und Gesamtinzidenz, Peakzeiten für VOC in Phasen unterschiedlicher Immunisierung oder Seroprävalenz, Stichproben aus der IMS nur kleiner Teil der Gesamtfälle ○ Hospitalisierung + adj. OR <ul style="list-style-type: none"> ○ In fast allen Altersgruppen deutliche Reduktion bei Omikron ○ Fast alle OR unter 1; 4 Gruppen mit signifikanten Ergebnissen ○ Vergleich adj. OR IMS Stichprobe vs. alle IfSG-VOC Daten im Zeitraum <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduktion bei allen OR der über 35-Jährigen signifikant ○ Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hat die Influenza-Welle offiziell in Deutschland begonnen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Nein, die Welle hat nicht offiziell begonnen. Aktuell noch im Bereich der Hintergrundaktivität ○ Bei den Jüngeren sieht man keinen Unterschied im Impfstatus bzgl. der Krankheitsschwere Delta-Omikron und bei den Älteren schon? <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung ○ Für Grundimmunisierung + Auffrischimpfung zu wenig Daten in den einzelnen Gruppen ○ Frage zu den ARS-Daten: Die Positivenrate ist je nach AG z.T. sehr hoch. Inwieweit lässt sich abschätzen ob durch die Diskussionen zum verkürzten Genesenenstatus Personen, die sich noch im 2G-Bereich wähnten, sich nun eine Bestätigung holen um wieder in diesen zu gelangen? Es ist ein großer Unterschied zu der Sentinel Surveillance. <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sind weitgehend die Arztpraxen und es ist davon auszugehen, dass die Kinder vor allem dort 	<p>Praes Zacher</p> <p>Buda Eckmanns</p> <p>Eckmanns</p> <p>Haas</p> <p>Schaade Zacher</p>
--	--	--



	<p>sind. Was dahinter steckt ist mit Hilfe von Informationen aus den verschiedenen Systemen zu interpretieren. Der genannte Verdacht kann nicht aus den Daten gelesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage zu der Abbildung von Testungen in KH, Arztpraxen und anderen: Was steckt hinter den anderen 400.00 PCR-Tests? <ul style="list-style-type: none"> ○ Das sind die Testzentren, in denen offizielle PCR-Tests gemacht werden. ○ Hinweis auf labordiagnostisch gesicherte Meldedaten von Schwere bei Kindern und jungen Erwachsenen bzgl. Delta-Omikron. Dass es keinen Unterschied in der Hospitalisierung gibt, könnte statt mit fehlenden Schwereunterschied, auch als Hinweis darauf interpretiert und erklärt werden, dass die Hospitalisierung unabhängig von Delta oder Omikron erfolgt, da es sich hier um Hospitalisierungen mit Infektionsnachweis handelt. ○ Frage an Zacher: Sind es genug Daten um zu publizieren? Könnte man es so interpretieren, dass die vollständige Impfung gegen Delta besser schützt als gegen Omikron? Würde es Sinn machen OR Delta vs. Omikron bei Zweifach-Geimpften zu berechnen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Interpretation der Daten Limitationen berücksichtigen ○ Bezüglich der Datenmenge: Entscheidung treffen Beschränkung auf Laborsample oder alle Daten mit einbeziehen ○ Limitationen transparent machen, offenlegen und mutig sein zu publizieren ○ Die Datenmenge ist noch etwas gering (aktuell bis 17.01.22). Aussagekraft steigt in den nächsten Wochen. Weitere Faktoren zu berücksichtigen ist denkbar. 	<p>Kröger</p>
<p>2</p>	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung Risikobewertung zu COVID-19: Diskussion editierter Änderungsentwurf Abgelegt hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deeskalation von „sehr hoch“ auf „hoch“? ECDC empfiehlt Vorgehensweise bei Impfquote ab 75% ○ Abwarten, da die Zahlen in BL mit geringer Impfquote steigen 	



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abstufung auf „hoch“ sinnvoll bei zeitgleich guter Erklärung. Einschätzung auf „sehr hoch“ erfolgte damals z.T. durch Unsicherheit der Schwereinschätzung bei Omikron ○ Abstufung, da nun bessere Aussagekraft und um das Vertrauen der Bevölkerung in das RKI zu steigern ○ Aktueller Kenntnisstand bei Bewertung zugrunde legen Dieser rechtfertigt eine Abstufung. ○ Abstufung sollte in einem größeren Kontext kommuniziert werden. Zudem könnte der Eindruck entstehen, dass Omikron der Grund für eine Deeskalation ist. ○ Das Dokument signalisiert einen Strategiewechsel: Fokussierung nur noch auf Vermeidung schwerer Erkrankungen. Es sollte genau erklärt werden, warum ein Strategiewechsel vorgenommen wird. ○ Falls wir auf „hoch“ runter gehen, sollte die Stratifizierung (Krankheitsschwere) nicht gestrichen werden: Das wäre dann eine positive Botschaft im Hinblick auf Omikron (Ungeimpft: Hoch, 2x geimpft: moderat, geboostert: niedrig?) falls so machbar. ○ Krankheitsbelastung ist nach wie vor hoch / höher geworden ○ Abstufung von sehr hoch auf hoch wird in der jetzigen Situation als Signal der Lockerung von der Bevölkerung aufgefasst. Schaden für das RKI könnte groß sein. Aktuell besteht noch keine Notwendigkeit für Abstufung Strategiewechsel sollte gut mit dem BMG kommuniziert werden ○ Vulnerable Gruppen bei Kindern sollten im Entwurf Berücksichtigung finden ○ Vulnerable Gruppen ja, aber nicht auf eine bestimmte Altersgruppe beschränken ○ Keine Notwendigkeit einer Abstufung zum jetzigen Zeitpunkt. Der Entwurf sollte zur Vorbereitung mit dem BMG abgestimmt werden ○ Kommunikation bei Deeskalation sehr wichtig. Es sollte weiterhin als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. ○ Entwurf wird noch einmal intern abgestimmt. Das Ziel sollte sein, dieses Papier dem BMG in der Woche vor der MPK vorlegen zu können. 	<p>Alle</p>
--	---	-------------

5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stellungnahme zur Deeskalation wird vorbereitet ○ Stellungnahme Kinder wurde überarbeitet; neuer Entwurf wurde erstellt ○ Diskussion zum Genesenenstatus; Unterschied zwischen Genesen und Geimpft wurde hervorgehoben ○ Mögliches vorbereitendes Gespräch zu RKI Panel 	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen in Fertigstellung ○ Zusammengefasstes Merkblatt zu Quarantäne und Isolierung in Abstimmung ○ Merkblatt zum Impfstoff von Novavax wird vorbereitet <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kein Update seit Montag <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hintergrundgespräch zur Modellierung der Omikronwelle am 03.02.2022 10 Uhr ○ 3 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Werden die Antigen-Tests morgen schon im Wochenbericht ausgewiesen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erst auf schriftlicher Anweisung des BMG ○ 2. Wie ist der aktuelle Stand der Absonderungstabellen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die beteiligten Institutionen sind noch in der Abstimmung. Derzeit keine weiteren Informationen des BMG. ○ 3. Haben wir eine Botschaft für den Wochenbericht morgen auf Twitter? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchhalteparole in Bezug auf Maßnahmen 	<p>Rückle</p> <p>Lein</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>Hamouda</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ECDC Transition Diskussionspapier. Wer kann/soll das vom RKI für das BMG kommentieren? <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussionspapier zeigt Strategieanpassung mit 	Alle



	<p>Konzentration auf schwere Verläufe. Fokus auf Syndromische Surveillance. Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, Verhaltensaspekte, Impfungen etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Papier wird morgen im Advisory Forum diskutiert. Zuletzt wurde das Risk Assessment vom ECDC von vielen Staaten als zu alarmierend kritisiert. Daraufhin ist dieses Papier entstanden. ○ Syndromische Surveillance in den Vordergrund rücken auch im Interesse des RKI. Stellungnahme sollte unterstützend verfasst werden. ○ Maria adH schreibt Stellungnahme. Walter Haas bietet Unterstützung an. <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Maria adH</p> <p>Hamouda</p> <p>Maria adH</p>
8	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p> <p>STIKO (nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 nicht besprochen</p> <p>ZBS 1</p>	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet</p>	FG14



13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 04.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:55 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 04.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG36 | ○ Hendrik Wilking |
| ○ Lars Schaade | ○ Walter Haas | |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Silke Buda | |
| | ○ Stefan Kröger | |
| | ○ Julia Schilling | |
| ! Abt. 1 | ! FG37 | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Martin Mielke | ! FG38 | ○ Maria an der Heiden |
| ! Abt. 2 | ○ Inessa Markus(Protokoll) | |
| ○ Michael Bosnjak | ! ZBS7 | ○ Christian Herzog |
| ! Abt. 3 | ! ZBS1 | ○ Janine Michel |
| ○ Osamah Hamouda | ! MF3 | ○ Nancy Erickson |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! MF4 | ○ Martina Fischer |
| ○ Janna Seifried | ! P1 | ○ Ines Lein |
| ! FG12 | ! P4 | ○ Susanne Gottwald |
| ○ Annette Mankertz | ! Presse | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG14 | ! ZIG | |
| ○ Melanie Brunke | ○ Johanna Hanefeld | |
| ○ Mardjan Arvand | ! ZIG1 | ○ Romy Kerber |
| ! FG17 | ! ZIG3 | ○ Sabrina Weiß |
| ○ Ralf Dürrwald | ! BZgA | ○ Andrea Rückle |
| ○ Djin-Ye Oh | | |
| ! FG21 | | |
| ○ Wolfgang Scheida | | |
| ! FG25 | | |
| ○ Christa Scheidt-Nave | | |
| ! FG32 | | |
| ○ Michaela Diercke | | |
| ! FG33 | | |
| ○ Thomas Harder | | |
| ! FG34 | | |
| ○ Viviane Bremer | | |
| ! FG35 | | |
| ○ Klaus Stark | | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>Weltweit: Folien hier Datenstand: WHO, 02.02.2022 Fälle: 380.321.615 Todesfälle: 5.680.741 (CFR: 1,5%) Weltweite Fallzahlabnahme um 7.6% im Vgl. zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: USA, Frankreich, Indien, Brasilien, Deutschland, Italien, Russland(neu), UK, Türkei, Japan(neu) Auffällig in Russland die niedrige Impftrate USA, Frankreich, Indien und Italien abnehmender Trend Indien und auch Argentinien zeigen starken Anstieg WHO Sitrep (Datenstand 30.01.2022): Ähnlich zu Vorwoche Anstieg der Fallzahlen in Regionen: Westpazifik, südöstlichen Mittelmeerregion und Europa Afrika, Südostasien sind die Fallzahlen stabil Sinkenden Fallzahlen bei Todesfällen in Afrika (-7%) und Europa (-2%) Afrika rückläufige Fallzahlen, Anzahl der Neuinfektionen wie zu Beginn der Omikron-Welle. Botschaftsberichte bestätigen die positive Entwicklung der Lage vor Ort (Maßnahmen, KH- Auslastung) Tonga berichtet den ersten COVID-19 Ausbruch seit Beginn der Pandemie (5Fälle) und befindet sich im Lockdown. Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 28.01.2022): Keine Veränderungen, weiterhin sehr hohe Inzidenzen Folie: Virusvariante Omikron – Weltweit (01.02.2022) Folie: GISAID Omicron weltweit: Aktuell nur noch 6,7% VOC Delta BA.2 in manchen Ländern über 50%, Dänemark mittlerweile dominant Vorläufige Ergebnisse aus Haushaltsstudien und Übertragung von BA.1 und BA.2 In beiden Studien sieht man höhere SAR bei BA.2 Dänemark berichtet über erhöhte Suszeptibilität unabhängig von Impfstatus Bei Nicht geimpften Fällen mit BA.2 sieht man eine erhöhte Transmission in HH</p> <p>ToDo: ZIG1 bis nächste Woche folgende Aspekte beleuchten/Fragen klären: Was passiert in EU-Staaten, die Maßnahmen zurücknehmen/“öffnen“ trotz hoher Inzidenzen? Gibt es eine Beschleunigung des Infektionsgeschehens? Welche Trends? Was bedeutet konkret Öffnungen? Werden alle Maßnahmen weggelassen oder bestehen Beschränkungen? Falls ja, welche? Was ist in den Staaten hohen BA2 Anteil? Hohen Gipfel? Neue</p>	<p>ZIG1</p> <p>VPräs/FG36 /Abt3/Abt1</p>

	Modellierungen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)	
2	<p>Internationales (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Es findet demnächst eine Mission nach Madagaskar zur Unterstützung des Aufbaus von Sequenzierungskapazitäten als Teil der HCW-Studie und teilweise im Rahmen der Zusammenarbeit mit Africa CDC statt.</p> <p>Aufbau der Kapazitäten des Westbalkans (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Sept. 2020 begonnen mit multiplen Missionen in den Kosovo zur Unterstützung untersch. Bereiche (u.a. PCR-Testung in den Regionen und Sequenzierungskapazitäten) ○ Drei Missionen nach Montenegro seit April/Mai 2021 zur Unterstützung zahlreicher Bereiche gemeinsam mit unterschiedlichen Institutionen. In 2022 ist eine Summerschool mit dem Thema Datenanalyse und Bioinformatik (WALTON) durch BMG finanziert gemeinsam MF1 und P5 geplant. ○ Nordmazedonien: Unterstützung WHO Training zu Biosafety, Biosecurity und Risk Assessment im Dezember 2021 	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p> <p>240 mio. CWA-Downloads mit 40 000 PCR Test, 500 000 rote Warnung bei TN der Datenspende. Update der Löschfunktion und die Boosterquote wird nun in der App dargestellt. Da alle BL die Verträge mit Luca-App nicht verlängern werden wir die Check-in-Funktion zunehmend wichtiger.</p> <p>Diskussion: Da BL Regelungen/Kriterien für 2Gplus unterschiedlich auslegen/bestimmen, wird die Nutzbarkeit der Anzeige des Status (2Gplus) bei CWA eingeschränkt sein? In der Version 2.18 wird die Anzeige von 2Gplus möglich, die Anpassung an länderspezifische Regelungen erfolgt in der Version 2.19. Damit ist Ende März zu rechnen.</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Nicht besprochen</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p>	BZgA n.A.



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen in Fertigstellung ○ Kurzmerkblatt zum Impfstoff von Novavax wird vorbereitet <p>Presse</p> <p>Hintergrundgespräch mit Medien zu Omicron-Modellierung und die Pressekonferenz zum COVIMO-Report waren sehr gut und haben ein gutes Feedback erhalten. Großes Dankeschön an die RKI-Experten.</p> <p>Aktivität bei Twitter insgesamt (überraschend) gut (Tweets zu STIKO, EpiBull Beitrag und Wochenbericht)</p> <p>Webseite: Veränderung der Absonderungstabelle and wissenschaftliche Begründung des Genesenennachweises wurden ergänzt</p> <p>Nächte BPK kommenden Dienstag um 10 Uhr</p> <p>P1</p> <p>Diese Woche: Insta-Post zu Long-COVID und FAQ Insta-Kacheln zu COVIMO Bericht (gemeinsam mit Presse); Anpassung der Sprache an jüngere AL-Gruppen wird berücksichtigt</p> <p>FG36:</p> <p>Flyer zu syndromische Surveillance nach IfSG; Infografik und Tweet sollen die syndromische Surveillance erklären und den zusätzlichen Beitrag zu den Meldedaten. Entwurf wird mit FG32 geteilt</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Die neue Tabelle der MPK wird in einer Fußnote „Test-to-stay-Strategie“ angesprochen.</p> <p><i>„****Ausnahmen (z.B. „Test-to-Stay-Ansatz“) möglich, wenn die oben genannten Voraussetzungen, d.h. eine systematische, serielle Testung inkl. Maskenpflicht (in Schulen) in der Einrichtung etabliert sind.“</i></p> <p>Das macht die Tabelle verständlicher, diese Strategie ist in Schulen jedoch nicht in Kindergärten umsetzbar. Zu der Strategie wurde eine FAQ entworfen, diese wird am Montag im KS zur Abstimmung eingebracht</p>	<p>FG36</p>

	<p>Erregersteckbrief: Stand der aktuellen Version 26.11. 2021. Informationen zu Omikron sind darin noch nicht erfasst. Vorschlag bis zur nächsten Überarbeitung zunächst einen Disclaimer zu erstellen. Im Verlauf wird eine Fokussierung des Steckbriefs angestrebt.</p> <p>ToDo: FG36 zirkuliert den Entwurf des Disclaimers und der FAQ „Test-to-stay-Strategie“ und es wird am Montag vorgestellt</p> <p>Überarbeitung der Definition der Reinfektion (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Rahmen der zahlreichen Infektionen mit Omicron sind viele Reinfektionen zu erwarten. Dies war bisher eher selten (bei B.1.1.7/ B.1.617.2) und daher war die Falldefinition (FD) bisher sehr spezifisch. Damit diese Variable besser im Survnet auswertbar wird wurde die FD sensitiver gestaltet. Ein Infobrief für die GA ist geplant. ○ Wesentliche Änderungen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Eingabe des GA ist im Survnet möglich bei Infektionen im Abstand von mind. 28 Tagen. Zeitlicher Abstand zwischen Infektionen wird als Grundlage angenommen. 2. Am RKI werden dann „Sichere/Bestätigte und Mögliche Reinfektionen“ ausgewiesen. Nur anhand von variantenspezifischen Unterschieden/Sequenzunterschieden sind Reinfektion sicher belegbar und bei Vorliegen als „Sichere/Bestätigt“ eingestuft. Variantenspezifische PCR als Nachweis ist möglich. 3. Wahrscheinliche Reinfektion wurde herausgenommen, da es viele zusätzliche Informationen (CT-Wert etc.) benötigt und diese liegen dem RKI oft nicht vor und müssen aufwendig nach recherchiert werden. Das ist bei der erwarteten Anzahl und hohen Fallzahlen nicht möglich. ○ Es besteht eine massive Unterschätzung der Reinfektionen, dieses Vorgehen ermöglicht eine bessere Erfassung. Aktuell werden Reinfektion kaum ausgewiesen, daher sollte diese Anpassung keinen Bruch in der Berichterstattung verursachen. ○ Eine Abstimmung mit BMG ist der Leitung vor Veröffentlichung wichtig. <p>ToDo: FG32 schickt die Änderungen mit einem Begleittext ans BMG. FG36 vereinbart einen Termin mit BMG zur Erläuterung/Diskussion auf Fachebene</p>	FG36/FG32
--	--	-----------



9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Stellungnahmeverfahren zu zwei Änderungen laufen: Aufnahme von Novovax in die Impfeempfehlung und Empfehlung der zweiten Auffrischungsimpfung für medizinisches Personal und ältere Bevölkerungsgruppen. Teilnahme an der AG Impflicht mit anderen Ministerien, Zuarbeit zur Gesetzesbegründung der allgemeinen Impflicht</p> <p>STIKO</p> <p>Für Personengruppen, die zweimalig geimpft sind und anschließend genesen wird keine Boosterimpfung aktuell empfohlen. Boosterimpfung bei Novovax ist mit einem mRNA-Impfstoff empfohlen, nur bei Kontraindikation kann mit Novovax geboostert werden.</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 541 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 103 SARS-CoV-2 ○ 14 H3N2 ○ 14 RSV ○ 63 saisonale Coronaviren ○ 59 Metapneumovirus ○ 14 Parainfluenzavirus ○ 70 Rhinovirus <p>ZBS1</p> <p>192 Proben/80 (42%) positiv, zunehmend Omicron BA.2</p> <p>Die Kommentierung seitens des RKI zum Referentenentwurf der Ersten VO zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung ist aktuell bei L1 und wird heute bis 14 Uhr an den BMG übermittelt. FG32 (Diercke) und AL3 (Seifried) waren in die Kommentierung eingebunden. Die Fokussierung auf vulnerablen Gruppen könnte durch den notwendigen Selektionsprozess bei den eingesendeten Proben die Abläufe in den Laboren erschweren. Unklar ist wann die Bestätigung durch AG-Test statt PCR am Ende der Isolation in Frage kommt da Kapazitätenauslastung sehr unterschiedlich regional verteilt sein kann.</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p> <p>Abt.1</p>

11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement Heute Nachmittag findet eine TK zur Verfügbarkeit von Paxlovid mit BMG statt; Bericht erfolgt Montag Leitlinienkommission überarbeitet aktuell die Leitlinie zu COVID-19. wird aktualisiert. Fachgruppe FG COVRIN erstellt eine Übersicht zu den Empfehlungen medikamentöser Therapie.	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14



13	<p>Surveillance</p> <p>s. Dokumente FD Reinfektion</p> <p>Antigen-Testerfassung Aktueller Stand:</p> <p>BMG wünscht sich, dass Antigen-Testung besser erfasst wird um besseres Gefühl für die tatsächliche Inzidenz zu haben. RKI soll einen Vorschlag erarbeiten wie eine solche Erfassung erfolgen könnte. Abt 6. BMG bevorzugt eine aggregierte Erfassung nach Testdatum.</p> <p>- Es bestehen folgende Möglichkeiten zum Datenfluss:</p> <p>1. Die Daten werden zunächst an das GA übermittelt, hier zusammengeführt, und über die Landesebene an das RKI übermittelt.</p> <p>Herausforderung: Übersicht aller existierende Teststellen (TS) und ihre Authentifizierung. Bei einer zentralen Abfrage muss kontrolliert werden, wer auf das System zugreift und berichtet.</p> <p>2. Alle TS melden an das RKI, am RKI erfolgt die Datenzusammenführung und dann erfolgt ein Bericht an BMG und Länder.</p> <p>Die GA hätten eher eine Übersicht über Teststellen in ihrer Zuständigkeit, jedoch würde da eine Mehrbelastung für GA und evt. heterogene Daten bedeuten.</p> <p>Diskussion:</p> <p>TS sind heterogen und Länder und KV sind für die Zulassung und Abrechnung zuständig und somit in der Pflicht für die Testzahlerfassung. Das bietet auch die Möglichkeit einen besseren Überblick über die lokale Situation zu erlangen und die Qualität zu prüfen. Der Mehrwert der gewonnen Informationen ist eher auf der lokalen Ebenen zu sehen und es eignet sich nicht als ein Surveillanceinstrument.</p> <p>Es sollte bedacht werden, dass keine Erfassung der Testung an Schulen und in KITAS erfolgt. Die Erfassung über die Länder erfordert die Zustimmung der Länder und wird dort erneut auf Machbarkeit und Nutzen geprüft werden.</p>	FG 32
-----------	---	-------

14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i></p> <p>Die inhaltliche die Sinnhaftigkeit der Ausweisung von Hochrisikogebieten in der jetzigen Hochinzidenzphase wurde im Rahmen der AG IGV-Flughäfen diskutiert. Fachlich-inhaltlich ist die AG der Ansicht, dass in einer Hochinzidenzphase die Ausweisung von Hochrisikogebieten ausgesetzt werden sollte. Das würde die zu bearbeitenden DEA-Anmeldungen deutlich reduzieren und den ÖGD unterstützen. Das RKI würde das gern dem BMG kommunizieren.</p> <p>Diskussion: ZIG arbeitet aktuell an einem Positionspapier (FF ZIG1 Esquevin) zu diesem Thema und ist im BMG im regelmäßigen Austausch und vertreten die gleiche Position. Für die Länder sowie die AG IGV-Flughäfen besteht die Möglichkeit dieses Anliegen ans BMG heranzutragen um auf die Überlastung der Behörden hinzuweisen. Fachlich-inhaltliche Argumente des RKIs können im Rahmen des Positionspapiers eingebracht werden.</p> <p>ToDo: Fr. an der Heiden/FG38 kontaktiert ZIG zum Thema Positionspapier und darüber hinaus wird eine Erstellung einer gemeinsamen Kommunikation der AG IGV-Flughäfen erneut angeregt.</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i></p> <p>Der Aufruf für das LZ zeigt Ergebnisse. Es kommen neue MA im LZ dazu. Danke!</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Erwartungen und aktuelle Beurteilung von Omicron (B.1.1.529) Subtyp BA.2</p> <p>Diskussion: Sybtyp BA.2 scheint veränderte Eigenschaften im Vergleich zu dem bisherig dominierenden Subtyp vorzuweisen, daher wird erwartet, dass es eine starke Konkurrenz oder zum Ersatz des aktuell dominierenden Subtyps kommen könnte/wird.</p> <p>Es wird keine zusätzliche Welle durch Subtyp BA.2 erwartet, jedoch weitere Anstieg der Fallzahlen und einer Verbreiterung der aktuellen Welle. Dies ist auch bereits sichtbar in anderen Ländern. Die Lage in Dänemark sollte weiterhin in Bezug auf Krankheitslast und Hospitalisierung beobachtet werden. Die möglichen zunehmenden Fallzahlen könnten auf weiterem Anstieg der Infektionen unter den geimpften Personen zurückgeführt werden. Aktuell werden keine Unterschiede in der klinischen Effektivität in Bezug auf Impfungen bei symptomatischen Infektionen gesehen.</p> <p>Die Fokussierung der Testkriterien wird es einen Einfluss auf die Typisierung machen (weniger/vorausgewählte Isolate) und es wird zunehmend schwieriger machen die Situation zu</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>beobachten/beurteilen. Die WHO berät nächste Woche zu diesem Thema. Es wird derzeit kein Anhalt gesehen BA.2 anders als die bisher bekannten Subtypen einzustufen.</p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 07.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	
--	--	--

Ende: 12:50 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 09.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|---------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Udo Buchholz |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Silke Buda |
| ○ Lars Schaade | ○ Luise Goerlitz |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Stefan Kröger |
| ! Abt. 2 | ○ Kristin Tolksdorf |
| ○ Michael Bosnjak | ! FG37 |
| ! Abt. 3 | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Osamah Hamouda | ! FG38 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ute Rexroth |
| ○ Janna Seifried | ○ Meike Schöll |
| ! FG12 | ! ZBS7 |
| ○ Annette Mankertz | ○ Michaela Niebank |
| ! FG14 | ! MF2 |
| ○ Mardjan Arvand | ○ Torsten Semmler |
| ○ Melanie Brunke | ! MF4 |
| ! FG17 | ○ Martina Fischer |
| ○ Ralf Dürrwald | ! P1 |
| ○ Dschin-Je Oh | ○ Ines Lein |
| ! FG21 | ! Presse |
| ○ Wolfgang Scheida | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG32 | ! BZgA |
| ○ Michaela Diercke | ○ Andrea Rückle |
| ! FG33 | |
| ○ Thomas Harder | |
| ! FG34 | |
| ○ Viviane Bremer | |
| ! FG35 | |
| ○ Christina Frank | |
| ! FG36 | |

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 SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 11.521.678 (+234.250), davon 119.215 (+272) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1451/100.000 Einw. (leichter Anstieg, aber steiler Anstieg der letzten Wochen setzt sich nicht fort) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.191.233 (76,0%), mit vollständiger Impfung 61.943.072 (74,5%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anstieg flacht ab, in HH und BE leichter Rückgang, in BY und HE weiter Anstieg 2. LK mit höchsten 7-Tage-Inzidenz: LK Fürstentum Bruck und SK Charlottenburg-Wilmersdorf über 3500 / 100.000 Einw. <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche: über 600 in fast allen Altersgruppen in KW5/2022 (etwas niedriger in den Altersgruppen der 65- bis 89-Jährigen), Gesamtinzidenz nur etwas erhöht im Vgl. zur Vorwoche, Anstiege bei Kindern nicht ganz so groß, Anstiege werden aber auch bei älteren Altersgruppen beobachtet COVID-19 Todesfälle nach Altersgruppe und Sterbewoche: kein Anstieg sichtbar Update zu SK Charlottenburg-Wilmersdorf: Diskrepanz zwischen Anzahl der Meldungen und übermittelter Fälle legt nahe, dass der Anstieg der Fälle nicht durch erhöhte Anzahl an Meldungen erklärbar ist. Für Dachau stimmen die erhöhte Anzahl der Meldungen und der Fälle gut überein. Das Meldedatum wird in der Regel später nicht mehr manuell geändert.</p> <p>ITS-Belegung und Spock (<i>nur mittwochs</i>) Folien hier Mit Stand 09.02.2022 werden 2.409 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. Wendepunkt in der COVID-ITS-Belegung wird für Januar sichtbar. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.569 in den letzten 7 Tagen steigend, wahrscheinlich alles Omikron-Fälle Anteil der COVID-19-Patient an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Die meisten BL zeigen moderaten Anstieg (5 BL überschreiten Schwellenwert von 12% COVID-19 Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten) Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad: invasive Beatmung steigt an (ebenso nicht-invasive Beatmung und</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Martina Fischer)</p>



	<p>High-Flow-Oxygen-Therapie), am stärksten steigt „unbekannte Behandlung“ an (z.B. Nebenbefunde, keine resp. Unterstützung notwendig) High-Care Behandlung: mehr Nichtverfügbarkeit wird gemeldet, Personalmangel als wichtigster Grund (kleiner Wendepunkt in der Dynamik zu sehen) Entwicklung nach Altersgruppen: Anstieg in den hohen Altersgruppen, andere in Seitwärtsbewegung, aber auch bei den 0-bis 17-Jährigen und jungen Erwachsenen Anstieg (aber auf niedrigem Niveau als andere Altersgruppen) SPoCK-Prognose: Fortsetzung der Seitwärtsbewegung, ggf. leichter Anstieg, differenzierte Betrachtung nach Kleeblättern notwendig (regionale Muster)</p> <p>Syndromische und virologische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) Folien hier Grippe Web: ARE-Raten nicht erhöht, leichter Rückgang besonders durch Erwachsene, bei Kindern stabil geblieben; 4.400 ARE pro 100.000 Einwohner in KW5, was einer Gesamtzahl von ca. 3,7 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch, (4. KW: ca. 4 Millionen) entspricht; ARE-Konsultationen: In der 5. KW 2022 zeigt sich ein leichter Anstieg; höher als im Vorjahr, ähnlich zu vorpandemischen Saisons, rund 1.760 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (=ca. 1,5 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland). Es zeigt sich ein regional unterschiedliches Bild (in BY Anstieg in allen Altersgruppen, in HH/SH eher Rückgang). ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner: bei den Schulkindern und jungen Erwachsenen hoch, aber auch Anstieg bei älteren Personen, viele Nachkodierungen. ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Fallzahlen sind insgesamt stabil geblieben, seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau; Anstieg bei den 5-14-jährigen auch auf niedrigem Niveau. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI zeigt einen leichten Anstieg in den letzten Wochen Intensivbehandlung SARI-Fälle bis zur 5. KW 2022: Niveau eher niedriger als in früheren Grippewellen, Vgl. zur Vorjahressaison: Seitwärtsbewegung, kein so steiler Anstieg Ausbrüche in Kindergärten/Horte haben neue Höchststände erreicht, während Ausbrüche in den Schulen Niveau der Deltawelle erreicht haben. Fälle betreffen v.a. Kinder (nicht Betreuende)</p> <p>KW 5/22: 531 Einsendungen, SARS-CoV-2 stärkstes Virus im Sentinel, bleibt auf hohem Niveau. Anteil von SARS-CoV-2 ist in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen am kleinsten, bei allen anderen zwischen 20 und 30 %. Der Omikron-Anteil bis KW 5/2022 liegt bei fast 100%.</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	---

	<p>Inflenzaviren weisen in KW5 einen leichten Anstieg auf 5% auf, werden aber nur in den jüngeren Altersgruppen nachgewiesen. A/H3N2-Viren dominiert weiter. Bei den β-Coronaviren gehen OC43 und 229E zurück, NL63 steigt an, SARS-CoV-2 wird am stärksten im Sentinel nachgewiesen. Bei den sonstigen Atemwegsviren zeigt HMPV einen Anstieg auf 16%, RSV und Parainflenzaviren sind rückläufig.</p> <p>Testkapazität, Testungen, ARS-Daten (<i>nur mittwochs</i>) Folien hier Testanzahl und -kapazität: in KW5/2022 wurden knapp 2,6 Mio Tests mit einem Positivenanteil von 44% (höher als in Vorwoche) durchgeführt. Die Testkapazität konnte gesteigert werden, trotzdem ist die Lage angespannt. Auslastung: Labore in einigen BL (darunter BW, BB, HB) sind über 100% ausgelastet, aber die Tendenz ist dort inzwischen rückläufig. In SN, ST und TH steigt die Laborauslastung an.</p> <p>SARS in ARS: Die Anzahl an Testungen geht in BW leicht und in NW deutlich zurück. Der Anteil positiver Testungen steigt in den BL, wobei unklar ist, warum dieser Anteil in den Arztpraxen höher als im davor vorgestellten Sentinel ausfällt Aufschlüsselung nach Testzentren aus Datenschutzgründen nicht machbar In NW sinkt die Anzahl an Testungen bei den 5- bis 14-Jährigen, während der Positivenanteil steigt (mögliche Erklärung: NW löst zur Zeit auch keine positiven Pools aus Schulen auf (nur mit Antigentests). Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: Die Darstellung oben rechts zeigt eine relativ geringe Anzahl an Testungen in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen bei einem relativ hohen Positivenanteil (Abbildung links). Dem Monatsbericht sind weitere Darstellungen nach Altersgruppe im zeitlichen Verlauf zu entnehmen. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen: viele aktive Ausbrüche in den med. Behandlungszentren (seit Wochen steigend); auch in den Alten- und Pflegeheimen ist ein weiterer Anstieg auf 373 aktive Ausbrüche zu beobachten. Ggf. ist mit einem weiteren Anstieg und höheren Todeszahlen zu rechnen.</p> <p>Molekulare Surveillance, VOC (<i>nur mittwochs</i>) Folien hier Die Omikron-Variante dominiert weiter, was sich auch in den IfSG-Daten widerspiegelt Anteil von BA.1 stabil bei ca 90% (BA.2 hat Vorteil in der Übertragung und könnte bald das Geschehen übernehmen)</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p><u>Diskussion</u> Die SEED^{ARE}-Daten für Ältere sind etwa so hoch wie in der 4. Welle (Nov 2021). Es wird mit mehr COVID-19/ARE Besuchen gerechnet, es gibt Hinweise auf zunehmende Fälle in der älteren Bevölkerung, Peak kommt näher, ansonsten suchen ältere Personen wegen ARE eher nicht ärztliche Praxen auf. Die Gesamtinterpretation aus den verschiedenen Erfassungsinstrumenten stellt sich komplex dar. Es ist unklar, inwiefern die ITS-Trends aus dem DIVI-Intensivregister, die einen Belegungsanstieg in den hohen Altersgruppen zeigen und mehr Todesfälle erwarten lassen, auch in der syndromischen Surveillance abgebildet werden, wo die SARI und COVID-SARI Zahlen in den hohen Altersgruppen nur moderat ansteigen. Wichtig ist ein Blick auf die Gesamtsituation, da viele Personen mit COVID-19 wegen anderer Diagnosen stationär oder auf der Intensivstation behandelt werden. Die Zielsetzung der Erfassungsinstrumente ist unterschiedlich und muss deutlich kommuniziert werden; ICOSARI dient der Erfassung der Krankheitslast. Ggf. widersprüchliche Tendenzen in den Erfassungsinstrumenten müssten erklärt werden. Es wird gefragt, ob Omikron ggf. eine geringere Atemwegssymptomatik nach sich zieht als andere Varianten und dadurch weniger in SARI abgebildet wäre. Ggf. spielt der Anteil der „unbekannten Behandlung“ in den ITS-Zahlen eine Rolle. Es wird angeboten, die DIVI-Daten nach ICOSARI-Krankenhäusern gefiltert auszuwerten. Es wird angeregt, dass der Wochenbericht zukünftig die Kernaussagen aus den einzelnen Kapiteln in einer Gesamtschau der Ergebnisse mit Fokus auf aktuelle Entwicklungen stärker interpretiert. Sofern nicht bereits umgesetzt, könnten Kernaussagen pro Kapitel beschrieben und für die Gesamtschau über nCov-Lage zur Verfügung gestellt werden. Ggf. wäre eine Umstrukturierung des Wochenberichts nach Fragestellung (anstelle von Erfassungsinstrumenten) denkbar, würde aber deutlich größeren Abstimmungsbedarf hervorrufen (und damit zeitlichen Vorlauf benötigen) und deutliche Änderungen im Prozedere bedeuten. ToDo: FG36 wird mit Unterstützung von FG32, Matthias an der Heiden und MF4 in den Wochenbericht einen Zwischenabsatz zur Interpretation der Ergebnisse (Unterschiede Inzidenz/Prävalenz, Meldewoche, Limitationen, ggf. in einer Fußnote) der unterschiedlichen Erfassungsinstrumente aufnehmen.</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	<p>FG21</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>breite Teststrategie an Bedeutung verlieren, während AHA + L sicherlich lange beibehalten werden sollte. Auf 2G/2G+ etc. wird nur im Sinne der Aufhebung von Zugangsbeschränkungen verwiesen.</p> <p>To Do: Tanja Jung-Sendzik überarbeitet das Dokument heute, dann Verteilung über Krisenstab-Verteiler zur zeitnahen Kommentierung</p> <p>Beschlüsse Amtschefkonferenz (ACK) Da seitens des RKI niemand teilgenommen hat und keine Beschlüsse vorliegen, wird angeregt, beim BMG nachzufragen, ob mit den Beschlüssen Arbeitsaufträge auf das RKI zukommen werden. Es ist bekannt geworden, dass eine Ausweisung von Antigentests wahrscheinlich nicht länger geplant ist.</p> <p>ToDo: Ute Rexroth fragt im BMG nach.</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Nicht besprochen</p>	Haas
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>ZBS1</p>	FG17 ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG38

16	Wichtige Aufgaben und Termine HSC meeting Mi 09.02.2022 DCC-EU meeting Do 10.02.22 (für RKI J. Benzler)	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 11.02.202, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 11.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Tim Eckmanns |
| o Lars Schaade | ! FG38 |
| o Esther-Maria Antão | o Ute Rexroth |
| ! Abt. 2 | o Maria an der Heiden |
| o Michael Bosnjak | o Petra v. Berenberg
(Protokoll) |
| ! Abt. 3 | o Amrei Wolter |
| o Osamah Hamouda | ! ZBS1 |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Janine Michel |
| o Janna Seifried | ! MF2 |
| ! FG14 | o Torsten Semmler |
| o Mardjan Arvand | ! MF4 |
| o Melanie Brunke | o Martina Fischer |
| ! FG 16 | ! P1 |
| o ? | o Christina Leuker |
| ! FG17 | ! P4 |
| o Ralf Dürrwald | o Susanne Gottwald |
| o Djin-Ye Oh | ! Presse |
| ! FG32 | o Ronja Wenchel |
| o Michaela Diercke | ! ZIG |
| ! FG33 | o Mikheil Popkhadze |
| o Ole Wichmann | ! ZIG1 |
| ! FG36 | o Regina Singer |
| o Hauer Barbara | o Carlos Correa-Martinez |
| o Walter Haas | ! BZgA |
| o Udo Buchholz | o Martin Dietrich |
| o Silke Buda | |
| ! FG37 | |

TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>Weltweit: Folien hier Datenstand: WHO, 06.02.2022 Auf globaler Ebene Fallzahlabnahme um 17.6% im Vgl. zur Vorwoche, Abnahme v.a. in Nordamerika, Afrika, Südostasien, Westeuropa Starke Zunahme in EMRO, v.a. Iran, Jordanien, Palästinensische Gebiete Anstieg der Anzahl Verstorbenen global um 7% Maßnahmen in DK, DE und UK Dänemark: Lockerungen seit 01.02.2022, BA.2 85% UK seit 27.01.2022, BA.2 7% COVID-19 Stringency-Index: DE 87,96 Punkte, DK 16,67, UK 42,13 COVID-19 Fälle, Krankenhaus-, ITS-Belegung und Todesfälle in DE, DK und UK Fallzahlen: Plateau in DK, Abnahme in UK KH-Aufnahmen: Anstieg in DK und DE, Abnahme in UK Intensiv-Behandlung: Abnahme in DK und UK, Anstieg DE Todesfälle: Keine großen Unterschiede zwischen den Ländern Cave: Daten zur Krankheitsschwere aus UK und DE nur bedingt vergleichbar (s. Zusammenfassung) Maßnahmen DK Fokus auf Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf und med. Personal MNS und COVID-Pass im Krankenhaus und Pflegeheime sowie MNS in Flughafen (vorher auch im ÖPNV, Geschäften und Restaurants) MNS und COVID-Pass freiwillig für Veranstaltungen, Hotels, Bars etc. Weiterhin Empfohlen AHA-L empfohlen Krankenhauseinweisungen steigen auch psychiatrische Einweisungen) Anteil der Aufnahmen wegen COVID-19 sinkt, Anteil Aufnahmen wegen anderer Diagnosen nimmt zu Maßnahmen UK NHS COVID Pass nicht mehr verpflichtend Masken: nicht mehr verpflichtend in Innenräumen, empfohlen bei Ansammlungen, erforderlich in Gesundheitseinrichtungen und Apotheken Isolation (seit 17.01.22): 10 Tage ohne neg. Test oder 5 Tage bei neg. Schnelltest an Tag 5 und 6 Aktuelle Diskussion, alle Maßnahmen einen Monat früher aufzuheben (24.2. statt 24.3.), inkl. Isolation bei pos. Test Zusammenfassung Änderungen in Teststrategie bzw. Faldefinition in UK und DK – möglicher Effekt auf Fallzahlentwicklung UK: Maßnahmenlockerung + niedriger BA.2 Anteil -> leichter</p>	<p>ZIG1 (Singer)</p>



	<p>Rückgang der Fallzahlen seit 27.1. Dänemark: Maßnahmenlockerung + hoher BA.2 Anteil -> Plateau der Fallzahlen In Dänemark trotz steigender Hospitalisierungsrate niedrige ITS-Belegung Höhere Rate bei Auffrischimpfungen in DK (62% vs. 55% in UK u. DE) Unterschiedliche Definitionen Krankenhaus-/ITS Belegung (MIT oder WEGEN COVID) Diskussion Frage: Steigt die Anzahl der Todesfälle in DK? Ja, aber bisher keine Excess-Mortalität laut EUROMOMO Todesfälle für DK sehr hoch, hatte bisher sehr niedrige Todesfallzahlen Eingeschränkte Vergleichbarkeit ist immer zu beachten Stringency-Index: Wie kommt die hohe Punktzahl für DE zustande, Maßnahmen waren schon wesentlich strenger hier, wo läge China dann? Einstufung wahrscheinlich im Vergleich zum Durchschnitt aller Länder? https://ourworldindata.org/metrics-explained-covid19-stringency-index Hinweis: Hoher Fallzahlanstieg geht zwangsläufig mit höherer Zahl an Todesfällen einher, zudem ist die Hälfte der Todesfälle >80 Jahre und andere Erreger, die ggf. ursächlich sind, werden nicht getestet Hinweis: Definition von Intensivbetten unterscheidet sich zwischen den Ländern stark Frage: Könnte auch die Daten von Kindern für DK und UK präsentiert werden? In Südafrika verläuft Omikron-Infektion bei Erwachsenen weniger schwer, bei sehr kleinen Kindern jedoch kein Unterschied zu Delta Weitere Folie: KH Aufnahmen in DK liegen bei 0-2Jährigen fast so hoch, wie bei >80Jährigen, Cave: Auch KH-Aufnahmen <12h gehen in DK in die Statistik ein Hinweis: Dieser Indikator erlaubt Aussagen zu Kapazität, Auslastung und Bedarf, die Krankheitsschwere ist jedoch getrennt zu betrachten, mit Hilfe von Surveillance Daten zu schweren Erkrankungen</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 12.009.712 (+240.172), davon 119.679 (+226) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.472,2/100.000 EW Hospitalisierungsinzidenz: 6,5/ 100.000 EW DIVI Intensivregister 2.396 (-2) in Behandlung Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.257.882 (76,1%), mit vollständiger Impfung 74,7%, Auffrischimpfungen 55,2% Inzidenz auf hohem Niveau stabil Anzahl DEMIS-Meldungen nach Meldedatum: Peak bei > 300.000 erreicht, möglicherweise kein weiterer Anstieg, sondern Plateau</p>	<p>FG 32 (Diercke)</p>
--	---	---

	<p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Anstieg jetzt weniger steil (auch in BY und HE), Anstieg in ST setzt sich fort, HH und BE etwas rückläufig, HB hält das Niveau</p> <p>Geografische Verteilung 7-Tage Inzidenz nach Landkreis: Spitzenreiter Eichstätt (BY), Offenbach (HE) und Barnim (BB) sind weit verteilt</p> <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Datum: 5-14jährige am höchsten, gefolgt von 15-34jährigen, leichte Anstiege bei den 60-79 und >80jährigen</p> <p>7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz: Anstiege in bei 0-59 und bei >60jährigen</p> <p>Sterbefallzahlen (DESTATIS): bisher keine Übersterblichkeit, Cave: in den Bezugszeitraum 2018-21 gehen mittlerweile 2 COVID-Jahre ein</p> <p>Extrafolie zur Hospitalisierung nach Meldewoche aus verschiedenen Gründen aufgrund der gemeldeten Krankheit aufgrund einer anderen Ursache: dieser Anteil ist etwas gestiegen, überwiegt aber noch nicht aufgrund unbekannter Ursache zur Isolierung: hier liegt ein Softwarefehler vor, müssen wahrscheinlich unbekannter Ursache zugeschlagen werden</p> <p>Diskussion: keine Fragen</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>) Keine Veränderungen bei der Omikron-Modellierung Kooperation Maier/Abood (PHI) ist initiiert</p>	P4 (Gottwald)
2	<p>Internationales (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Aktualisierung ist bereits zirkuliert</p> <p><i>ToDo: Abstimmung und Finalisierung bitte auf die Agenda des Krisenstabs für Montag 14.02.2022 setzen</i></p>	Abt 3 FG38 (Rexroth) LZ
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Merkblatt für Pflegeheime zur Impfung incl Novavax (in 	BZgA (Dietrich)



	<p>Abstimmung mit dem Deutschen Pfliegerat) wird veröffentlicht, wird auch in Fremdsprachen und in einfacher Sprache vorliegen</p> <p><i>ToDo: Finalisiertes Merkblatt bitte auch an FG 14 und FG 37 verteilen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infopaket für Schulen in Planung ○ Info-/Merkblatt zu Novavax und allen bisher vorliegenden Impfstoffen sowie zu Impfreiheitenfolgen in Arbeit (in enger Abstimmung mit RKI) ○ Internetseite (Mikroseite) zu Long Covid wird erarbeitet, RKI ist eingebunden <p>Presse</p> <p>Social Media Gruppe ist kommende Woche dünn besetzt, Bedarfe bitte frühzeitig anmelden</p> <p>P1</p> <p>COIVID-19 Internetseite wird derzeit von R. Wenchel „aufgeräumt“ Veraltete Flyer mit Verhaltensempfehlungen werden entfernt, Flyer mit Empfehlungen zum Winter bleibt, wird demnächst durch Frühjahrsempfehlungen ersetzt, Flyer zu 2G/3G wird aktualisiert Frage: Wie kann „Dunkelziffer“ quantifiziert werden, es ist geplant, die Wahrscheinlichkeit einer infektiösen Begegnung zu berechnen, auf das zusätzliche Risiko durch Dunkelziffer soll hingewiesen werden Hinweise: Bitte Vorsicht mit Zahlen und Formulierung, Definition Dunkelziffer ist nicht festgelegt, besser den Begriff „Untererfassung“ verwenden Das Risiko einer infizierten Person hängt stark vom eigenen Verhalten und auch vom Infektionsgeschehen aus, es ist nicht von einer gleichmäßigen Durchmischung der Bevölkerung auszugehen Die Aussage, dass das Risiko mit der hohen Inzidenz steigt und in Wirklichkeit durch Untererfassung noch höher ist, ist richtig, konkrete Zahlen wären falsch</p>	<p>BzgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Deeskalationspapier Dokument hier Dank an alle Beitragenden</p> <p><i>ToDo: Bitte (nur notwendigste) finale Kommentare und Ergänzungen bis heute, 11.02.2022 Dienstschluss einreichen, Papier wird am Montag Präs vorgelegt, damit es ggf. noch vor der MPK an das BMG gehen kann</i></p>	<p>Abt 3 (Jung-Sendzik)</p> <p>Alle</p> <p>Alle</p>

	<p>Gliederung in Einleitung, a) 1-5: Maßnahmen, die die schrittweise zurückgenommen werden sollten, b) 1-11: Maßnahmen, die beibehalten werden sollten c) 1-5: Maßnahmen zur Steigerung des Impfschutzes d) Ausblick Endemie</p> <p>Zu b 3: Testung von symptomatischen Personen „nach medizinischer Notwendigkeit“ sollte dazugefügt werden Alle Unterscheidungen nach Status (nach Zertifikaten geimpft/genesen) sollten vermieden werden Sollen symptomatische Personen nicht mehr auf behördliche Anordnung isoliert werden? Quarantäne ist in a)2. Explizit erwähnt Isolierung könnte unter Maßnahmen, die beibehalten werden sollen aufgeführt werden Isolierung könnte auch unter Maßnahmen, die schrittweise zurückgenommen werden sollen, aufgeführt werden Ist vielleicht in dem Text zu Test (...nicht mehr vorrangig der Anordnung individueller Infektionsschutzmaßnahmen dienen...) schon impliziert? Vielleicht zu subtil, besser explizit: b) 1. symptomatische Personen sollen sich selbst isolieren und nicht zur Arbeit gehen, Betretungsverbote in besonderen Einrichtungen Hinweis: Hohe Fallzahlen nach den Modellen etwa noch 5-6 Wochen Es ist effizient, auf Selbstisolierung hinzuweisen, Vorschlag Fußnote: Es gibt Infektionskrankheiten, für die weiterhin behördliche Schutzmaßnahmen angeordnet werden, dies sollte ausdrücklich erwähnt werden Generell: Quarantäne und Isolierung als behördliche Anordnung sollte auf ein Mindestmaß beschränkt werden (KH, Pflegeeinrichtungen), Selbstisolierung soll in den Vordergrund treten Frage: wer wenig Geld hat, wird auch symptomatisch weiter zur Arbeit gehen, wenn keine behördlichen Maßnahmen angeordnet werden? In diesen Fällen kann eine Krankschreibung erfolgen Es geht um eine Zielvision: Wo wird SARS-CoV-2 im Erregerspektrum eingeordnet werden- das wird in Richtung Influenza sein Könnte es auch wie Polio sein? Einige wenige werden sehr krank? Bisher keine Hinweise darauf, zudem sind diese Empfehlungen für einen kürzeren Zeitrahmen/für die Phase der abklingenden Welle/bis zum Erreichen eines niedrigeren Levels gedacht und können jederzeit angepasst werden, längerfristige Pläne wie Sommermaßnahmen /Wintermaßnahmen (Konzept nach Streeck) können zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden Die Lockerungsdiskussion findet in der Politik in jedem Fall (bereits) statt, mit und ohne Kommentar des RKI, deshalb ist ein inhaltlicher Beitrag auf fachlicher Basis wichtig, er sollte konkret ausformuliert werden, aber ohne Details, die der weiteren Entwicklung schnell nicht angemessen sein können</p>	
--	--	--



	<p>Wurde das Thema CWA bewusst weggelassen? Ja, eventueller Wegfall der CWA soll zum jetzigen Zeitpunkt nicht konkretisiert werden, sie könnte eventuell auch angepasst werden etc. ...</p> <p>RKI sollte als oberste Instanz des Infektionsschutzes sehr sorgfältig abwägen, es wird neue, möglicherweise virulentere Varianten geben, COVID_19 führt zu chronischen Erkrankungen, wir werden daran gemessen werden RKI ist auch PH-Institut, Vermeidung jeglicher Infektion kann nicht oberstes Ziel sein</p> <p>Das Papier kann nur die die aktuelle Entwicklung festschreiben „unter den Prämissen der aktuellen Entwicklung“</p> <p>Es kann darauf hingewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen akuter und chronischer Erkrankung mehr in den Blick genommen werden muss</p> <p>Das Papier soll perspektivisch gefasst sein: In welche Richtung könnte es gehen</p> <p>Hinweis an die Politik, dass viel Zeit und Energie in die technische und rechtliche Gestaltung von Zertifikaten und in die Ausgestaltung rechtlicher Verordnungen investiert wird, die in absehbarer Zeit nicht mehr notwendig sind</p> <p>Ausblick: Übergang in den „endemischer Zustand“ klingt wie eine stabile und Lage, wird der Situation nicht gerecht? Der schwierige Prozess wird in dem Absatz noch ausführlicher beschrieben</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>Disclaimer zum Erregersteckbrief Dokument hier Dank an alle, die bisher dazu beigetragen haben Soll dem Steckbrief als „Gebrauchsanweisung“ vorangestellt werden Alle Abschnitte des Steckbriefs sind abgebildet und sollen mit Links und Hinweisen zu weiteren aktuellen Informationen zum jeweiligen Thema versehen werden</p> <p><i>ToDo: Papier wird zirkuliert, Rückmeldungen, Kommentare, Ergänzungen bitte bis Montag 14.02.2022 Dienstschluss einarbeiten, am Dienstag soll der Disclaimer finalisiert und veröffentlicht werden</i></p> <p>FAQ: Test-to-stay Dokument hier, Elterninformation Berlin hier, KITA-Information Berlin hier Dank an alle Beitragenden</p>	<p>FG36 Haas)</p> <p>Alle</p>

	<p>Soll es bei einer FAQ mit Erklärung des Konzepts bleiben oder sollen eigene RKI-Empfehlungen formuliert werden, mit denen ggf. individuell auf Anfragen zu der Fußnote der MPK-Beschlüsse reagiert werden kann?</p> <p>Es bleibt bei FAQ</p> <p>In den beiden Papieren der Berliner Gesundheitsverwaltung wird nicht auf das RKI verwiesen</p> <p>Trennschärfe zwischen RKI und MPK-Empfehlungen ist nicht gegeben, da der MPK-Beschluss auf der RKI Homepage veröffentlicht ist</p> <p>1. Absatz: andere Formulierung für „nicht anlassbezogene Testungen“? Präventive Testungen? Tests sind nicht präventiv</p> <p>Lösung: Kein Adjektiv, „serielle Testung“ ist gut</p> <p>Soll der Absatz “Da der TTS-Ansatz die konsequente Umsetzung der empfohlenen infektionspräventiven Maßnahmen, inkl. durchgehendem und korrektem Tragen einer medizinischen Maske, voraussetzt, eignet er sich nur für das Schulsetting und nicht für jüngere (Kita-)Kinder“ gestrichen werden?</p> <p>Ja, kann weggelassen werden, lässt sich aus der Literatur nicht eindeutig begründen, international (Ontario-Papier) wird das unterschiedlich gehandhabt und unter Punkt 2 unserer FAQ ist das Tragen von Masken ohnehin explizit aufgeführt</p>	FG36 (Haas)
9	<p>Update Impfen (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Derzeit wird umfangreiche Zuarbeit zum Thema Impfpflicht vom BMG eingefordert</p> <p>STIKO</p> <p>Veröffentlichung der Stellungnahme zu Novavax und 2. Booster-Impfung verzögert sich etwas, voraussichtlich Mittwoch 16.02.2022, da wissenschaftliche Begründung für ältere AG mit Daten aus UK nachjustiert werden muss</p>	FG33 (Wichmann)
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Nicht berichtet</p> <p>ZBS1</p> <p>119 Proben/64 (54%) positiv</p> <p>Darunter sind auch Studienproben hauptsächlich aus Berlin, gelegentlich auch von Extern mit der Bitte um Typisierung</p>	FG17 ZBS1 (Michel)
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Nicht berichtet</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

13	Surveillance seit Mittwoch, 09.02.2022 können Apotheken auch positive Schnelltests an die GÄ melden (<i>bitte ggf. korrigieren</i>)	FG 32 (Diercke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur freitags</i>) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>) Internationale Kommunikation ist durch die hohe Anzahl an Fällen stark belastet	FG38 (Rexroth)
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen keine	
	Nächste Sitzung: Montag, 14.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:10 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 14.02.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG35
! Institutsleitung	o Christina Frank
o Lothar H. Wieler	! FG36
o Lars Schaade	o Hauer Barbara
o Esther-Maria Antão	o Walter Haas
o	o Silke Buda
! Abt. 1	! FG37
o Toni Aebischer	o Tim Eckmanns
! Abt. 2	! FG38
o Michael Bosnjak	o Ute Rexroth
! Abt. 3	o Claudia Siffczyk
o Osamah Hamouda	o Amrei Wolter (Protokoll)
o Tanja Jung-Sendzik	o Renke Biallas (Protokoll)
o Janna Seifried	! ZBS7
! FG14	o Michaela Niebank
o Mardjan Arvand	! P1
o Melanie Brunke	o Christina Leuker
! FG17	! Presse
o Thorsten Wolff	o Susanne Glasmacher
! FG21	o Marieke Degen
o Wolfgang Scheida	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	! BZgA
	o Oliver Ommen



TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: (+76.465), davon 119.977 (+42) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.459,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.290.587 (76,1%), mit vollständiger Impfung 46.105.414 (55,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückläufiger Trend oder Plateau der Fallzahlen in den meisten BL und nur wenige BL (SA, ST) mit steigenden Fallzahlen Wenig Veränderung seit der letzten Stabsitzung In allen Altersgruppen ähnliche Entwicklung zu beobachten (Plateau oder sinkender Trend) Verlauf der Hospitalisierungsinzidenz Steigende 7-Tage HI, v. a. bei > 80 Jährigen</p>	FG32 (Diercke)
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur freitags)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Deutliche Änderungen zur vorherigen Version (inhaltlich und strukturell) Änderung des Dokuments Risikobewertung: Risikoeinschätzung soll von "sehr hoch" auf „hoch“ geändert werden, dabei soll kommuniziert werden, dass Omikron nicht der Grund für die Deeskalation darstellt Eine differenzierte Darstellung der Beurteilung des Risikos für schwere Gesundheitsfolgen bei unterschiedlichen Populationsgruppen (z. B. bei vorerkrankten und ungeimpften Kindern und jungen Erwachsenen) wurde eingearbeitet. Es kann weiterhin regional zu eingeschränkten Kapazitäten in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten kommen. Redaktionelle sowie weitere inhaltliche Anpassungen (z. B. Fokus auf Isolation von erkrankten Personen) wurden vorgestellt, diskutiert und implementiert. Die aktuelle Version wird im Krisenstab zirkuliert und mit dem Minister soll der Zeitpunkt der Veröffentlichung</p>	Abt. 3

	<p>bestimmt werden.</p> <p>Diskussion:</p> <p>Da die Impfung unter 5 Jahren einen Off-Label-Use darstellt, stellt sich die Frage, wie Kinder, die einer vulnerablen Gruppe (Vorerkrankung/Trisomie) angehören, im Alltag/KiTa adäquat geschützt werden können. Explizite Nennung der Gruppe der Kinder im Abschnitt „Krankheitsschwere“; Austausch des Terms „Menschen“ durch „junge Erwachsene und Kinder“</p> <p>Verweis, dass auch nach milden Verläufen Langzeitfolgen auftreten können und auch ungeimpfte Personen davon betroffen sein können</p> <p>Krankheitsschwere: auch nach milden Verläufen können Langzeitfolgen auftreten, Risikominimierung durch Impfung</p> <p>Bezüglich der Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems ist eine Frage der milderer Formulierung in Hinblick auf den Absatz der regionalen Einschränkungen der Kapazitäten der medizinischen Versorgung durch Omikron denkbar. Vor dem Hintergrund der dynamischen Lageentwicklung soll diese Formulierung jedoch zunächst so beibehalten werden</p> <p><i>ToDo: Risikobewertung soll im Krisenstab zirkuliert und anschließend zur Abstimmung an den Minister versandt werden. Antwort des Ministers mit Einschätzung des gerade vorgelegten Papiers soll abgewartet werden.</i></p>	
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Die Überarbeitung der Stellungnahme „Kinder“ des Expertenrats soll in dieser Woche finalisiert werden.</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Kein Bericht</p> <p>Presse</p> <p>Tagespiegelartikel: https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-kitas-und-die-oeffnungsstrategie-test-to-stay-kita-eltern-halten-risiken-fuer-nicht-tragbar/28062008.html Der Tagesspiegel hat am Wochenende einen Artikel veröffentlicht, in dem der Elternbeirat einen Widerspruch zwischen Amtsärzten/GA und dem RKI kritisiert Es handelt sich um das Test-to-stay-Verfahren, bei dem Kontaktpersonen Infizierter mit täglich negativen Tests und bei Symptomfreiheit die KiTa besuchen können</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p> <p>FG36 (Haas)</p>



	<p>RKI setzt das kontinuierliche und korrekte Tragen von Masken voraus, was als Voraussetzung in der KiTa in Berlin nicht gegeben ist, Frage nach Reaktion des RKIs hierauf</p> <p>Diskussion:</p> <p>Vor der Veröffentlichung des Artikels wurden bereits Antworten auf entsprechende Frage erarbeitet und sollten in den FAQs veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung fand noch nicht statt.</p> <p>Eine direkte Antwort sollte vermieden werden und die FAQs dementsprechend nicht veröffentlicht werden, sodass nicht der Eindruck entsteht, dass es sich um eine Reaktion zu diesem Fall handelt.</p> <p>Es bestehen bereits mehrere Empfehlungen für das Setting KiTa. Man sollte in diesem Setting nicht lediglich einen Fokus auf das Testen legen. Grundsätzliche müssen NPIs vorhanden sein, die den Eintrag und die Verbreitung des Virus in dem Setting verhindert werden.</p> <p>Kritik an dem Test-to-stay-Verfahren, da es keine Infektionsfälle in KiTas verhindert und der Schutz vulnerabler Kinder nicht mehr gewährleistet ist, Infektionen durchlaufen bei Eintrag weiterhin die KiTa</p> <p>V. a. vor dem Hintergrund einer fehlenden Möglichkeit zur Impfung von Kindern unter 5 Jahren mit Vorerkrankungen und / oder mit Behinderungen lebend stellt sich die Frage, wie in diesem Setting die entsprechenden Populationen effektiv geschützt werden können.</p> <p>Die weiterhin starken Maßnahmen im KiTa-Setting (v. a. serielle Testungen) stehen in einem Kontrast zu den erstellten Empfehlungen zur Deeskalation (Verzicht auf serielle Testungen).</p> <p><i>ToDo: Bitte um Stellungnahme der STIKO zum Off-Label-Use eines Impfstoffs bei Kindern unter 5 Jahren mit Vorerkrankungen und / oder mit Behinderungen lebend. – Ute Rexroth vergibt Aufgabe an STIKO-Geschäftsstelle</i></p> <p>P1</p> <p>Kein Bericht</p>	<p>P1 (Leuker)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 16.02.2022XX, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

Ende: **13:59 Uhr**



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 16.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Walter Haas |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Silke Buda |
| ○ Lars Schaade | ○ Stefan Kröger |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Kristin Tolksdorf |
| ○ | ○ Udo Buchholz |
| ! Abt. 1 | ! FG37 |
| ○ Martin Mielke | ○ Tim Eckmanns |
| ! Abt. 2 | ! FG38 |
| ○ Michael Bosnjak | ○ Ute Rexroth |
| ! Abt. 3 | ○ Christian Wittke
(Protokoll) |
| ○ Osamah Hamouda | ! ZBS7 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Christian Herzog |
| ○ Janna Seifried | ○ Michaela Niebank |
| ! FG14 | ! MF2 |
| ○ Melanie Brunke | ○ Torsten Semmler |
| ! FG17 | ! P1 |
| ○ Ralf Dürrwald | ○ Ines Lein |
| ○ Djin-Ye Oh | ! Presse |
| ! FG32 | ○ Marieke Degen |
| ○ Michaela Diercke | ! ZIG |
| ! FG33 | ○ Johanna Hanefeld |
| ○ Thomas Harder | ○ Mikheil Popkhadze |
| ! FG34 | ! BZgA |
| ○ Viviane Bremer | ○ Andrea Rückle |
| ! FG36 | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 12.800.135 (+219.972), davon 120.467 (+247) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.401/100.000 Einw. (leichter Rückgang) DIVI Intensivregister 2.494 (+21) in Behandlung Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.304.258 (76,1%), mit vollständiger Impfung 62.267.767 (74,9%), mit Auffrischimpfung 46.202.246 (55,6%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz 2. in keinem BL mehr steiler Anstieg zu verzeichnen 3. Seitwärtsbewegung bei adjustierter Inzidenz <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 341 LK mit 7-Tage-Inzidenz von >1.000 5. Infektionslage weiterhin hoch <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. In KW 6 kaum Veränderung zur Vorwoche <p>Hospitalisierte COVID-19-Fälle + Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Hospitalisierungsinzidenz bei 80+ -Jährige deutlich am höchsten; leichte Abnahme im Vergleich zur Vorwoche <p>Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Prognostizierter Anstieg bei 0-59 und 60+ -Jährigen setzt sich weniger stark fort; Seitwärtsbewegung bei adjustierter Inzidenz <p>COVID-19-Todesfälle nach AG und Sterbewoche</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Plateau bei Sterbefällen <p>ITS-Belegung und Spock</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Folien hier 11. DIVI-Intensivregister: Leichter Anstieg auf 2.498 Personen auf ITS behandelt (Stand 15.02.2022), Vorwoche: 2.409 (Stand 09.02.2022) 12. ITS-COVID Neuaufnahmen mit +1.645 in den letzten 7 Tagen steigend 13. Anteil COVID-19-Patient*innen an Gesamtzahl ITS-Betten: 0 BL > 20%, 7 BL >12%. Trend: Rückgang gestoppt, Seitwärtsbewegung 14. Verfügbarkeitseinschätzung High-Care Behandlung: Plateaubildung bei nicht verfügbar 15. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad: Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen 16. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19- Patient*innen; Zunahme bei älteren Altersgruppen 	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Rexroth i.V. für Fischer</p>

	<p>Syndromische Surveillance Folien hier GrippeWeb</p> <p>17. ARE-Rate in KW6 stabil 4,4 % (Vorwoche auf 4,5 %), Anstieg hat sich (s. KW 3) nicht fortgesetzt, dadurch Nähe zur Werten vor der Pandemie nicht mehr gegeben (wie in KW 3).</p> <p>18. Kinder deutlich gestiegen (insbes. 0-4 -Jährige), Erw. leicht gesunken.</p> <p>19. Bei 5 AGs: nur bei 0-4J. deutlicher Anstieg, alle anderen AGs gesunken oder stabil geblieben</p> <p>ARE-Konsultationen / 100.000 Einw. Bis zur 6. KW 2022</p> <p>20. KonsInz insgesamt gesunken: in KW 6: 1.686 (Vorwoche: 1935; auf Bev. in Deutschland: 1,6 Mio.)</p> <p>21. KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr, noch im Bereich der vorpandemischen Saisons; 0-4J: Dort liegt die KI aktuell niedriger als vor der Pandemie</p> <p>22. Tendenz in den BL: KI insgesamt geht nach unten, in einigen Anstieg der Raten bei Kindern (ST, HE)</p> <p>ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <p>23. Rund 490 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW (Gesamtzahl von rund 410.000 ARE-COVID-Arztbesuche in D)</p> <p>24. Berücksichtigung von ca. 30% Nachmeldung (COVID-19-Diagnose erfolgt häufig erst mit Verzug)! Abschwächung des Anstiegs bzw. ähnliche Fallzahlen in KW 6/2022 wie in Vorwoche</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Fälle (J09-J22)</p> <p>25. SARI-Fallzahlen sind insgesamt seit KW 2/2022 stabil geblieben</p> <p>26. Seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau</p> <p>27. Leichter Rückgang in AG 5-14 und 15-34 Jahre</p> <p>28. Weitgehend stabil in allen anderen AG seit einigen Wochen</p> <p>29. Zahl der COVID-19-Fälle weiter relativ stabil in allen Altersgruppen (seit KW 2/2022 deutlich höherer Anteil in AG 0-4)</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>30. Insgesamt 6,3 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 5.300 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D</p> <p>31. Leichter Anstieg in den letzten Wochen</p> <p>32. Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-4 in den vergangenen Wochen deutlich höher als in vorherigen Wellen</p> <p>33. In den vergangenen Wochen sehr stabile Zahlen in den AG 35+</p> <p>34. Leichter Anstieg in AG 80+, pendelt sich möglicherweise auf stabiles Niveau ein</p> <p>Intensivbehandlung SARI-Fälle</p> <p>35. Nicht mehr als in den Vorjahren und weniger als in den vorherigen COVID-Wellen</p> <p>Vergleich Winter 2020/21 und 2021/22</p> <p>36. Seitwärtsbewegung bei COVID-SARI-Fällen</p> <p>37. Sowohl COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung als</p>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	-------------------------



	<p>auch Verstorbene COVID-SARI-Fälle mit Rückgang im Winter 21/22</p> <p>38. Relativ stabiles Niveau seit Jahreswechsel, in AG 60-79 deutet sich leichter Anstieg an</p> <p>Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <p>39. Kitas:</p> <p>40. Mitte Jan etwa doppelt so viele Ausbrüche/Woche wie in den Hochphasen von Welle 3&4</p> <p>41. Anteil AG 0-5 von Mitte Dez-Mitte Jan relativ konstant bei 62%; Anteil AG 15+ konstant bei etwa 25%</p> <p>42. Anteil Ausbrüche NUR mit Kinderbeteiligung (0-10 Jahre) seit 2022 bei etwa 35%</p> <p>Schulen:</p> <p>Neues Höchstniveau mit bisher 1.023 Ausbrüchen/Woche Mitte Jan</p> <p>Anteil AG 6-10 nahm nach Jahreswechsel wieder deutlich auf 59% zu (AG 11-14: 27%, AG 15-20: 10%; AG 21+; 4%)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Anteil Ausbrüche NUR mit Kinderbeteiligung (6-14 Jahre) seit 2022 bei etwa 70% <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>Probenaufkommen seit Jahreswechsel um jeweils 50 Proben je Woche im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Grund: Starke Belastung der Arztpraxen</p> <p>SARS-CoV-2 Positivenrate von 27,8 % in KW 6; höchster Wert bisher</p> <p>Omikron-Anteil bei 100%</p> <p>Höchster Anteil (70%) bei über 60-Jährigen</p> <p>SARS-CoV-2 stärkstes Virus im Sentinel in KW 6</p> <p>Inflenzaviren: Rückgang von 5% (Vorwoche) auf 1% (KW 6). Nach wie vor ungewöhnlich niedrige Inflenzaviren-Aktivität.</p> <p>β-Coronaviren: SARS-CoV-2 (27,8%) aktuell in auf dem Niveau wie NL63 im Sommer 2021. Zweithäufigstes Coronavirus: 229E (5%) gefolgt von OC43, NL63 und HKU1</p> <p>Sonstige Atemwegsviren: HRV und HMPV in etwa gleichauf bei 15%. RSV und PIV nur noch sporadisch, vereinzelt Nachweise.</p> <p>Testkapazität, Testungen, ARS</p> <p>Folien hier</p> <p>Testanzahl leicht zurück gegangen; Kapazität nach wie vor hoch</p> <p>In KW6 2.455.265 Testungen mit einem Positivanteil von 44%. Kein weiterer Anstieg im Vergleich zur Vorwoche.</p> <p>Passus Wochenbericht: “Bei Änderungen in der Teststrategie/Priorisierung sind die wöchentlichen Angaben nicht direkt mit den Angaben der Vorwochen vergleichbar.“</p> <p>43. Disclaimer aufgrund derzeitiger Presseaufmerksamkeit eher mit Zurückhaltung verwenden</p> <p>44. Der Eindruck, dass das RKI Unsicherheiten bei der Einschätzung haben könnte, sollte vermieden werden</p> <p>45. Es sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass sich der Positivanteil bei Testungen stabilisiert und die Spanne zwischen Auslastung und Kapazität wieder günstiger wird</p>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	--	---

	<p>46. Eine andere, vorsichtiger Formulierung wird präferiert Laborauslastung in vielen Bereichen rückgängig bei weiterhin hohem Niveau</p> <p>Molekulare Surveillance Entlastung der Labore erkennbar; Verzögerung zwischen Testen und Testergebnis ist rückläufig SARS in ARS</p> <p>47. Anzahl der Testungen in den meisten BL rückläufig insbesondere in HH, Plateau in NI, steigend in TH</p> <p>48. Anteil positiver Testungen in den meisten BL rückläufig. Ausnahmen: Steigend in Arztpraxen in TH, SA, MV (Nachholeffekt)</p> <p>49. Anzahl Testungen in Arztpraxen rückläufig, bei KH gleichbleibend und bei anderen deutlich geringer (hier vor allem Testzentren und Lollitests)</p> <p>50. Positivanteil gleichbleibend in Arztpraxen</p> <p>51. Anzahl Testungen pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Woche:</p> <p>52. Deutlicher Rückgang in AG 5-14 (weniger Lollitests) Positivenanteile nach Altersgruppe und Woche</p> <p>53. Anstieg bei 60-79 und insbesondere 80+ -Jährigen. Rückgang in allen anderen Altersgruppen</p> <p>Altersgruppen in BL</p> <p>54. Negativbeispiel BW: Anzahl der Testungen sinkend, Positivanteil steigend</p> <p>55. Anteil positiver Testungen bei Älteren in allen BL steigend Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen/ Alten- und Pflegeheimen</p> <p>56. Keine Zunahme bei KH</p> <p>57. Zunahme an Fällen in Alten- und Pflegeheimen</p> <p>VOC/VOI Folien hier Omikron mit Anteil von 99% in Stichprobe der Genomsequenzierung, BA.2 Anteil mit 14,9% weiterhin steigend <u>Ankündigung</u>: Mit geänderter Testverordnung (Vergütung für variantenspezifische PCR entfällt), wird auch die Anzahl der Übermittlungen stark abfallen. Daher soll VOC-Tabelle im Wochenbericht ab der kommenden Woche nicht mehr aufgeführt werden. Es wird nächste Woche je nach Datenlage entschieden. BA.2 in BL: BB, BE, MV, SA mit höchsten Anteilen</p> <p>Diskussion / Zusammenfassung Alle unsere Daten deuten darauf hin, dass wir auf Bundesebene den Gipfel der Welle erreicht haben. Einige regionale Entwicklungen sind unterschiedlich. So sind in Bundesländern, in denen die Welle später begonnen hat die Fallzahlen noch leicht steigend oder befinden sich auf einem Plateau. Es gibt steigende Inzidenzen bei den Hochaltrigen und Hinweise auf schwere Fälle bei eben diesen, jedoch auf einem niedrigeren Niveau als es noch in der vierten Welle der Fall war. Zeitgleich gibt es nur moderat ansteigende Hospitalisierungsraten bei den Hochaltrigen. Wir können feststellen, dass es ausreichend PCR-Diagnostikkapazitäten</p>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p>gibt um unterschiedliche regionale Trends abbilden zu können. Darüber hinaus lässt sich sagen, dass es zeitgleich keine große begleitende Influenzawelle gibt. Die aktuell geltenden Schutzmaßnahmen haben dazu einen Effekt auf alle Atemwegserkrankungen. Ein Unsicherheitsfaktor ist aktuell noch die Einschätzung der Krankheitsschwere durch die Omikron BA.2 Variante.</p>	Hamouda
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit 2 Wochen gibt es einen BMG/RKI Jour Fixe: Dort werden Themen besprochen, die gerade relevant sind und in der Presse einen großen Widerhall finden. Ziel dabei ist es Unklarheiten abzubauen. 	Abt. 3/ Präs
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Besprechung zu Verfahren wie Stellungnahmen erstellt werden ○ Stellungnahme zu RKI-Panel ○ Stellungnahme zu Vorbereitung auf den Herbst/Winter (derzeit auf Themensuche) Federführung bei Prof. Dr. Karagiannidis ○ Ausschuss für Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unklarheiten bzgl. Pressemeldungen zum Genesenenstatus konnten korrigiert werden ○ Rolle von Prof. Dr. Karagiannidis (DIVI) Warum Federführung bei o.g. Punkt als Intensivmediziner? <ul style="list-style-type: none"> ○ Stellung des RKI wird nicht untergraben ○ Sehr zugänglich für sachlich fachliche Kommentare und Änderungsvorschläge ○ Das Thema an/mit COVID (Syndromische Surveillance) nimmt an Relevanz zu. Bereitstellung von Materialien sobald benötigt. 	Präs

<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen wurde an das RKI übermittelt. Rückmeldung steht noch aus. ○ Schulaussendung konnte am Montag nicht realisiert werden. Weitere Materialien des BMG werden aufgenommen. Neues Datum noch offen. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BPK am Freitag 18.02. mit Hr. Schaade ○ COVID-19 Übersichtseite wurde überarbeitet und angepasst ○ Vorschläge zur Botschaft für den Tweet zum Wochenbericht: Vorsicht bei neuen/geänderten Kontaktmustern und Kontakt mit Älteren Schutz der Älteren / vulnerablen Gruppen <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion Genesenenstatus <ul style="list-style-type: none"> ○ bereits von Hr. Wieler erwähnt s. o. Punkt Expertenbeirat ○ Hinweis zur Anpassung COVID-19 Internetseite: Dokumente zu Lollitests/PCR in Schulen. Bei Strategieänderung ggf. nochmal anpassen. Möglicherweise noch verfrüht. <ul style="list-style-type: none"> ○ Presse kann Seite bei Bedarf jederzeit anpassen <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



8	Dokumente <ul style="list-style-type: none"> ○ [ID 5091] Anpassung Entisolierung im stationären Bereich und Alten- und Pflegeheimen <ul style="list-style-type: none"> ○ Gehäufte Anfragen aus verschiedenen Richtungen (Kiniken, GÄ, AGI) ○ Mögliche Anpassung bezieht sich nur auf asymptomatische Fälle ○ Verkürzung auf 10 Tage steht im Raumaufgrund Risiko-Abschätzung und Abwägung von Folgeschäden nach Meinung AG Diagnostik vertretbar ○ kein einheitliches/eindeutiges Bild im Krisenstab ○ AGI steht dem EntlassmanagementEntisolierungs-Papier kritisch gegenüber ○ Überarbeitetes EntlassmanagementEntisolierungs-Papier mit Verkürzung auf 10 Tage wird vorbereitet und im weiteren Verlauf diskutiert 	Abt.1/ZBS7/FG37 (Mielke, Niebank)
9	Update Impfen <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet) STIKO xxx	FG33
10	Labordiagnostik FG17 ZBS1	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i>	FG38

	nicht berichtet	
16	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ○ HSC Meeting Mittwoch, 16.02. 15 Uhr für RKI: Ute Rexroth 	Alle
17	Andere Themen <p>Nächste Sitzung: Freitag, 18.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:50 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Freitag, 18.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG34			
!	Institutsleitung	o	Andrea Sailer (Protokoll)		
	o	Lars Schaade	!	FG36	
	o	Lothar Wieler	o	Walter Haas	
	o	Esther-Maria Antão	o	Silke Buda	
!	Abt. 1		o	Udo Buchholz	
	o	Martin Mielke	!	FG37	
!	Abt. 2		o	Tim Eckmanns	
	o	Thomas Ziese	!	FG 38	
!	Abt. 3		o	Maria an der Heiden	
	o	Osamah Hamouda	o	Ute Rexroth	
	o	Janna Seifried	o	Claudia Siffczyk	
!	FG14		o	Katrin Kremer-Flach	
	o	Melanie Brunke	!	MF2	
	o	Mardjan Arvand	o	Thorsten Semmler	
!	FG15		!	Presse	
	o	Sindy Böttcher	o	Marieke Degen	
!	FG17		!	ZBS1	
	o	Djin-Ye Oh	o	Janine Michel	
!	FG21		!	ZBS7	
	o	Patrick Schmich	o	Agata Mikolajewska	
	o	Wolfgang Scheida	!	BZgA	
!	FG 32		o	Linda Seefeld	
	o	Michaela Diercke			
!	FG 33				
	o	Ole Wichmann			





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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SurvNet übermittelt: 13.255.989 (+220.048), davon 120.992 (+264) Todesfälle 1. 7-Tage-Inzidenz 1.371,7/100.000 Einw. 2. Hospitalisierungsinzidenz: 6,24/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,25/100.000 EW 2. Fälle auf ITS: 2.471 (+5) 3. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,2%, Zweitimpfung 75,1%, Auffrischimpfungen 56,1% 4. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer <ol style="list-style-type: none"> 1. In den meisten BL Rückgang, sehr deutlich in Hamburg 2. In Thüringen steigen Fallzahlen noch an. 5. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ol style="list-style-type: none"> 1. Noch keine Entwarnung, noch viele LK mit sehr hohen Inzidenzen. 6. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ol style="list-style-type: none"> 1. Stärkster Rückgang bei 5-14-Jährigen 7. Hospitalisierungsinzidenz <ol style="list-style-type: none"> 1. Kein Anstieg bei adjustierter zu erkennen 8. Wöchentliche Sterbefallzahlen <ol style="list-style-type: none"> 1. Sterblichkeit auf Median 2018-2021 <p>Könnte Delta aufgrund der Durchseuchung mit Omikron im Herbst wieder im Vorteil sein? Ist Immunschutz gegen Delta geringer nach Infektion mit Omikron?</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Keine Publikationen dazu bekannt. Delta zirkuliert im Moment kaum, Daten können deshalb kaum erhoben 	<p>ZIG 1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Schaade</p> <p>Oh</p>



	<p>werden.</p> <p>10. Ist Verdrängung von Delta durch Omikron ein Gegenargument?</p>	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) (nur freitags)</p> <p>! CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Downloadzahlen gehen leicht zurück, aber immer noch sehr viele Menschen, die warnen. ○ Vorbereitungen für Version 2.18 ○ Infokampagne liegt in Hand von BMG: 2G+, dynamische Regeln sind abbildbar. ○ Nächste Woche wird im Krisenstab neue Version vorgestellt. ○ CWA sollte bei Vorbereitung auf Herbstwelle berücksichtigt werden. ○ Gibt es Daten dazu, wie viel Zeit zwischen Warnung an Dritte und relevantem Datum vergeht? <ol style="list-style-type: none"> 1. Gibt es. Je weniger Zeitverzug im Labor, desto näher ist die Warnung wieder am relevanten Datum. ○ CWA ist stark an Management der Kontaktpersonen gekoppelt. Containment wird in Zukunft zurückgefahren. Hauptzweck der CWA (Beginn einer Pandemie) nimmt ab, evtl. auf neue Varianten fokussieren. ○ Schwerpunkt auf Quarantäne von Kontaktpersonen zu Beginn einer Pandemie und nicht im Übergang zur epidemischen Phase. ○ Funktionalität der CWA ist nicht auf Containment Maßnahmen angewiesen, sondern als Hinweis für Bevölkerung für Handlungsempfehlungen zu sehen. ○ Was passiert ab Ende März? Welche Rolle wird CWA spielen? <ol style="list-style-type: none"> 2. Hauptfunktionen: Warnfunktion und Management der Zertifikate 3. Frage der Strategie in Zukunft, politischer Wille ist noch unklar. Diskussionsbedarf zwischen RKI und Ministerium ○ In Relation zu anderen Atemwegserkrankungen zu sehen, Dass Delta wiederauftaucht, ist eher unwahrscheinlich. Epidemiologische Expertise sollte mitberücksichtigt werden. <p>! CovPass</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neue Version schon in Stores 	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>Schmich</p> <p>Haas</p> <p>Schmich</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Muss angepasst werden.</p> <p>! Entwurf soll heute um 15 Uhr bei jour fixe mit BMG besprochen werden.</p>	Alle



<p>5</p>	<p>Expertenbeirat <i>(mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Punktesammlung für Stellungnahme zu Herbst- / Wintervorbereitung 	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schulaussendung wird sich verzögern. ! Überarbeitung Pflegemerksblatt ! Für nächste Woche Merkblatt zu Novavax-Impfstoff ! Anpassung aller Merkblätter an aktuelle STIKO-Empfehlungen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute Vormittag BPK mit Herrn Schaade, nur politische Fragen, keine Fragen ans RKI ! Gestern Tweet zum Wochenbericht versendet: Schutz der Älteren 	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse (Degen)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Heute Nachmittag bei jour fixe soll herausgefunden werden, was der Minister plant. ! Jetzt doppelte Absicherungsstrategie, nach jour fixe nochmal Gespräch zwischen Wieler und Lauterbach, was beschlossen wurde. ! Teststrategie nach 31.03. soll skizziert werden. Was ist im Sommer noch erforderlich, sind Bürgertests weiter epidemiologisch sinnvoll? Ist Aufrechterhaltung 3G geplant? -> wird am Montag im Krisenstab besprochen. 	<p>Alle</p> <p>Wieler</p> <p>Mielke</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht besprochen) 	<p>Alle</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Im Epid Bull wurde STIKO-Empfehlung publiziert. ! Gestern Webinar zur 2. Booster-Impfung vom ECDC <ul style="list-style-type: none"> o Die Positionen gehen weit auseinander. In Dänemark wird z.B. kein 2. Booster angeboten, in Deutschland Risikogruppen adaptiert. <p>STIKO</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ! Beschäftigt sich prioritär mit der Impfung von Kindern von 5-11 Jahre. Es wird diskutiert, ob nur für Risikogruppen oder für alle Kinder. ! Anfang der Woche Treffen mit BionTech <ul style="list-style-type: none"> ○ Interesse an Omikron spezifischem Impfstoff ist eher verhalten. Befürchtung dieser Impfstoff könnte andere Varianten nicht so gut abdecken. Daten vermutlich erst ab Mai, erst dann kann entschieden werden, ob auf Omikron spezifischen Impfstoff gewechselt werden sollte. Nutzen ist umstritten. ! Evidenz zur Frage Schutz nach durchgemachter Infektion soll bis übernächste Woche in einem Artikel zusammengefasst werden. ! Ist ein multivalenter Impfstoff möglich? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kombination mit anderen Erregern, z.B. Grippe ○ Kombination von z.B. Omikron + Delta ○ Tendenz zu mRNA-Impfstoffen; Frage, ob langanhaltende Immunität entsteht. ! Warum wird immer noch nur auf neutralisierende Antikörper fokussiert? Gibt es Entwicklungen bei T-Zell-Antwort? <ul style="list-style-type: none"> ○ Neutralisierende Antikörper spielen die wichtigste Rolle, auch Schutz vor schweren Erkrankungen kann über humorale Immunantwort erklärt werden. ○ Warum ist Wirksamkeit gegen schwere Erkrankungen gut, nimmt aber gegen Infektionen so schnell ab? ○ Wichtige Forschungslücke, T-Zellen und T-Memoryzellen haben große Bedeutung bei Verhinderung schwerer Verläufe. mRNA-Impfung zeigt wenig Langzeiteffekt. Laborkorrelat wäre wichtige Forschungsfrage. ○ Bis heute ungelöste Frage, Krux liegt in Manifestation im Gewebe, im Blut nicht so relevant. 	<p>Haas</p> <p>Oh</p> <p>Buda</p> <p>Mielke</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 644 Proben, davon: <ul style="list-style-type: none"> ○ 154 SARS-CoV-2 ○ 91 Rhinovirus ○ 12 Parainfluenzavirus ○ 12 RSV ○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren ○ 52 Metapneumovirus ○ 21 Influenzavirus 	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>



	<p>ZBS1</p> <p>! In KW 7 bisher 111 Proben, davon 46 positiv auf SARS-CoV-2 41,4%.</p>	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! Es wird überlegt, die Isolation asymptomatischer Patienten in Einrichtungen zu verkürzen. Noch kein neuer Sachstand.</p>	ZBS7 (Mikolajewska)
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	
13	<p>Surveillance (nur freitags)</p> <p>! Nationales Pilotprojekt zur „Systematischen Überwachung von SARS-CoV2 im Abwasser“ (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlung der EU-Kommission: systematische Überwachung von SARS-CoV-2 im Abwasser in der EU <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 Pilotstandorte, flächendeckend verteilt ▪ Ziel zu prüfen, ob und wie ein Abwassermonitoring in Deutschland umgesetzt werden kann. ▪ Laufzeit November 2021 – März 2023, Fördersumme 3,7 Mio. € ▪ Längerfristige Strukturen auch zur Überwachung anderer Erreger sollen aufgebaut werden, als Ergänzung zu bereits bestehenden Systemen. ○ Verknüpfung Abwasser und Surveillance, Beteiligte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ UBA, RKI, Experten aus Forschungsprojekten, EU-Referenzlabor (TU Darmstadt), EU national contact point, Pilotstandorte ▪ Beprobung Q1/2022 – Q4/2022 ○ Aufgaben des RKI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verknüpfung der Abwasserdaten mit epidemiologischen Daten, Bewertung und Interpretation der Daten für Pilotstandorte ▪ Langfristige Entwicklung von Algorithmen ▪ Aufbau einer digitalen Infrastruktur ▪ Evaluierung der Pilotphase ▪ Perspektiven eines nationalen Abwassermonitorings ○ Datenmanagement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zentrale Cloud enthält aggregierte Fallzahlen pro Entwässerungsgebiet aus Gesundheitsamt, Begleitparameter aus Klärwerk, Biomarker aus Labor. ○ Beziehen sich Biomarker nur auf menschliche Proben oder wird die Veterinärseite mitberücksichtigt (Tierwirte)? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Hauptausscheidung über Menschen stattfindet. Projekt ist relativ komplex, deshalb wird zunächst auf menschliche Proben eingeschränkt. Gespräch mit FLI findet statt. 	<p>FG15 (Böttcher)</p> <p>FG32 (Kremer-Flach)</p> <p>Haas</p> <p>Diercke</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abstimmungsprobleme bei technischer Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Druck von politischer Seite, von epidemiologischer Seite muss erst noch bewertet werden, ob der Aufwand gerechtfertigt ist. ▪ Es muss sichergestellt werden, dass RKI von epidemiologischer Seite verantwortlich ist. ▪ Falls es sich als zukunftssträchtige Methode für RKI herausstellt, sollte es in DEMIS integriert werden. Im Moment werden eher neue Systeme aufgebaut. ○ Wäre auch für Abt. 2 ein wichtiges zusätzliches Instrument. Auf Möglichkeit einer kleinräumigen Perspektive sollte hingewirkt werden. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakt zu Abt. 2 besteht bereits, Austausch ist geplant. ▪ Es wurden Klärwerke mit unterschiedlich großen Einzugsgebieten gewählt, in städtischen und ländlichen Regionen. ○ Ethische Aspekte müssen beachtet werden. ○ Welche Aktivitäten sind abhängig vom jeweiligen Ergebnis angedacht? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Als Frühwarnsystem: Aufgrund von erhöhten Werten wurde in Kanada z.B. Lockdown für High risk settings beschlossen. Gerichtsbarkeit muss sichergestellt werden. ▪ Großer Nutzen im Entwarn-System, wenn noch viel im Abwasser zu finden ist, könnten Lockerungen aufgeschoben werden. ▪ Für ergänzende Hinweise, wenn andere Systeme wegfallen, z.B. mehr Testen als Konsequenz. ○ Wie weit soll ins Detail gegangen werden, Metagenom Sequenzierung, PCR? <ul style="list-style-type: none"> ▪ viel Spielraum, Trend- und detailliertere Analysen ▪ Für „neue“ Sequenzen Austausch mit dem Sequenzierlabor. Hr. v. Kleist und Hr. Hölzer entwickeln Tools, um auch noch nicht bekannte Varianten zu identifizieren. ! ECDC: Internationale Lage (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Weltweit Fallzahlentwicklung deutlich zurückgehend ○ 14-Tages-Inzidenz in Nordeuropa, Australien und Südamerika besonders hoch. ○ Todesfallzahlen nicht so stark gestiegen wie Fallzahlen ○ Fallzahlen auch in Europa zurückgehend -22% ○ Ansteigend: u.a. Dänemark, Niederlande, Norwegen ○ Todesfallzahlen: deutlicher Anstieg in Dänemark, leichter Anstieg in Frankreich ○ Kein neues Risikogebiete, viele rausgenommen ○ Dänemark: für zeitnahe Darstellung wurden auch mit und nicht nur an SARS-CoV-2 Verstorbene berichtet. ○ Keine Angaben zur mittleren Dauer der jeweiligen Wellen bekannt. 	<p>Ziese</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Buda</p>
--	---	--



<p>14</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Diskussion über Verwendung der Gelder des Paktes des ÖGD, damit Kapazitäten an den Flughäfen verbessert werden können. ! Machen Hochrisikogebiete noch Sinn? Einstellung ist im Moment noch nicht geplant. ! Internationale KoNa wird nicht mehr durchgeführt. Es werden nur noch grenzüberschreitende, internationale Fälle weitergegeben. Größter Austausch mit direkten Nachbarländern. Kann das perspektivisch reduziert werden, da nach wie vor sehr aufwändig? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressourcenbelastung ist kein gutes Argument. Was passiert mit diesen Informationen? Belege, dass die Informationen nicht weiterverwendet werden, wären als Argument besser. ○ Frage des Containments: Wenn nicht grundsätzlich Abstand vom Containment und von Hochinzidenzgebieten genommen wird, wäre eine Einstellung widersprüchlich. Einziges Argument wäre, die Information kommt zu spät. ○ Wie lange braucht die Information? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Maßnahmen aufgrund der verstrichenen Zeit keinen Sinn mehr machen, wird sowieso gekappt. Grenze ist bei 7 Tagen, nach 7 Tagen wird Information nicht mehr weitergeleitet. ○ Wie häufig werden Informationen nicht mehr weitergeleitet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherchiert Maria an der Heiden 	<p>FG38 (an der Heiden)</p>
<p>15</p>	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deadline für internen Zwischenbericht ist 28.02., bleibt es dabei? <ul style="list-style-type: none"> ○ Vereinzelt Rückmeldungen bisher. ○ Sinn: Abläufe festhalten, bevor sie zu lange in der Vergangenheit liegen. Letzter Bericht war sehr nützlich. ○ Deadline sollte möglichst gehalten werden. 	<p>FG38</p>
<p>16</p>	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	<p>Alle</p>
<p>17</p>	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 21.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:45 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 21.02.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lars Schaade	! FG38
! Abt. 1	o Ute Rexroth
o Martin Mielke	o Maria an der Heiden
! Abt. 3	o Amrei Wolter
o Osamah Hamouda	! ZBS7
o Tanja Jung-Sendzik	o Christian Herzog
o Janna Seifried	! MF2
! FG11	o Torsten Semmler
o Sangeeta Banerji	
! FG14	! P1
o Mardjan Arvand	o Christina Leuker
o Melanie Brunke	! P4
! FG17	o Pascal Klamser
o Thorsten Wolff	! Presse
o Djin-Ye Oh	o Ronja Wenchel
! FG 24	! ZIG
o Thomas Ziese	o Johanna Hanefeld
! FG32	! ZIG1
o Michaela Diercke	o Sarah Esquevin
! FG34	o Carlos Correa-Martinez
o Viviane Bremer	! BZgA
! FG36	o Oliver Ommen
o Silke Buda	
o Stefan Kröger	



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 SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 13.636.993 (+73.867), davon 121.297 (+22) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1346,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.377.472 (76,2%), mit vollständiger Impfung 62.491.708 (75,2%) Labormeldungen über DEMIS: Rückläufige Tendenz Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang in fast allen BL mit Ausnahme von Thüringen (Anstieg) und BY, BaWü und MeckPomm (Plateau) geografische Verteilung: Nur 2 LK mit 7d-Inzidenz < 100/100.000 Einw. Inzidenz pro Altersgruppe: am stärksten betroffen: 0-49- Jährige, am wenigsten betroffen: 70-79-Jährige Hospitalisierungsinzidenz auch bei 0-59-Jährigen auf hohem Niveau, ggf. Abgleich mit syndromischer Surveillance zur Validierung</p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p>Internationales (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p>	<p>FG21</p>

4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (Link) Gespräch mit dem Minister für die aktuelle Woche geplant zur Abstimmung der Risikobewertung und Ankündigung der Veröffentlichung auf der BPK am Freitag</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Aktivitäten neu: Große Aussende-Aktion von Material für Kitas und Grundschulen mit Eltern und Lehrkräften als Zielgruppen</p> <p>Frage aus dem Krisenstab: Gibt es Angaben in den Dokumenten zu Testungen in Schulen und Kitas nach dem 31.3.2022? Antwort: Nicht bekannt, Information wird nachgereicht</p> <p>Presse</p> <p>nicht berichtet</p> <p>P1</p> <p>Gesprächskarten zum Thema Impfen werden auf der Webseite unter FAQ und über Twitter veröffentlicht (Zusammenarbeit mit Uni Erfurt)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nat. Teststrategie – Planung für den Herbst/ Winter ! Folien hier und hier <p>BMG-Erlass zur Entwicklung eines konkreten Schaubild-Entwurfs für eine Teststrategie. Folgende Fragestellungen sollten dabei berücksichtigt werden und waren Gegenstand der Krisenstabsdiskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer zwingend beizubehalten? ! Antwort: Alle symptomatischen Personen (ggf. Schaubild überarbeiten, da es dort so aussieht, als ob nur symptomatische Personen aus Risikogruppen oder im nosokomialen Setting gemeint sind) und asymptomatische Personen im nosokomialen Setting (ganzer oberer Kasten) 	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



	<p>! Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer aus fachlicher Sicht nicht notwendig?</p> <p>! Antwort: Wurde nicht diskutiert/beantwortet.</p> <p>! Welche Gruppen sind durch Reihentestungen zu schützen? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen?</p> <p>! Antwort: Kinder sollten aufgrund der z.T. fehlenden Impfmöglichkeit und der geringen Impfquote und der möglichen Langzeitfolgen oder Komplikationen (PIMS) durch Reihentestungen geschützt werden. Testkonzepte wurden nicht diskutiert.</p> <p>! Sollten betriebliche Testungen und Testungen in Bildungseinrichtungen aufrechterhalten werden? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen? Rolle der Lolli-Pool-PCR?</p> <p>! Testungen von Kindern in Bildungseinrichtungen sollten aufrechterhalten werden. Betriebliche Testungen sollten gestrichen werden und die Betriebe auf ihre Eigenverantwortung verwiesen werden. Testkonzepte und Rolle von Lolli-Pool-PCR wurden nicht diskutiert.</p> <p>! Ist aus fachlicher Sicht die Bürgertestung weiterhin notwendig?</p> <p>! Antwort: Nein, es gibt eine Veröffentlichung aus Dänemark dazu, dass Bürgertests die Eindämmung nicht unterstützen. Sie sollten daher nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, z.B. Testung vor Kontakt mit vulnerablen Gruppen und bei staatlich vorgeschriebenen 2G/3G Regelungen</p> <p>! Wann sind Freitestungen notwendig?</p> <p>! Antwort: Sie sind bei staatlich vorgeschriebenen 2G/3G Regeln notwendig</p> <p>ToDo1: <i>Abstimmung des Erlasses mit dem Control-COVID Papier (Frau Jung-Sendzik sendet Herrn Mielke Link zum Papier)</i></p> <p>! Einreiseverordnung (Folien hier und hier)</p> <p>! Es wurde eine Modellierung vorgestellt, um die Effektivität der Einreiseverordnung (Hochrisikogebiete, Virusvariantengebiete) abzuschätzen. Zwar zeigt ein worst-case Szenario eine bis zu 50% Effektivität, jedoch ist nach Meinung des Modellierers eher von einer maximalen</p>	
--	---	--

	<p>Effektivität von 10% auszugehen und zwar in Zeiten geringer Inzidenz in Deutschland. In Zeiten hoher Inzidenz haben die Maßnahmen keinen Mehrwert.</p> <p>! Vorschlag von ZIG: Hochrisikogebiete nur bei besonderen epidemiologischen Vorkommnissen. Kategorie Virusvariantengebiet sollte beibehalten werden, da es die Unterbindung der Reisen in solche Gebiete bedeutet, wodurch Zeit gewonnen werden kann.</p> <p>ToDo2: <i>Abstimmung des Initiativberichts mit dem Control-COVID Papier, Fristverschiebung auf den 22.2.2022 Mittag (Frau Jung-Sendzik und Frau Hanefeld)</i></p> <p>RKI-intern</p> <p>! Rückmeldung Jour fixe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräch mit dem Minister für aktuelle Woche geplant zur Abstimmung (a) der Risikobewertung, (b) Umgang mit DIM-Daten zu Johnson & Johnson und (c) Control-COVID Papier (wahrscheinlich keine Veröffentlichung, sondern interner Bericht an das BMG) <p>! RKI-Krisenstabssitzung Montagstermin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krisenstab sprach sich mehrheitlich für die Beendigung des Montagstermins ab März aus. Entscheidung wird nach Rücksprache mit Präs. bekannt gegeben. 	
8	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>xxx</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p>ZBS1</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> ToDo3: -Wochenbericht für Himmelfahrt: Keine Veröffentlichung an Himmelfahrt. Stattdessen Bericht möglichst am Mittwoch vor Himmelfahrt fertigstellen und am Freitag veröffentlichen (Lagezentrum) -Presse soll eine Woche vorher den veränderten Veröffentlichungstermin kommunizieren (Wenchel)	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:51 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 23.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Christina Frank |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Hendrik Wilking |
| ○ Lars Schaade | ! FG36 |
| | ○ Silke Buda |
| | ○ Stefan Kröger |
| | ○ Kristin Tolksdorf |
| ! Abt. 1 | ! FG37 |
| ○ Martin Mielke | ○ Muna Abu Sin |
| | ! FG38 |
| ! Abt. 3 | ○ Ute Rexroth |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Claudia Siffczyk |
| ○ Janna Seifried | ○ Amrei Wolter (Protokoll) |
| ! FG11 | ! ZBS7 |
| ○ Sangeeta Banerji | ○ Agata Mikolajewska |
| ! FG12 | ! MF2 |
| ○ Annette Mankertz | ○ Torsten Semmler |
| ! FG14 | ! MF4 |
| ○ Mardjan Arvand | ○ Martina Fischer |
| ○ Melanie Brunke | ! P1 |
| ! FG17 | ○ Christina Leuker |
| ○ Ralf Dürrwald | ! Presse |
| | ○ Marieke Degen |
| ! FG21 | ○ Ronja Wenchel |
| ○ Wolfgang Scheida | |
| ! FG32 | ! ZIG |
| ○ Michaela Diercke | ○ Johanna Hanefeld |
| | ○ Mikheil Popkhadze |
| ! FG34 | ! BZgA |
| ○ Viviane Bremer | ○ Astrid Rose |
| ! FG35 | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet) Folien hier Weltweit: Fälle, Todesfälle Datenstand: WHO, TT.MM.JJJJ Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. xxx Karte mit 7-Tage-Inzidenz: 2. xxx Epikurve WHO Sitrep: 3. xxx Andere Berichte:</p> <p>ToDo:</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 13.971.947 (+209.052), davon 121.902 (+299) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.278,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.404.322 (76,2%), mit vollständiger Impfung 46.970.573 (56,5%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 4. Rückgang oder Plateau der Fallzahlen in den meisten BL, TH Anstieg, SA und SH leichter Anstieg, in allen LK hohes Infektionsniveau 5. Anstieg der Inzidenz bei >85-Jährigen 6. Altersmedian bei Verstorbenen konstant 7. 90% an gemeldeter Krankheit verstorben 8. Leichter Anstieg</p> <p>ITS-Belegung und Spock Folien hier DIVI-Intensivregister: 9. Plateaubewegung auf ITS: aktuell 2.390 Personen auf ITS behandelt 10. ITS-COVID Neuaufnahmen mit +1.535 in den letzten 7 Tagen liegt auf Plateauniveau 11. Anzahl Verstorbene auch auf Plateau (70-80 Todesfälle pro Tag) 12. Alle BL bewegen sich auf Plateau, Südwesten und Süden sowie NRW leichter Anstieg 13. Bundesdurchschnitt bei 10% 14. Leichter Rückgang der ECMO-Behandlungen 15. 28% unbekannte Behandlung (potenzielle COVID- Nebenbefunde) 16. Verfügbarkeitseinschätzung High-Care Behandlung: Plateaubildung bei nicht verfügbar</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>

	<p>17. Gründe der Betriebseinschränkung: Plateaubildung bei Personal</p> <p>18. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad: Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen</p> <p>19. Altersgruppen Entwicklung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anstieg bei 0-17-Jährigen und 70-79-Jährigen 2. Plateau bei 80+ 3. ITS-Beherrschung durch >60-Jährige <p>SPoCK: Plateaubewegung, leichter Anstieg in Bayern, Südwesten/Süden, Fortsetzung in NRW</p> <p>Testkapazität und Testungen Folien hier Rückgang der Anzahl der Testungen von 2,6 Mio. auf 2,1 Mio. Testungen, Anstieg des Positivenanteils auf 46% Laborauslastung in vielen Bereichen rückgängig, weiterhin hohe Auslastung in TH und SN</p> <p>SARS in ARS Anzahl der Testungen in den meisten BL rückläufig, in TH Anstieg Testorte: ! Rückgang in Altersgruppe 5-14-Jährige im Bereich „anderer Testort“, deutlicher Rückgang in Arztpraxen, Rückgang im positiven Anteil ITS Bereich Leichter Anstieg der Positivenanteile auf Normalstation Zunahme aktiver Ausbrüche in Alten/Pflegeheimen Deutlicher Rückgang Fall-Verstorbenen Anteil in Alten/Pflegeheimen</p> <p>VOC-Bericht Folien hier Omikron mit Anteil von 98% in Stichprobe der Genomsequenzierung, BA.2 Anteil mit 23,7% weiterhin steigend, Delta kaum noch nachgewiesen Abnahme variantenspezifischer PCR aufgrund geänderter Testverordnung Im Vergleich BA.1 und BA.2: Erhöhte Transmission für BA.2 (R-Wert ist ca. 1.4-fach höher) Infektiosität ist vergleichbar gegenüber Ungeimpften, Geimpften und 3-fach Geimpften Schwerevergleich: unzureichende unklare Datenlage, keine Deutung auf höhere Krankheitsschwere Preprint Studie aus DK: Reinfektion BA.2 nach BA.1 ist möglich, aber selten. Daher auch keine gesonderte Hervorhebung im Wochenbericht nötig Genomische Surveillance kann reduziert werden, muss aber in einem Maß aufrechterhalten werden, sodass auf die Situation nach dem Sommer reagiert werden kann</p> <p>Syndromische Surveillance Folien hier ARE-Rate in KW6 stabil</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG 37 (Abu Sin)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
--	--	--



	<p>Gesamtwert lag in der 7.KW bei 4,5% Trend bei Erwachsenen rückläufig, bei Kindern leichter Anstieg (von 10,6% auf 11,2%) Nicht wie Situation der Grippewelle der Vorjahre, aber derzeit über Niveau des letzten Jahres 2021 ARE-Konsultationen: Ambulanter Bereich: Höhepunkt der Arztbesuche in KW 5 durch ARE, Rückgang in KW7 In TH und MV Anstieg der Arztbesuche der Erwachsenen (durch COVID), alle anderen BL verzeichnen Rückgang Konsultationen geht in den BL insgesamt nach unten, in einigen BL (SA, HH, SH, BB) leichter Anstieg bei den Kindern Stabilisierung bzw. Rückgang der Fallzahlen ab KW 6/2022 bei ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose (450 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW) Rückgang der COVID-ARE-Inzidenz unter 80-Jährige, in AG 80+ deutlicher Anstieg SARI-Fallzahlen sind seit KW 2/2022 stabil geblieben, in AG 60+ deutet sich leichter Anstieg an COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz: kein weiterer Anstieg in KW7, leichter Anstieg in AG 80+ Verstorbene COVID-Sari Fälle: seitwärts Bewegung, Risiko in älterer AG höher, an COVID-Sari zu versterben Ausbrüche in Kindergärten: Höchstwerte im Januar Ausbrüche in Schulen: Anteile der Kinder wird geringer</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Altersverteilung über alle Altersgruppen gleichmäßig verteilt Nachweis der Omikron Variante in 264 untersuchten Proben bei 100%, Omikron dominiert Geschehen Niedrige Aktivität der Influenza Viren, Nachweise bei 0-4-Jährigen, aber keine Grippewelle erkennbar SARS-CoV-2 zur Zeit das stärkste Virus im Sentinel alle endemischen Corona-Viren sind vertreten (229E am häufigsten datiert)</p> <p>Diskussion / Zusammenfassung Zwar geringerer Schweregrad einer Erkrankung, aber dennoch besorgniserregende Zahlen der hohen Inzidenz der >70Jährigen Frage, ob die Zurücklage der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz mit 3 Tagen als solche mit Sternchen gekennzeichnet werden soll <i>Antwort:</i> Bleibt wie gehabt bestehen Frage nach Bericht zu Hospitalisierung und Todesfälle: wurde derzeit zurückgestellt, Hr. Hamouda ist im Gespräch mit Fr. Diercke, soll diese Woche beendet werden Frage des Präs nach ausreichender Informationslage zur Sequenzierung von BA.1 und BA.2 und daraus folgenden Maßnahmen zur Modellierung der Entwicklung für die BL. Ebenso wird die Bewertung der Pandemie durch den höheren</p>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p>
--	--	-----------------------------

	<p>R-Wert schwieriger. Hr. Semmler bespricht, was für statistische Größen es für eine Modellierung braucht und verfasst Bericht.</p> <p>Frage nach einer Powerberechnung für eine Stichprobe, diese ist generell machbar. Der Rückgang an Einsendung und Sequenzierung von Proben kann mit der Auslastung der Kapazitäten der Labore zusammenhängen.</p> <p>Frage von Fr. Buda nach der direkten Konkurrenz von SARS-CoV-2 zu Rhinoviren unter gleichbleibenden Bedingungen bei 0-4-Jährigen Immunnativen Kindern. Dies kann nicht genau beantwortet werden, Sars-CoV-2 verfügt jedoch über Mechanismen, die bspw. Interferon Antworten unterwandert. Gute Arbeiten mit saisonalen Coronaviren sind in den 90ern entstanden, hier ggf. Hinweise.</p> <p>Thema prozentuale variantenspezifische PCR: ! Relevanz des Instruments, um eine neue Subvariante/Variante zu erkennen, die eine Veränderung der Maßnahme erfordert, daher muss bei einer Sequenzierung der Anlass angegeben werden</p> <p>Frage nach Berücksichtigung der Reinfektion mit BA.2 im Wochenbericht: Reinfektion ist äußerst selten und nicht relevant, daher keinen Schwerpunkt</p> <p>ToDo: <i>Bericht zur Hospitalisierungsinzidenz soll diese Woche bitte beendet werden, im Anschluss ans BMG (Hr. Hamouda und Fr. Diercke).</i></p> <p><i>Mathematische Berechnung der Power der Einschätzung der VOCs um statistische (Hr. Semmler ggf. P4)</i></p> <p><i>Bitte von Hr. Semmler an Hr. Mielke, die richtige Angabe zum Anlass von Sequenzierung im AL-Meeting anzusprechen</i></p>	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i></p>	FG21



4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Anpassung der Änderung der Risikobewertung wurde von Präs an Minister geschickt, inhaltlich kein Änderungsvorschlag von Minister</p> <p>Kein Konsens zur Veröffentlichung, wird zwischen Präs und Minister am 24.02.2022 besprochen</p> <p>Voraussichtliche Ankündigung auf BPK und Veröffentlichung auf RKI Website am Freitag, 25.02.2022</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Vorbereitung Stellungnahmeverfahren der Vorbereitung auf Herbst/Winter</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Analyse der benötigten Daten/Indikatoren II. Analyse der derzeit bestehenden Daten, Verbesserungen III. Bewertung der bestehenden Tools IV. Durchführung einer Lessons-learned <p>! Alten/Pflegeheime in Stellungnahme mitansprechen</p>	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Aussendeaktion an KiTa und Schule mit Thema Schutzimpfung für Kinder und Jugendliche wurde am 22.02 durchgeführt</p> <p>! Der Erreger-Steckbrief liegt derzeit in der 1.Fassung vor, es wird um eine:n Ansprechpartner:in im RKI gebeten, zeitlich reicht Rückmeldung bis nächste Woche</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BPK am Freitag 25.02. mit Präs, soll mit Tweet begleitet werden ○ Unklar, ob Donnerstag oder Freitag Veröffentlichung der Risikobewertung. Sollte Donnerstag die Risikobewertung veröffentlicht werden, soll in Abstimmung mit dem BMG entschieden werden, ob Presse dies mit einem Tweet begleitet. Bei Veröffentlichung am Freitag würde Presse die BPK eh twittern. Präs spricht dies mit Minister am 24.2 ab. ○ Nachfrage zum Tweet bzgl. Wochenbericht und ob die sinkenden Fallzahlen berücksichtigt werden sollen <p><i>Antwort:</i> Tweet, dass trotz sinkender Inzidenz die Lage bei der älteren AG ernst ist, Hinweis auf STIKO-Empfehlung und AHA+L Regel. Bzgl. der Veröffentlichung der Risikobewertung und Tweet</p> <p>P1</p>	<p>BZgA (Rose)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>

	<p>Erstellung einer Risikoeinschätzung einer COVID-19-Infektion und Erkrankung Derzeit mit Hr. Mielke, Hr. von Kleist und Fr. Diercke abgestimmt, soll in ganze Runde geschickt werden</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Mitteilung Fr. Hanefeld: Information von Hr. Beyer, dass am 22.02 eine Vorlage zur EinreiseVO ins Kabinett gegangen ist, die bei Annahme eine Entlastung der Hochrisikogebiete des BMGs als Folge hätte ! Anregung der Presse der Entfernung der Risikogebietsliste von der Seite des RKIs <i>Antwort Hanefeld:</i> da Vorlage schon im BMG vorliegt, ist eine zeitnahe Entfernung vermutlich unrealistisch ! Hierzu Info: EinreiseVO und SchutzmaßnahmenVO weisen Differenzen auf ! EU-Richtlinie legt fest, dass die Länder den Genesenenstatus über Antigennachweis akzeptieren können <p>ToDo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>BZgA fasst einen Erreger-Steckbrief und bittet um eine:n Ansprechpartner:in im RKI (Rexroth)</i> ○ <i>Weiterleitung der Risikoeinschätzung von P1 (Fr. Leuker) an Krisenstab</i> 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abteilung 3 soll Sprechpunkte für Fr. Teicherts Termin auf EU-Ebene zu möglichen Szenarien Herbst und mögliche Reaktionsmöglichkeiten vorbereiten ○ Kurzbewertung SAGE-Szenario & Vortrag Sprechpunkte sollen bis Freitag, 24.2 übermittelt werden ○ Hamouda: ECDC hat Papier vorgestellt mit möglichen Szenarien/Möglichkeiten, kann als Unterstützung genommen werden ○ Je nach Variante sind mögliche Szenarien schwer einschätzbar, wichtig bleibt die Botschaft auf Impfung und AHA+L <p>ToDo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Bitte um Zusendung der Ausarbeitung der SAGE-Szenarien von Hr. Schaade an Fr. Rexroth</i> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erste Ergebnisse der Modellierung von FG 33 (Hr. Wichmann) könnten diese Woche vorliegen 	<p>Alle</p> <p>Abt. 3 (Rexroth)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Varianten werden nicht mitmodelliert <p>Bericht AGI Rexroth:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ J&J sind formal erst nach 3 Impfungen vollständig geimpft ○ Problematisch für Impfquote und Berichterstattung ○ BL diskutieren, ob Fallinformationen international geteilt werden sollen, da Länder keine KoNa mehr betreiben ○ Überlegung der Abfrage an Länder, ob Fallinformationen international geteilt werden soll, nur Zusendung bei Bejahung 	
8	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>xxx</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus <p>Rest negativ</p> <p>ZBS1</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG38

15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 25.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:32 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Freitag, 25.02.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
 - ! Abt. 2
 - Thomas Ziese
 - Annette Mankertz
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
 - ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - ! FG14
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Djin-Ye Oh
 - ! FG21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
 - ! FG31
 - Göran Kirchner
 - ! FG 32
 - Michaela Diercke
 - Justus Benzler
 - ! FG 33
 - Ole Wichmann
 - ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
 - ! FG35
 - Hendrik Wilking
 - ! FG36
 - Walter Haas
 - Stefan Kröger
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! FG 38
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
 - Claudia Siffczyk
 - ! MF2
 - Torsten Semmler
 - ! P1
 - Ines Lein
 - ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - ! ZBS1
 - Andreas Nitsche
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - ! ZIG1
 - Romy Kerber
 - Carlos Correa-Martinez
 - Mikheil Popkhadze
 - ! BZgA
 - Martin Dietrich





<p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <p>11. SurvNet übermittelt: 14.399.012 (+210.743), davon 122.371 (+226) Todesfälle</p> <p>12. 7-Tage-Inzidenz 1.259,5/100.000 Einw.</p> <p>13. Hospitalisierungsinzidenz: 6,28/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,83/100.000 EW</p> <p>14. Fälle auf ITS: 2.285 (-113)</p> <p>15. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,3%, Zweitimpfung 75,3%, Auffrischimpfungen 56,6%</p> <p>16. Trends</p> <p>1. Rückgang 7-Tage-Inzidenz, R-Wert unter 1, Hospitalisierungsinzidenz bleibt gleich, leichter Anstieg bei Todesfällen</p> <p>17. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <p>1. In den letzten Tagen Übermittlungsprobleme in Rheinland-Pfalz</p> <p>2. Gemischtes Bild, in den meisten BL Rückgang</p> <p>18. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <p>1. Sehr viele LK mit sehr hohen Inzidenzen</p> <p>2. In den an Dänemark angrenzenden LK wieder Anstiege</p> <p>19. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen</p> <p>1. In allen AG Rückgang bzw. kein Anstieg bei 60-79 und 80+ Jährigen.</p> <p>20. Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <p>1. Derzeit keine Übersterblichkeit</p> <p>Der Positivenanteil bei Tests bleibt gleich oder steigt. Wird zu wenig getestet? Wird von einem tatsächlichen Rückgang der Fallzahlen ausgegangen?</p> <p>21. Am besten von Inanspruchnahme von Testungen sprechen.</p> <p>22. Es sind unterschiedliche Entwicklung in LK und Altersgruppen zu sehen, d.h. lokale Entwicklungen können</p>	<p>Mankertz</p> <p>Hamouda</p>
---	--------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Genesenenzertifikat: Datum Probenahme, über Regeln festgelegter Gültigkeitsbeginn und -ende ▪ Testzertifikat: Datum Probenahme, Art des Tests ○ Genesenenzertifikat auf Antigen-Schnelltest-Basis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu seit dieser Woche: für Länder optional, wenn nicht genug Kapazitäten für PCR Tests vorhanden. ▪ Alle Länder müssen Zertifikate der anderen Länder anerkennen. ▪ Art des Tests wird nicht angegeben, kann beim Zertifikat nicht unterschieden werden. ○ Regelbasierte Bewertung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach EU-Regelwerk: gültig oder ungültig ▪ Neu: innerdeutsches G-Regelwerk: Ergebnis der Prüfung ist höchster erreichter G-Status. Wie mit technisch abgelaufenen Zertifikaten umgegangen wird, ist noch nicht klar. ○ Regelbasierte Zertifikatsausstellung: betroffene Systeme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wallet-Apps, wie CWA, CovPass ▪ Validation-Apps: CovPassCheck, ggf. Drittanbieter ▪ Validation Services: Remote-Überprüfung online-hochgeladener Zertifikate, z.B. für Veranstalter ▪ Bei Ausgebern (Impfzentren, Teststellen, Apotheken, Arztpraxen) durch Software unterstützt, Webportal, Leitfäden ▪ Neu in 2 Wochen: halbautomatische Neuausstellung aus Wallet-Apps, nach Zustimmung perspektivisch auch für Genesenenzertifikate und bei abgelaufener technischer Gültigkeit. ○ Problemfälle bei Impfzertifikaten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Janssen 1/1: Unterscheidung Einmalimpfung oder Genesenenimpfung unklar, werden in D unterschiedlich bewertet ▪ Beliebiger <Impfstoff 2/1: Zweitimpfung nach Janssen oder nach Genesenenimpfung? ▪ 2/2 (alte Kodierung) nach Genesenenimpfung: beide Zertifikate müssen vorliegen ▪ 2/1 (neue Kodierung) nach Einmalimpfung Janssen: zählt als Auffrischimpfung, wenn das erste Zertifikat gelöscht wird. ○ Differenzierung bei Genesenenzertifikaten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungeimpft genesen ▪ Unvollständig geimpft und genesen ▪ Vollständig geimpft und genesen ○ Wird die grundsätzliche Sinnhaftigkeit diskutiert? Vielerorts fallen Beschränkungen weg. Ergänzungen im Regelwerk spielen im Moment keine so große Rolle mehr. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das könnte sich im Herbst wieder ändern. Im Moment gelten die Regeln noch. <p>! Science-Blog: Wie viele Menschen nutzen die CWA "aktiv"? (Folien hier)</p>	<p>Hamouda</p> <p>FG31 (Kirchner)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aktiv Nutzende <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Im eigentlichen Sinn“: Abruf eines Testergebnisses, Warnung Anderer, Risikoermittlung ▪ „Im erweiterten Sinn“: Nutzung für Zertifikate ▪ „Potentiell“: noch installiert ○ Aktiv Nutzende - Warnende <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie viele Personen warnen und wie hoch ist die Zahl der Neuinfektionen: Schätzung von 29,7 Mio. Nutzenden ○ Aktiv Nutzende – CWA-Datenspende <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenspendende in Bezug zum Spenderanteil, ähnliche Schätzung: 29,4 Mio. Nutzende ○ Aktiv Nutzende - Heuristik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wechsel des Smartphones nach ca. 2,6 Jahren, 1,7 Jahre CWA-Betrieb ergibt 39,3% Neuinstallationen, davon 2/3 Neu-Accounts: Schätzung von 28,3 Mio. Nutzenden ○ Aktiv Nutzende – Google Play / Apple App Store <ul style="list-style-type: none"> ▪ Google monatlich: 13,8 Mio. ▪ Apple monatlich: 11,7 Mio. ▪ Insg. 25,5 Mio. Nutzenden, keine Berücksichtigung der Funktionalität. ○ Aktiv Nutzende – CWA-Backend-Daten <ul style="list-style-type: none"> ▪ File-Downloads innerhalb 46 Tagen: 24,9 Mio. aktiv Nutzende ○ Aktiv Nutzende – Übersicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 35% der Bevölkerung und knapp die Hälfte der Zielgruppe nutzt die App aktiv. ○ Check-In Funktionalität wird zunehmend genutzt. ○ Wird nächste Woche im Blog erscheinen. Ging durch viele Abstimmungsrunden mit dem BMG. <p>! Jetzt sollte die strategische Ausrichtung und die Möglichkeit der Weiternutzung als Vorbereitung für den Herbst überlegt werden. Ergebnisoffene Diskussion, was ist sinnvoll und was kann geleistet werden. Die App im Herbst wieder zu beleben ist schwierig.</p> <p>! Backend-Daten: Gehen die Befunde von Laboren direkt an die Handys der Benutzer?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testergebnisse werden anonym ins Backend eingestellt. Die Apps schauen regelmäßig nach, ob ein Ergebnis da ist. <p>! Zu Beginn der Pandemie wäre die CWA am sinnvollsten gewesen, wenn sie die GA hätte unterstützen können. Wie kann die Zusammenarbeit der App mit den GA verbessert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Basiert auf individueller Information für Individuum. ○ Es wurde in Gesprächen mit GA über Use Cases nachgedacht. Durch Überlastung der GA kaum Weiterentwicklung in diese Richtung. ○ Ein wurden ein paar Features entwickelt, z.B. Kontakttagebuch auslesen und dem GA zu Verfügung stellen oder die Stellvertreterwarnung, d.h. bei Events Code anfordern und stellvertretende CWA-Nutzer warnen. Diese wurden von den GA kaum genutzt. ○ Wie kann die Information über unerkannte Kontakte ans GA 	<p>Schmich</p> <p>Haas</p>
--	--	----------------------------



	<p>weitergeleitet werden? Müsste dann obligatorisch und personenbezogen sein. Schwierig, personenbezogene Daten wirken sich neg. auf Akzeptanz der App aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele derjenigen, die durch die App gewarnt wurden, wären aus Kapazitätsgründen nie vom GA gewarnt worden. Was wäre die Alternative zur App, wenn die GA es nicht schaffen alle zu warnen? ○ Konzept und Pilotstudie wären sinnvoll. Projekt über mehrere Jahre, vielleicht als Pandemievorbereitung. ○ Bei Kommunikation mit GA sollte immer DEMIS mitgedacht werden. <p>! Apple hat Frist bis September eingeräumt, bis dahin können Zertifikate zusammen mit Risikoeinschätzung in einer App betrieben werden. Idee, in Zukunft nicht mehr auf Google und Apple zurückzugreifen.</p> <p>! Wenn keine neue, sehr virulente Variante kommt, wird das Kontaktpersonenmanagement außerhalb von Risikoseettings eingestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist dann nicht die Warnung besonders sinnvoll? <p>! Keine extra Ressourcen für CWA, 2 MA aus Abt. 3 sind zurzeit dauerhaft für CWA abgestellt. Wenn Ausbau geplant ist, kann dies nicht aus Hausmitteln bestritten werden.</p> <p>! Es sollte viel stärker thematisiert werden, von welchen Daueraufgaben sich das RKI in Hinblick auf den Strategiewechsel trennen kann.</p> <p>! Kosten für Betrieb: viele Millionen</p> <p>! Perspektivisch wird es keine Quarantäne von Kontaktpersonen mehr geben, eine Warnung wird nicht mehr nötig sein. Anlass für CWA fällt weg.</p> <p>! Es wird ein neues Infektionsschutzgesetz geschrieben werden, nach dem Vorbild des Schweizer Epidemiengesetzes. Festlegung von Maßnahmen, die zu bestimmten Situation aktiviert werden können. Hier klare Haltung zu einer App wie CWA.</p>	<p>Diercke</p> <p>Rexroth</p> <p>Wieler</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Entscheidung des BMG bezüglich Nicht-Veröffentlichung (Vorschlag hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduzierung des Risikos von sehr hoch auf hoch wurde vom BMG abgelehnt. Text der Risikobewertung ist nicht mehr auf aktuellem Stand. ○ Vorschlag: Risikobewertung auf sehr hoch belassen und Text der überarbeiteten Risikobewertung verwenden. ○ Im Text sind weitere Anpassungen nötig, damit nicht inkonsistent zur Risikobewertung. ○ Argument ist höhere Übertragbarkeit von BA.2 und noch wenige Erkenntnisse zu den Auswirkungen der zunehmenden Verbreitung von BA.2. ○ Rückfrage, ob die inhaltlichen Anpassungen die Einschätzung des RKI bez. der Unsicherheit des Verlaufs in den nächsten Wochen widerspiegeln? In diesem Fall sollte dies konkret im Text ergänzt werden. Da es sich bei der Risikobewertung um die fachliche Einschätzung des RKI handelt. 	<p>Alle</p> <p>Haas</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Text ist veraltet. „Hoch“ wurde vom BMG verwehrt. ○ Weitere Option, Risikobewertung von der Webseite zu nehmen, wäre sehr eskalierend. ○ Weitere Möglichkeit wäre, Risikobewertung nicht zu überarbeiten und nicht mehr darauf zu verweisen. ○ Veraltete Version auf Webseite fällt negativ auf uns zurück. Aktualisierung des Textes und nicht dazu twittern ist besser. <p><i>ToDo: Überarbeitung, wie besprochen mit Hinweis auf BA.2 (Entwicklung noch schwer einzuschätzen)</i></p>	<p>Wieler Rexroth</p> <p>Wenchel</p>
<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>) ! (nicht berichtet)</p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schul- und Kitapaket versendet ! Infoblatt zu Pflege- und Gesundheitsberufen mit Impfstoffübersicht vorbereitet, in fachlicher Abstimmung mit RKI ! Novavax hat noch keine Zulassung als booster. Befürchtung im Steuerungskreis, dass dies den Anreiz für Impfvorsichtige verringert. ○ STIKO: Bei Kontraindikationen kann damit geboostert werden, STIKO erstellt FAQ hierzu. -> Infoblatt soll vom RKI kritisch geprüft werden. ○ Novavax ist noch nicht fürs boostern zugelassen, bei Unverträglichkeit aber möglich. ○ Punkt für Steuerungskreis heute Nachmittag ! Handreichung zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist in Abstimmung. ! „Impfen hilft“ Kampagne wird vorangetrieben. ! Regionale und lokale Aktionen für spezielle Zielgruppen werden mit Informationsangeboten unterstützt. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wenig Presseanfragen, COVID ist im Zuge der Ukrainekrise in der Aufmerksamkeit nach unten gerückt. ! Risikobewertung wird nach Überarbeitung auf der Webseite in der Spalte mit aktualisierten Dokumenten erscheinen. 	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Wichmann</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>



	<p>Wissenschaftskommunikation</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Gründe für Bericht zur Einstellung der Testzahlerfassung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Großer Aufwand ohne zusätzliche Mittel, war von Anfang an als Übergang gedacht. ○ Positivenanteil unterscheidet sich nur minimal von ARS-Daten. ○ Vorschlag ans BMG §7.4 zu reinstallieren, dann könnte ein Großteil der Abfrage über DEMIS aktualisiert werden, mit deutlich geringerem Aufwand und größerer Vollständigkeit. ○ Testkapazitäten könnten weiter abgefragt werden, die Frage ist wie oft das erforderlich wäre. ○ Gründe als Stichpunkte voranstellen, als Fortschritt der Digitalisierung beschreiben. <p>! Diskrepanz der Isolationszeit von Bewohnern und Beschäftigten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grafik wurde angepasst, parallel Erläuterungstext mitangepasst -> Vorabstimmung mit Fr. Ma??, dann an AGI <p>! Evaluation von Testungen in Einrichtungen als Vorbereitung auf den Herbst 2022 wurde auf Montag verschoben.</p>	<p>Alle</p> <p>Hamouda</p> <p>Seifried</p> <p>Wieler</p> <p>Niebank</p>
8	<p>Dokumente (nur freitags)</p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Gestern Daten aus UK: unter Omikron 80% Schutz vor Hospitalisierung, 95% Schutz vor Mortalität; kein Unterschied bei Wirksamkeit der Impfung zwischen BA.1 und BA.2.</p> <p>! Publikation der BKK Provita auf Basis von Abrechnungsdaten: deutlich mehr Impfnebenwirkungen, Interview in der Welt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BMG will Pressemitteilung dazu machen. ○ BKK Dachverband hat sich davon distanziert. 	FG33 (Wichmann)
10	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 637 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 168 SARS-CoV-2 ○ 91 Rhinovirus 	FG17 (Oh)



	<ul style="list-style-type: none"> ○ 16 Influenzavirus ○ 56 saisonale (endemische) Coronaviren ○ ?? Parainfluenzavirus ○ ?? Metapneumovirus ○ ?? RSV <p>ZBS1 ! einige Isolate von BA.1 und BA.2</p>	ZBS1 (Nitsche)
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags) ! (nicht berichtet)	
13	Surveillance (nur freitags) ! (nicht berichtet)	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Internationale Kommunikation (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2020-2022 gingen im Schnitt ca. 350 Aktivitäten/Woche ein. ○ Ende 2. KW Depriorisierung der int. KoNa, seitdem wurde weniger depriorisiert. ○ 66% der Aktivitäten aus dem Ausland, davon 74% aus Österreich, 9% aus Polen, 5% aus der Schweiz. <p>! Plan für weitere Reduktion: Anfrage an Länder, ob noch Interesse besteht, Fälle zu teilen und Informationen zu erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Außer bei besonderen Varianten sagen alle, die sich bisher zurückgemeldet haben, dass sie die Information nicht mehr erhalten möchten. 	FG38 (an der Heiden)
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Erinnerung an Zwischenbericht	FG38
16	Wichtige Termine !	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 28.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:09 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 28.02.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Michaela Diercke |
| ○ Lothar H. Wieler | ! FG33 |
| ○ Lars Schaade | ○ Justus Benzler |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Thomas Harder |
| ! Abt. 1 | ! FG35 |
| ○ Martin Mielke | ○ Christina Frank |
| ! Abt. 3 | ! FG36 |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Walter Haas |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Stefan Kröger |
| ○ Janna Seifried | ! FG37 |
| ! FG11 | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Sangeeta Banerji
(Protokoll) | ! FG38 |
| ! FG14 | ○ Ute Rexroth |
| ○ Mardjan Arvand | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Melanie Brunke | ! MF2 |
| ! FG21 | ○ Torsten Semmler |
| ○ Patrick Schmich | ! Presse |
| ○ Wolfgang Scheida | ○ Susanne Glasmacher |
| ! FG23 | ○ Ronja Wenchel |
| ○ Robin Houben | ! ZIG |
| ! FG32 | ○ Johanna Hanefeld |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>nicht berichtet</p> <p>ToDo:</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 14.745.107 (+62.349), davon 122.702 (+24) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1238,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.441.127 (76,3%), mit vollständiger Impfung 62.694.875 (75,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen-Anhalt, Thüringen, Schleswig-Holstein: steigend u.a. Hamburg und Bremen: sinkend insgesamt sinkender Trend ¾ der LK haben 7d- Inzidenz >1000/100000 Einw. aktueller Spitzenreiter: LK Börde in Sachsen-Anhalt Inzidenz in AG 5-14-Jähriger stark sinkend</p> <p>Frage: Wie ist die Durchseuchungsrate bei Kindern? Antwort: Im Meldesystem sind ca. 500.000 0-4-Jährige und ca. 2,3 Mio. 5-14-Jährige verzeichnet. Eine lokale Studie hat einen Durchseuchungsanteil von ca. 30% ermittelt. Es wurde aber von einzelnen Krisenstabsmitgliedern eine höhere Dunkelziffer vermutet.</p> <p>ToDo 1 (optional): Die Durchseuchungsrate von Kindern anhand von Seroprävalenz Studien beantworten (Frau Neuhauser, FG25). Hinweis von Protokollantin: Auftrag wurde nicht klar als ToDo formuliert, sondern eher als „nice-to-have“, da Präs mit dieser Frage rechnet. Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	Modellierungen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)	
2	Internationales (<i>nur freitags</i>) ! Update zu Ukraine: <ul style="list-style-type: none"> ○ Koordinierungsstelle FG38 mit Einbindung von ZIG 3 ○ Aufgaben: Bericht zu Aktivitäten an das BMG ○ Lage-AG zukünftig freitags statt Krisenstabssitzung ○ Krisenstabssitzung zukünftig montags und mittwochs. Freitagsagenda so weit wie möglich auf Montag verschieben und ggf. noch auf Mittwoch <p><i>ToDo 2: Krisenstabssitzungen ab jetzt auf montags statt freitags umstellen (Mittwochstermin bleibt) und Agenda anpassen (Lagezentrum)</i></p>	Schaade
3	Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung nicht besprochen	Abt. 3
5	Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>) Präs berichtet, dass er dem Beirat vorschlagen möchte, eine Stellungnahme zu Alten- und Pflegeheimen zu erstellen und er die Federführung übernehmen möchte. RKI intern soll FG37 einbezogen werden. Frist in Abstimmung mit FG37: 4 Wochen.	Präs
6	Kommunikation BZgA (nicht berichtet) Presse Nach Abstimmung im Krisenstab wird am kommenden Montag die Info herausgegeben, dass am Dienstag aufgrund des Berliner Feiertags kein Bericht veröffentlicht wird und auf das Dashboard verwiesen. P1 (nicht berichtet) <i>ToDo 3: Info ans BMG, dass am 8.3.2022 das Lagezentrum besetzt sein wird (da Feiertag nur in Berlin), aber keine</i>	BZgA n.A. Presse (Wenchel) P1



	Berichte herausgegeben werden (Rexroth)	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Künftige Nutzung der CWA (Fortsetzung der Diskussion vom Freitag); Zusammenfassung pro und Contra.</p> <p>Pro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gutes Tool für die Deeskalation, da nach Beendigung der Maßnahmen von behördlichem Contact Tracing der Bürger ermächtigt wird, seine Kontakte selber zu verwalten und zu benachrichtigen ➤ Großer Pool von Usern (stärkt Sichtbarkeit und Vertrauen in RKI) ➤ Hohes Ansehen im Ausland ➤ Epidemische Lage im Herbst/ Winter nicht absehbar und Tool könnte dann dringend benötigt werden ➤ Aktuelles Review (bitte Referenz einfügen) zeigt, dass elektronisch unterstütztes Contact Tracing wahrscheinlich am effektivsten ist, daher gute Unterstützung für Gesundheitsämter ➤ Möglichkeit der funktionellen Erweiterung, z.B. nach den Wünschen der Gesundheitsämter <p>! Contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bindet viel Personal (5 Personen), die aus RKI eigenen Mitteln finanziert werden müssen und woanders fehlen (z.B. Entwicklung von DEMIS) ! Aktuell keine Akzeptanz bei Gesundheitsämtern. Sie wünschen sich Einführung von DEMIS ! Nutzen ist nicht belegt (Hinweis: o.g. Review konnte ebenfalls keine eindeutige Effektivität von klassischem Contact Tracing im Falle einer Community Transmission belegen) <p>Unklar, ob ENF-Schnittstelle von Apple und Google weiterhin unterstützt wird</p> <p>Es wurde keine abschließende Entscheidung getroffen, sondern die Diskussion wird in kleinerem Kreis fortgesetzt.</p> <p>RKI-intern</p> <p>ID 5133 (BMG Erlass): Evaluation von Testungen in Einrichtungen als Vorbereitung auf den Herbst 2022 (Deadline: 15.5.2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde entschieden, folgende Fachgebiete/Personen (jeweils benötigte Expertise in Klammern) miteinzubeziehen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ FG 37 (Alten- und Pflegeheime), ➤ FG 32 (Surveillance), ➤ FG 36 (Epidemiologie von Schul- und Kitaausbrüchen), ➤ Frau Seifried (Testungen in Schulen + Kommunikation mit Bundesländern zwecks Anforderung von lokalen Daten zu Testungen), 	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur freitags</i>) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>) nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine zusätzliche Lage-AG zur Ukraine am Montag, den 7.3.2022 (morgens)	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:15 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 02.03.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar H. Wieler
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Thomas Harder
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG35
 - Hendrik Wilking
 - Christina Frank
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! FG38
 - Ute Rexroth
 - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF2
 - Torsten Semmler
 - Stephan Fuchs
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
 - Andrea Rückle



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>Folien hier Fallzahlen, Todesfälle, Trend, SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 15.053.624 (+186.406), davon 123.238 (+301) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.171,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.452.3470 (76,3%), mit vollständiger Impfung 62.717.992(75,4%), mit Auffrischimpfung 47.367.046 (57%) Rückgang der 7-Tage-Inzidenz setzt sich fort Hospitalisierungsinzidenz stabil Anzahl Verstorbenen stabil i. Vgl. zur Vorwoche Intensivregister: kaum Veränderung Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Unverändert uneinheitliches Bild: einige BL mit Rückgang, einige mit Plateau Geographische Verteilung der 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis Anzahl der LK >100/100.000 Einw. geht geringfügig zurück Mehr als 1/3 aller LK mit weiterhin sehr hohen Inzidenzen Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap) Rückgang der wöchentlichen Gesamtinzidenz um < 10% Weiterhin leichter Anstieg bei den älteren AG Rückgang in den anderen AG, vor allem bei Kindern (nach vorausgehenden höchsten Inzidenzen in dieser Gruppe) Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen Anstieg in der AG der >60jährigen flacht etwas ab COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche Seit KW 5 Anstieg, Zahlen für KW 8 noch unvollständig Spiegeln aber insgesamt nicht den Anstieg der Fallzahlen</p> <p>ITS-Belegung und Spock</p> <p>Folien hier DIVI-Intensivregister: Plateaubewegung auf ITS: aktuell 2.205 Personen in Behandlung auf ITS Plateau bei Neuaufnahmen/Tag Plateau bei Verstorbenen/Tag Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten Rückgang in HB, HH, Plateau in NS und SH Anstieg in SN und TH, leichter Rückgang in HE Plateau in BW und SL, Anstieg in BY Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad Leichter Rückgang bei Beatmungen, Anteil mit unbekannter Behandlung (ohne Beatmung) gleichbleibend bei 28%</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>

	<p>Plateau bei der Einschätzung der Verfügbarkeit Plateau bei den Hauptgründen für Betriebseinschränkung (weiterhin Personalmangel und Raummangel) Lage an Universitätskliniken ist angespannter als in der Regelversorgung Altersgruppen Anstieg der 70-79Jährigen und der >80Jährigen bei der Belegung, Rückgang bei 0-17 und 18-59Jährigen Prozentualer Anteil: enorme Verschiebung zu Älteren, >60Jährige jetzt bei 72% SPoCK: Prognosen Für alle Kleeblätter ist ein Plateau, vereinzelt ein leichter Rückgang prognostiziert</p> <p>Syndromische Surveillance Folien hier GrippeWeb ARE-Rate in KW 8 relativ stabil: 4,8 % Leichter Rückgang bei Kindern, insgesamt stabil, Niveau deutlich niedriger als zu vorpandemischen Grippewelle-Zeiten aber höher als im Vorjahr Leichter Anstieg (insbesondere >35Jährige) bei Erwachsenen ARE-Konsultationen: weiterhin Rückgang in allen Altersgruppen und in allen Bundesländern ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose: Robuster Rückgang in den AG bis 59 Jahre, Plateau bei den >60Jährigen ICOSARI-KH-Surveillance Insgesamt erfreulich niedrige Anzahl (wie Vorjahr) von SARI- Fällen, Anstieg nur bei >80Jährigen Entspannung bei 0-4Jährigen (Anteil mit COVID-Diagnosen hier 6%) Rückgang auch in den andern AG außer bei >80Jährigen, (hier Plateau), hohe Anteile mit COVID-Diagnose Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI Meldedaten lagen insgesamt über den ICOSARI-Daten Stabilisierung der KH-Aufnahmen: 4800 Neuaufnahmen in KW 8 Rückgang bei den 0-4Jährigen, Stabilisierung in den AG bis 80 Jahre, hier Übererfassung bei Meldedaten leichter Anstieg bei den >80Jährigen setzt sich fort, hier Meldedaten und SARI-System auf gleichem Niveau Intensivbehandlung SARI-Fälle: bezüglich Neuaufnahmen im Vgl. zu den vorherigen Wintern keine nennenswerte Belastung (bei langer Behandlungsdauer erhöht sich die Belastung) Vergleich Winter 2020/21 und 2021/22: COVID-SARI-Fälle in Intensivbehandlung und verstorbene COVID-SARI-Fälle auf stabilem Niveau, bei >80Jährigen deutet sich (COVID-SARI- Fälle gesamt und verstorben) leichter Anstieg an Ausbrüche in Kindergärten und Schulen: seit Ende 1/2022 robuster Rückgang, Anteil Erwachsener an Ausbrüchen nimmt zu, Anteil der Kinder nimmt ab</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	--------------------------



	<p>108 Proben aus 49 Arztpraxen Positivenanteil 59% 0-4Jährige: 26%, danach 5-15 und >60Jährige am häufigsten Omikron bei 100 %, BA.2 in KW 7 > 51% Influenzanachweise rückläufig β-Coronaviren: SARS-CoV-2 dominiert, 229E rückläufig, erstmals kein Nachweis von OC43, kein Nachweis NL63, leichte Hintergrundaktivität von HKU1 Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren dominieren, gefolgt von HMPV, vereinzelt RSV, wenig Parainfluenza</p> <p>Testkapazität und Testungen Folien hier Rückgang der Anzahl der Testungen um 25% Positivenanteil bei 45% Laborkapazitäten ausreichend in allen Bundesländern</p> <p>SARS in ARS Rückgang der Testanzahl bei steigendem Positivenanteil, Niveau liegt noch über dem Vorjahr SN, ST, SH, TH, MV kein Rückgang, hier Plateau Anteil positiver Testungen in fast allen BL gleichbleibend, RP Anstieg (60% in Arztpraxen) Altersgruppen in Bundesländern: Rückgang der Anzahl der Testungen in BW, BY, RP, Anteil positiver Testungen steigt in BY und RP Es sollte mehr getestet werden, ggf. Aufforderung Testorte: Rückgang vor allem an anderen Orten (Testzentren), in Praxen geringerer Rückgang, in KH stabil Testanzahl/100.000 Einw.: deutlicher Rückgang bei 0-4 und 5- 14Jährigen Positivenanteil steigt bei 0-4 und >80Jährigen Inzidenz der positiven Testungen steigt bei >80Jährigen Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: 517 aktive Ausbrüche (steigende Tendenz), 156 Todesfälle (Vorwoche 182), kann noch steigen Zusammenfassung: In den BL sollte mehr getestet werden. Im Bereich der älteren AG sollte mit Vorsicht geöffnet werden</p> <p>VOC-Bericht Folien hier Omikron mit Anteil von 100% in Stichprobe der Genomsequenzierung, davon BA.1 61,9%, BA.2 37,5%, weiterhin kein Nachweis von BA.3 IfSG-Daten: Anzahl der variantenspezifischen PCR-Testungen stark rückläufig um 60% von KW 6 zu KW 7, für einzelne BL im einstelligen Bereich, Daten sind dadurch nicht repräsentativ, große Änderungen durch kleine Schwankungen Ebenfalls starker Rückgang bei Testzahlerfassung, von 1076 auf 560, genomische Surveillance ist deshalb zuverlässiger</p> <p>Recombinant mutation profiles in pango-designation issues (Folien hier) Es wurde mehrfach von Rekombinanten aus Delta und Omikron berichtet</p>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p>
--	--	--

	<p>Suche ergab: eine Sequenz (Eingang 26.02. 2022) zeigt Eigenschaften von Delta und Omikron Eine Mischinfektion ist nicht ganz ausgeschlossen, das Bild aber nicht typisch dafür Phylogenetischer Baum: Die Rekombinante ist isoliert Bisher starke Hinweise aber kein sicherer Nachweis, Rohdaten sind angefordert, PH-Relevanz ist unbekannt Hinweis Kröger: Ist sehr sinnvoll, danach zu suchen, da Thema schon in der Presse aufgegriffen wurde, Zahl der Übermittlungen sollte deshalb nicht weiter sinken</p> <p><i>ToDo: Berechnung der Power (der Einschätzung der VOCs?) (Hr. Semmler, ggf. P4)</i></p> <p><i>(Konnte bis zur heutigen Krisenstabssitzung nicht fertig gestellt werden)</i></p> <p><i>Hinweis Präs Wieler (Chat): Powerberechnung ist wichtig, speziell für den Expertenrat</i></p> <p>Diskussion Hinweis: Hoher Positivenanteil entsteht durch häufig vorgeschalteten Antigentest Auf der Internetseite des BMG steht, dass Antigentest Voraussetzung für den Anspruch auf PCR ist, wurde zwar von KV richtiggestellt und wird vermutlich in Arztpraxen korrekt gehandhabt, wirkt möglicherweise trotzdem Durch Umstellung auf AG-Test bei roter CWA-Warnkachel wurden 350.000 PCR-Tests eingespart In NW werden positive Pools nur noch mit Antigentest aufgelöst Frage: Sollte im Wochenbericht dazu Stellung genommen werden? Einwand: Es könnte zu der Unterstellung führen, dass die RKI-Inzidenzen nicht korrekt und die Lageeinschätzung nicht belastbar sind, unterschiedliche Entwicklungen regional und in versch. AG sind aber nach wie vor zu sehen Sollte nicht thematisiert werden, es sollte nicht von einem Wechsel der Teststrategie gesprochen werden, sondern von einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten Sollte nicht thematisiert werden und aus der Zusammenfassung zu Beginn des Wochenbericht sollte die Positivenrate entfernt werden, spielt keine so große Rolle mehr Zustimmung: sollte nicht thematisiert werden, Beispiel HH zeigt deutlichen Rückgang der Testhäufigkeit und deutlichen Anstieg der Positivenrate, die damit an Aussagekraft für das Infektionsgeschehen verliert, dieser Prozess sollte aber weiter beobachtet werden Hinweis: Testverordnung wird angepasst werden, die Teststrategie stärker auf vulnerable Gruppen ausgerichtet, April/Mai werden Bürgertestungen weiter relativiert werden, es ist wichtig, in den Empfehlungen kongruent zu bleiben und</p>	<p>FG 36 (Fuchs)</p> <p>Kröger/Semmler</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>alle Aspekte im Blick zu behalten Zwei Fragen: a) Weshalb so rascher Rückgänge der Infektionen in manchen Regionen? b) Liegen Erfahrungen vor, welche Belastung für eine Kommune entsteht durch eine Inzidenz von bspw. 3000/100.000Einw.? Zu a) In Ballungsräumen sind die Ausprägungen in Form starker Anstiege und rascher Rückgänge deutlicher Zu b) Belastung hängt von verschiedenen Faktoren ab: betroffene Altersgruppen, Art von Ausbrüchen (vulnerables Setting mit zahlreichen Kontakten oder Einzelperson, mit wenigen Kontakten), lokale Ressourcen, daher keine pauschale Aussage möglich Hinweis: Anruf aus MV, dort noch hohe Belastung der GÄ, zudem wird Bundeswehr abgezogen Hinweis: bei hoher Gesamtinzidenz kommt Omikron nun auch in den Alten- und Pflegeheimen an, Darstellung nach BL stratifiziert ist geplant</p>	
2	<p>Internationales <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung (kein Anpassungsbedarf)</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i> Sitzung wurde von Dienstag, 01.03.2022 auf heute, 02.03.2022 verschoben</p>	Präs
6	<p>Kommunikation BZgA Pflegemerkblatt wird intensiv bearbeitet Impfschema wird überarbeitet Pressemitteilung zur Veröffentlichung mit Deutschem Pflegerat ist geplant Facebook: Großteil der Denkkarten bereits vom RKI veröffentlicht (bitte ggf. korrigieren) Es stellt sich die Frage, welche Materialien ins Ukrainische übersetzt werden sollen, ein erstes Paket hierfür wurde zusammengestellt Frage: Welche Informationen liegen zum Impfstatus (COVID-19 und andere Impfungen) der ukrainischen Bevölkerung vor? Initiativbericht Bericht dazu (mit INIG und ZIG2) ist in Arbeit Bisher wurden keine externen Partner in die Lage-AG zur Ukraine eingeladen <i>ToDo: Nach Rücksprache mit INIG (die Daten aus nichtöffentlichen</i></p>	BZgA (Rückle)

	<p>Quellen nutzt), entsprechende/freigegebene Berichtsteile an BzGA übermitteln</p> <p><i>ToDo: Einladung an BzGA zur jeweils am Freitag stattfindenden Lag-AG-Sitzung zur Ukraine</i></p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BPK: Frequenz jetzt 14-tägig, nächster Termin erst nächste Woche ○ Frage: Thema für Begleit-Twitter zum Wochenbericht? BA.2? ○ Zur Schwere der Erkrankung durch BA.2 bisher zwar noch kein Hinweis auf Unterschied zu Ba.1, jedoch keine eindeutigen Daten dazu, Maßnahmeneffekte sind schwer von Varianteneffekten zu trennen ○ Themenvorschläge: Aufgabe der Risikogebiete, Aufnahme von Geflüchteten? ○ Sollte jetzt schon auf stagnierenden Rückgang der Fallzahlen und tendenziell steigende Todesfallzahlen hingewiesen werden, um zu vermeiden, dass dies später in Zusammenhang mit der Aufnahme von Geflüchteten gebracht wird? ○ Vorschlag: Twitter zur guten Impfeffektivität gegen schwere Erkrankung, Hospitalisierung, Intensivbehandlung) in Verbindung mit der Aufforderung, sich impfen zu lassen ○ Hinweis: Anteil der Geboosterten bei Neuaufnahmen auf ITS steigt derzeit stark an ○ Deshalb soll nur die Impfeffektivität im Focus stehen (da die Anteile schwer zu interpretieren sind und sich mit den Anteilen in der Bevölkerung ändern) <p>P1</p> <p>Gesprächskarten zum Impfen sind erstellt (mit Impfakzeptanz und Univ. Erfurt) und werden in drei Threads (01./02./03. März) getwittert</p>	<p>FG 38 Rexroth</p> <p>LZ</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht besprochen)</p> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bericht aus der AGI, gute Diskussion mit Fr. Korr und den Ländern ○ Aus BL wurde Abschaffung bzw. Reduzierung von Bürgertests vorgeschlagen, Anlässe für Bürgertests sind aber eng verknüpft mit Privilegien im Zusammenhang mit 3-G-Regeln ○ Hinweis: MPK-Beschluss vom 16.02. sieht einen Wegfall dieser Regeln ab 20.03.2022 vor ○ Es ist unklar, welche Maßnahmen/Beschränkungen/Regeln davon betroffen sind 	<p>Alle</p> <p>Abt1 (Mielke)</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ SchAusnahmV und EinreiseVO fallen zum Stichtag nicht weg, beziehen sich auf Abschnitt 5 des IfSG, auch Betretungsverbote und Tätigkeitsverbote durch GÄ beziehen sich auf diesen Abschnitt ○ Die SchAusnahmV bezieht sich auf §28c, hat kein Ablaufdatum ○ Symptomlose Ungeimpfte müssen sich weiterhin aus Quarantäne frei und für Reisen testen <p><i>ToDo: Bitte an Herrn Mehrlitz richten, eine Übersicht aller Änderungen (§28b) zu erstellen, die sich zum 20.03.2022 ergeben</i></p> <p>Frage: Welchen Stellenwert wird der Genesenenstatus im Herbst und Winter haben? Vereinheitlichung wäre gut: 3-maliger Kontakt mit dem Erreger Hinweis: Freitestung aus Quarantäne mit Antigentest und Genesenenstatus sind die unschlüssigsten Punkte</p>	VPräs (Schaade)
8	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
9	Update Impfen (nur freitags) (nicht berichtet) STIKO (nicht berichtet)	FG33
10	Labordiagnostik S. bitte unter TOP 1 Aktuelle Lage national ZBS1	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	FG38

	nicht berichtet	
16	Wichtige Termine Lage-AG zur Situation in der Ukraine: Freitag, 04.03.2022, 11:00 Uhr	Alle
17	Andere Themen Nächste Krisenstabssitzung zu COVID-19: Montag, 07.03.2022 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:29 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 07.03.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG33
! Institutsleitung	○ Thomas Harder
○ Lars Schaade	! FG35
○ Esther-Maria Antão	○ Hendrik Wilking
! Abt. 1	! FG36
○ Martin Mielke	○ Walter Haas
! Abt. 2	○ Silke Buda
○ Michael Bosnjak	! FG37
! Abt. 3	○ Muna Abu Sin
○ Osamah Hamouda	! FG38
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Maria an der Heiden
! FG12	○ Ulrike Grote (Protokoll)
○ Annette Mankertz	○ Claudia Siffczyk
! FG14	! MF2
○ Marc Thanheiser	○ Torsten Semmler
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Ronja Wenchel
! FG21	! ZIG
○ Patrick Schmich	○ Johanna Hanefeld
○ Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG32	○ Oliver Ommen
○ Michaela Diercke	

	<p>8. (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>9. (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>10. (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>11. (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur montags</i>)</p> <p>13. (nicht berichtet)</p> <p>14. Diskussion: Herr Lauterbach spricht von möglicher „Sommerwelle“. Es gibt eine nachlassende Immunität und der Saisoneneffekt wird nicht ausreichen, um Transmissionen zu verhindern. Kein Zweifel, dass es Übertragung geben wird. Dies hängt entscheidend auch von Verhalten ab. Wenn ab 20.03. alles gelockert wird, werden z.B. viele Personen reisen wollen und wir werden einen Rebound Effekt haben. Ferienreisen hängen mit vermehrten Infektionen zusammen, da das Ferienverhalten anders ist als das Alltagsverhalten. Ebenso besteht die Gefahr einer Rekombination mit anderen Varianten aus der Welt. Man sollte zumindest im Auge halten, dass so was passieren kann und sich mindestens auf ein Fortführen die AHA+L-Regeln verständigen. Bereits eine „Frühlingswelle“ (März/April) kann nicht verhindert werden, wenn sich das Verhalten in eine andere Richtung entwickelt. England hat keine Modellierungen zu möglichen Wellen. Vom ECDC gibt es Berechnungen: https://covid19forecasthub.eu/index.html</p>	
2	<p>Internationales (<i>nur montags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit Wegfall der Risikogebiete fällt auch DEA weg, denn die Anmeldung war nur bei Rückkehr aus einem Risikogebiet nötig. Es ist nicht klar, ob dieses System aufrechterhalten werden soll. Es fallen hohe Kosten pro Monat dafür an. Das BMG befindet sich momentan noch in Haushaltsverhandlungen, sodass noch keine Rückmeldung hierzu vorliegt. ○ Die CWA wurde in den letzten Tagen in die ukrainischen App Stores gebracht. Die App könnte ein Werkzeug sein, um mit Geflüchteten in Kontakt zu kommen. Zur Freischaltung der App in ukrainischen Stores gab es gute Kommunikation (z.B. Twitter). Die Anzahl an Downloads der App in der Ukraine war letzten Freitag noch sehr gering. Dies wird aber 	FG21



	<p>beobachtet und Zahlen werden mit dem Krisenstab geteilt. Die Ukraine hat für Impfbzertifikate eine eigene App. Momentan wird eine ukrainische Sprachanpassung der CWA überlegt. Ob sich die Finanzierung und Umsetzung lohnt, hängt von verschiedenen Faktoren ab (z.B. Anzahl Infektionen oder Anzahl Geflüchteter).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Schätzung der Dunkelziffer von Infektionen kann auch die CWA zur Beurteilung herangezogen werden. Seit den letzten 5 Tagen (seitdem die Inzidenzen steigen), ist in der CWA ein Anstieg von roten Warnungen zu vermelden. Die App teilt auch Ergebnisse von Antigen-test. Daher kann die CWA zumindest als Indikator für die Dunkelziffer bzw. zur Einschätzung der Lage herangezogen werden. ○ Wissenschaftsblog: Göran Kirchner hat die Zahl, wie viele Menschen die CWA aktiv nutzen, vorgestellt. Befürchtungen, dass die Ergebnisse negativ ausgelegt werden können, sind nicht eingetreten. 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Keine Änderungen</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute Morgen in der Ukraine-Lage-AG-Sitzung wurde das hohe Ansteckungsrisiko für Helfende (sowohl Helfende bei den Flüchtlingsströmen als auch Mitglieder von EMT in der Ukraine) erwähnt. Frage, ob das RKI hier noch mal die alltägliche Coronaregeln (AHA+L, Hinweis auf Eigenschutz), die natürlich auch für die Helfende gelten, kommunizieren soll. Es gibt Bilder von Helfende auf osteuropäischen Durchgangsbahnhöfen in z.B. Polen, die keine Masken tragen. Allgemeine Informationen für Helfende sollten nicht durch das RKI kommen, sondern über z.B. den Senat, der die Aktionen koordiniert. Auf der RKI Internetseite „Flucht und Gesundheit“ wird auf die allgemeine COVID-19 Internetseite des RKI verwiesen. ○ Eine Idee wäre die Deutsche Bahn (DB)n zu kontaktieren, die z.B. kostenfreie Masken in den Zügen verteilen könnte. Mittwoch 10 Uhr findet ein Austausch mit dem BMG statt. Maria an der Heiden wird bei dem Austausch den Vorschlag einbringen. Wenn vom BMG gewünscht, kann über FG38 	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	<p>Kontakt mit dem medizinischen Leiter der DB aufgenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19 spezifische Hinweise (z.B. AHA+L Regeln) auf Ukrainisch sind bei der BZgA in Arbeit. 	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
8	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
9	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ STIKO ○ Die STIKO hat in der letzten Woche die Kinderimpfung erneut diskutiert. Es wird überlegt, ob die Empfehlung der Impfung von unter 12-Jährigen nur in Risikogruppen aufgeweicht wird. Die Diskussion ist noch offen. Es gibt sehr heterogene Meinungen. Am Mittwoch gibt es einen weiteren Termin, in dem Modellierungen zur Kinderimpfung vorgestellt werden. ○ Anpassung Impfquotenerfassung: Das PEI hat am 15.01.2022 die bestehende Definition für einen vollständigen Impfschutz hinsichtlich der Impfung mit dem COVID-19 Vakzin Janssen geändert, wodurch nun 2 Dosen für einen Grundimmunisierung nötig sind. Mit dem BMG wurde diskutiert, in wie weit das Impfquotenmonitoring (Dashboard und Github) angepasst werden sollte. Da die Daten nicht personenbezogen sind, lässt sich das schwer korrigieren. Im Dashboard wäre es darüber hinaus technisch schwer umsetzbar. Daher hat das RKI den Vorschlag dem BMG geschickt, keine Änderungen vorzunehmen und eine Sprachregelung und Fußnote zur Erklärung zu erstellen. Die abschließende Zustimmung des Ministers steht noch aus. ○ Frage: Von Impfkritikern wurde immer bemängelt, dass es keine alternativen Impfstoffe gibt. Wie sieht es mit der Einführung von Novavax aus? Bislang wurde kein Ansturm auf Novavax beobachtet. 	<p>FG33</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Der Omikron Subtyp BA.2 hat einen Anteil von 50% bei Sequenzierungen. Dies kann für einen Anstieg der Infektionen verantwortlich sein. In dem Datensatz wurde aber auch eine Variante entdeckt, welche normalerweise in Russland</p>	<p>FG17</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	vorkommt. In der Ukraine ist auch die Omikronvariante vorherrschend. ZBS1 (nicht berichtet)	ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur montags</i>) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur montags</i>) nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:55 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 09.03.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG35
! Institutsleitung	o Christina Frank
o Lothar H. Wieler	! FG36
o Lars Schaade	o Walter Haas
o Esther-Maria Antão	o Udo Buchholz
! Abt. 2	o Silke Buda
o Michael Bosnjak	o Kristin Tolksdorf
! Abt. 3	o Luise Goerlitz
o Tanja Jung-Sendzik	! FG37
! FG11	o Muna Abu Sin
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	! FG38
! FG12	o Ute Rexroth
o Annette Mankertz	! ZBS7
! FG14	o Christian Herzog
o Mardjan Arvand	! MF2
o Melanie Brunke	o Torsten Semmler
! FG17	! MF4
o Ralf Dürrwald	o Martina Fischer
! FG21	! P1
o Wolfgang Scheida	o Christina Leuker
! FG32	! Presse
o Michaela Diercke	o Susanne Glasmacher
o Claudia Sievers	o Ronja Wenchel
! FG33	! BZgA
o Thomas Harder	o Oliver Ommen



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur montags)</p> <p>nicht berichtet</p> <p>ToDo:</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 16.242.070 (+215.854), davon 124.764 (+314) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1319/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.537.436 (76,4%), mit vollständiger Impfung 63.887.598 (75,6%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: heterogener Verlauf, seit 3.3.22 Anstieg der bundesweiten Inzidenz Deutschlandkarte: LK Rosenheim hatte Probleme bei der Datenübertragung, daher ‚gelber Fleck‘ Todesfälle: Anstieg seit KW 4 keine Übersterblichkeit (siehe Abbildung)</p> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positivenanteil gestiegen, Auslastung konstant <p>ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ Testzahlen: rückläufig, aber heterogenes Bild, Anstieg der Testungen in Arztpraxen, Testverzug bei <50%, Ausbrüche rückläufig in medizinischen Einrichtungen, aber Anstieg in Arztpraxen <p>VOC-Bericht Folien hier BA2: 48,2%, BA1: 51,2% Logistische Regression, adjustiert nach Bundesland, Meldewoche, Alter: Ab 35 Jahren gibt es Effekt der VOC (Delta vs. Omikron) auf die Hospitalisierungsinzidenz (kein Unterschied BA.1 und BA.2), aber bei Jüngeren kein VOC-Effekt erkennbar Geplante Publikation in Eurosurveillance: diese soll bei Einreichung an Herrn Wieler geschickt werden zwecks Weiterleitung an den Minister Molekulare Surveillance (nur mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht berichtet <p>Syndromische Surveillance (nur mittwochs) Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GrippeWeb: Anstieg ARE ▪ Konsultationsinzidenz steigend ▪ SEED: Nur Kleiner Anteil an COVID-ARE ▪ Altersgruppen: Rückgang bei Kindern. Anstieg bei 15-34-Jährigen 	<p>ZIG1</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Rexroth</p> <p>Abu Sin</p> <p>Sievers</p> <p>Buda</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ICOSARI-SARI: Seitwärtsbewegung ▪ SARI+COVID: Seitwärtsbewegung, in der AG 35-59 zum ersten Mal unter 35% seit KW 31 in 2021 ▪ Ausbrüche: Kindergarten und Schulen: Rückgang des Anteils an Kindern. Peak in Schulen war Ende Januar; SEED und NRZ Daten korrelieren gut <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs) Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 91 Einsendungen, davon: ▪ 26% Rhinoviren ▪ 20% SARS-CoV-2 (100% Omikron, davon 34% B1.2) ▪ Influenza: 1 Nachweis ▪ Parainfluenza: 1 Nachweis <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ 2126 COVID-19-Patienten (leichte Reduktion), konstante Neuaufnahme und konstante Sterbezahl auf ITS ▪ Heterogenes Bild in den BL, z.B. HH und Bremen: rückläufig und Sachsen-Anhalt, MeckPomm: Anstieg ▪ Rückgang ECMO/ invasive/nicht-invasive respiratorische Behandlung, Anstieg des Anteils ohne respiratorische Unterstützung (33%) ▪ SPoCK: Rückläufige ITS-Belegung prognostiziert Modellierungen (nur montags) (nicht berichtet) 	Dürrwald Fischer
2	<p>Internationales (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Keine Änderung</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)</p> <p>Stellungnahme herausgegeben zur Notwendigkeit von gesetzlichen Vorgaben bei Pandemiemaßnahmen</p>	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Dokument zur Quarantäne/ Isolierung in mehrere Sprachen übersetzt, u.a. Ukrainisch</p>	BZgA Ommen



	<p>Presse</p> <p>Artikel im Business-Insider über Änderungen in der Risikobewertung. Medienanwälte und Presse arbeiten an einer Reaktion. Vorschlag Krisenstab: Offensiv reagieren und Artikel als Fehlinterpretation bezeichnen. Auf Nachfrage aus dem Krisenstab, ob eine sprachliche Überarbeitung der Risikobewertung zur Vermeidung von weiteren Fehlinterpretationen sinnvoll sei, soll dies anwaltlich geprüft werden.</p> <p>Tweet zum Wochenbericht: Fallzahlen steigen, trotz Öffnungsmaßnahmen AHA-L Regeln einhalten und zum Schutz der vulnerablen Gruppen eigenverantwortlich handeln!</p> <p>P1</p> <p>Erarbeitung eines Flyers über Verhaltenstipps für das Frühjahr</p> <p>ToDo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sprechzettel vorbereiten für BPK zum Thema Impfeffektivität (Wenchel, Zuarbeit durch Leuker) 2. Im Wochenbericht ebenfalls darauf hinweisen, dass durch Beendigung vieler Maßnahmen die Eigenverantwortung stärker in den Fokus rückt. Vulnerable Gruppen sind noch immer schutzbedürftig. 	<p>Presse Wenchel</p> <p>P1 Leuker</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Novellierung IfSG (ID5186) Dokument hier <p>Aufgrund der Kurzfristigkeit (Frist 09.3.2022) wurde entschieden, dass nur auf Abschnitte Stellung genommen wird, die direkt das RKI betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einrichtungsbezogene Erfassung der Impfquoten von Beschäftigten und Betreuten ➤ der novellierte Paragraph, wonach die Einrichtungen direkt an das RKI melden (wahrscheinlich über Voxco) müssen und RKI diese Daten monatlich dem BMG sowie den BL und Kreisen in aggregierter Form bereitstellen soll, wurde von Krisenstab als extrem ressourcenaufwändig (Kommunikation mit ca. 14.000 Einrichtungen) eingestuft. Zudem sei es schwierig eine vollständige Meldung zu bekommen. Da sowieso eine Meldung/Kommunikation der Einrichtungen mit den lokalen Gesundheitsämtern erfolgt, sei es die Etablierung einer Doppelstruktur. ➤ Daher Gegenvorschlag unterbreiten: Impfquotenerfassung von betroffenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen über das Meldesystem, d.h. Meldung der Einrichtungen (nach Vorgaben des RKI) direkt an zuständiges GA und diese meldet über die Landesbehörden an das RKI, das wiederum die Daten in aggregierter Form monatlich bereitstellt. 	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falls Gegenvorschlag abgelehnt wird: Die Meldung der Einrichtungen an das RKI erfolgt nach RKI Vorgaben, um eine uniforme und vollständige Meldung zu gewährleisten. ➤ Erstellung digitaler Zertifikate (COVID-19-Impf-, Genesenen- und Testzertifikat) durch RKI (betrifft CWA) <p>ToDo ID5186</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Zweistufige Erlassantwort zum Impfquotenerfassung: 1. Gegenvorschlag zur direkten Impfquotenerfassung durch RKI: Impfquotenerfassung von betroffenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen über das Meldesystem nach Vorgaben des RKI (FG32 Michaela Diercke). Falls Gegenvorschlag abgelehnt wird: Die direkte Meldung der Einrichtungen an das RKI soll in jedem Fall nach RKI Vorgaben erfolgen, um eine uniforme und vollständige Meldung zu gewährleisten (FG37, Muna- Abu Sin/ Britta Schweickert).</i> ➤ Erstellung digitaler Zertifikate (COVID-19-Impf-, Genesenen- und Testzertifikat) durch RKI (betrifft CWA): Zuarbeit durch Herrn Benzler (FG 32) ➤ Zusammenführung beider Teile durch Frau Hanke (L). <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ (nicht berichtet) 	
8	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
9	Update Impfen (<i>nur montags</i>) (nicht berichtet) STIKO xxx	FG33
10	Labordiagnostik FG17 Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ ZBS1	FG17 ZBS1



11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur montags</i>) nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur montags</i>) nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Montag, 14.03.2022 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:25 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 14.03.2022, 14:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:	! FG35
! Institutsleitung	○ Hendrik Wilking
○ Lothar H. Wieler	○ Christina Frank
○ Esther-Maria Antão	! FG36
○	○ Silke Buda
! Abt. 1	○ Stefan Kröger
○ Martin Mielke	! FG37
! Abt. 2	○ Tim Eckmanns
○ Michael Bosnjak	! FG38
! Abt. 3	○ Ute Rexroth
○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Meike Schöll
! FG11	! MF2
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	○ Torsten Semmler
! FG14	! P1
○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Susanne Glasmacher
! FG32	○ Ronja Wenchel
○ Michaela Diercke	! ZIG
! FG33	○ Johanna Hanefeld
○ Thomas Harder	! BZgA
! FG34	○ Linda Seefeld
○ Matthias an der Heiden	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 17.233.729 (+92.378), davon 125.590 (+19) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1543/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.573.574 (76,5%), mit vollständiger Impfung 62.962.262 (75,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Bei keinem BL ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, eher stagnierend oder steigend. Mecklenburg-Vorpommern hat höchste Inzidenz In allen AG ist ein Anstieg zu verzeichnen, außer bei den 0-4- Jährigen Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (nicht berichtet) Modellierungen (nur montags) Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ Anforderung des BMG Adjustierung zu evaluieren ▪ Vergleich adjustierter Werte (hellblaue Linie) mit nachberichteten Werten (orangefarbene Linie) ▪ Fazit: Adjustierung bildet Nachmeldungen gut ab. Es handelt sich um eine robuste Methode <p>Diskussion: Frage: Soll die adjustierte Kurve hervorgehoben werden und regelmäßig in den Berichten einfließen? Antwort: Soll im Jour Fix angesprochen werden Frage: Was ist die Ursache der Absenkung der Fallzahlen im Januar? Antwort: Ende Delta Welle, Omikron Welle begann etwas später.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frage: Ist vom BMG eine stärkere Fixierung auf 	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Matthias an der Heiden</p>

	<p>Hospitalisierungsinzidenz geplant und sollen adjustierte Werte als Referenz genommen werden? Antwort: Unbekannt, aber möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde klargestellt, dass Hospitalisierungsinzidenz kein Marker für Krankenhausauslastung darstellt, da Anzahl betreibbarer Betten unbekannt. Es kann mit Einschränkung als Schätzer zur Krankheitsschwere herangezogen werden, wobei unklar ist, ob Einweisung aufgrund von COVID war oder COVID Zufallsbefund darstellte. ▪ Sari-Surveillance mit COVID ist daher besser geeignet als überregionaler Schätzer zur Krankheitsschwere von COVID ▪ Es fehlt ein Schätzer zur Beurteilung der regionalen Krankheitslast durch COVID ▪ Da am BMG mit Frau Teichert eine neue Person zuständig ist, die die alten Berichte nicht kennt, soll ein Bericht bezüglich der Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz für das BMG erstellt werden, in dem zusätzlich die in der o.g. Diskussion angesprochenen Punkte einfließen <p>ToDo <i>Bericht für BMG zur Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz erstellen, wobei auch eine Bewertung anderer zur Verfügung stehender Marker gemäß obiger Diskussion erfolgen soll (Diercke und Matthias an der Heiden)</i></p>	
2	<p>Internationales <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte <i>(nur montags)</i></p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat <i>(montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)</i></p> <p>Letzte Woche fand keine Tagung statt Es wurde eine Stellungnahme veröffentlicht zu grundsätzlichen Parametern des Infektionsschutzgesetzes. Sie ist auf der Webseite des Kanzleramts abrufbar.</p>	Wieler



	In der morgigen Sitzung wird voraussichtlich die erste Fassung der Stellungnahme zum Umgang mit dem kommenden Herbst/Winter zirkuliert	
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Aktivitäten neu: ÖGD Mailing von Medienseite auf Ukrainisch (https://www.infektionsschutz.de/mediathek/materialien-auf-ukrainisch/rialien-auf-ukrainisch-infektionsschutz.de) Pflegermerkblatt + Impfschema veröffentlicht</p> <p>Presse</p> <p>Tweet zum letzten Wochenbericht erhielt sehr gute Resonanz</p> <p>P1</p> <p>Es wurde die Bitte des Präsidenten aufgegriffen angesichts der hohen Fallzahlen trotz hoher Impfquote drauf hinzuweisen, dass die Impfung nicht nur dem Schutz vor Infektion dient, sondern vor allem auch vor einem schweren Krankheitsverlauf und Tod schützt. Dies soll in Zusammenarbeit mit dem Social Media Team von Presse kommuniziert werden</p>	<p>BZgA Seefeld</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>In(tra)-Action Review Krisenmanagement, 28.03.2022 Folien hier Es soll ein Workshop für die Krisenstabsteilnehmer am 28.3.22 stattfinden, in dem in Kleingruppen die bisherige Struktur des Krisenstabs (Frequenz, Zusammensetzung, Themen, Entscheidungsprozesse) reflektiert und evaluiert wird Es soll auch die Zusammenarbeit mit dem Lagezentrum evaluiert werden In dieser ersten Phase sollen keine externen Stakeholder (z.B. BMG) eingebunden werden Der Workshop basiert auf der Methodologie von ECDC und WHO</p>	<p>Alle</p> <p>Meike Schöll</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>Anfrage des AGI, ob KoNa Papier überarbeitet wird. Das soll mit dem BMG am Jour Fix besprochen werden.</p>	<p>Alle</p>



Ende: 14:13 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 16.03.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG37
! Institutsleitung	o	Tim Eckmanns
o Lars Schaade	!	FG 38
o Lothar Wieler	o	Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o	Claudia Siffczyk
! Abt. 1	!	L1
o Martin Mielke	o	Joachim-Martin Mehlitz
! Abt. 3	!	MF1
o Osamah Hamouda	o	Stephan Fuchs
o Tanja Jung-Sendzik	!	MF4
! ZIG	o	Martina Fischer
o Johanna Hanefeld	!	P1
! FG14	o	Ines Lein
o Melanie Brunke	!	Presse
! FG17	o	Ronja Wenchel
o Ralf Dürrwald	o	Marieke Degen
! FG21	!	ZBS7
o Patrick Schmich	o	Christian Herzog
! FG34	o	Michaela Niebank
o Viviane Bremer	o	Agata Mikolajewska
o Andrea Sailer (Protokoll)	!	ZIG1
! FG35	o	Regina Singer
o Christina Frank	o	Mikheil Popkhadze
! FG36	!	BZgA
o Walter Haas	o	Andrea Rückle
o Silke Buda		
o Kristin Tolksdorf		
o Stefan Kröger		
o Luise Goerlitz		





	<ol style="list-style-type: none"> 3. Weitere Fälle in Dänemark, Niederlande und Belgien, geringe Fallzahlen 4. Laut WHO noch keine Hinweise auf erhöhte Krankheitsschwere oder erhöhte Übertragbarkeit 5. ECDC führt Rekombinante seit 10.03.2022 als Variante unter Beobachtung <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 17.695.210 (+262.593), davon 126.142 (+269) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 1.607,1/100.000 Einw. <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalisierungsinzidenz: 7,45/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 15,86/100.000 EW 6. Steigender Trend bei Hospitalisierungsinzidenz 5. Fälle auf ITS: 2.297 (+36) 6. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,5%, Zweitimpfung 75,8%, Auffrischimpfungen 58,0% 7. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer <ol style="list-style-type: none"> 1. Zunehmender Trend, besonders steil in Mecklenburg-Vorpommern, Bayern, Saarland, Schleswig-Holstein und Berlin 8. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ol style="list-style-type: none"> 1. In ca. 90% aller LK > 1000, in 130 LK > 2000, in 4 LK > 3000 2. Mit anderer Farbskala: Sehr hohe Inzidenzen im Norden, Süd-Osten und äußerstem Westen 3. Es wird überlegt nochmal die Farbskala zu ändern. 9. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche <ol style="list-style-type: none"> 1. Zunahme in allen Altersgruppen, besonders stark in jüngeren, aber auch besorgniserregende Zunahme in älteren Altersgruppen 10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalisierungsinzidenz nimmt bei 60+ Jährigen zu. 2. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz bei 60+ Jährigen im Bereich von 30. 3. Nach Landkreisen (nicht adjustierte Werte): In 	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p>einzelnen LK ist die Inzidenz nochmal deutlich höher.</p> <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zunahme, aber noch nicht auf Niveau von 4. Welle 2. Todesfälle nach LK: ähnliche Regionen, wie bei hohen Inzidenzen und Hospitalisierungsinzidenzen betroffen 3. Deutschland gesamt in 14 Tagen: 3,6 Todesfälle/ 100.000 Einw., in einzelnen LK deutlich darüber. <p>ITS-Belegung und Spock (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktuell werden 2.288 Patienten behandelt, geht in leichten Anstieg über. Besonders deutlich gerade in letzten Tagen bei Neuaufnahmen zu sehen. 2. 1.665 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen 3. Anzahl verstorbener Patient*innen auf Plateau <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diverses Bild 2. Deutliche Anstiege in Bremen, Niedersachsen, MV, SH, Bayern 3. Anstieg besonders markant im Saarland, betrifft vor allem die >70-Jährigen. <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anstieg vor allem der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen 2. 35% unbekanntem Behandlungsformen 3. Einschätzung Betriebssituation: leichter Anstieg <p>15. Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Weitere Anstiege bei 70-79 und 80+ Jährigen 2. leichter Anstieg bei Kindern, 17% ohne COVID-Symptomatik <p>16. SPoCK: Prognosen</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>
--	---	---



	<p>1. Deutschlandweit eher Plateau</p> <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>17. Testanzahl und -kapazität</p> <p>1. Anzahl Tests hat seit 4 Wochen das erstmalig wieder deutlich zugenommen, Positivenanteil hat auch zugenommen.</p> <p>18. Laborauslastung</p> <p>1. Kapazitäten wieder etwas stärker belastet.</p> <p>2. Auslastung in MV, NI, TH schon über 100%, in den anderen BL bei ca. 70% Auslastung.</p> <p>19. SARS in ARS</p> <p>1. In allen Bundesländern außer Berlin Anstieg bei Testungen</p> <p>20. Wo wird getestet</p> <p>1. In Arztpraxen Anzahl Testungen deutlich gestiegen, Positivenanteil zum Teil über 80%</p> <p>2. In KH steigt Positivenanteil an.</p> <p>3. Andere Teststellen schwer zu interpretieren.</p> <p>21. Testungen nach Altersgruppe</p> <p>1. Deutlich mehr bei 5-14-Jährigen</p> <p>2. Positivenanteil steigt in allen Altersgruppen an außer bei Kleinkindern und 5-14-Jährigen.</p> <p>3. Anzahl positiver Testungen / 100.000 Einw. steigt, am deutlichsten bei mittleren Altersgruppen.</p> <p>22. Monatsbericht SARS in ARS</p> <p>1. Bei monatsweiser Betrachtung seit Beginn der Pandemie ist der Positivenanteil jetzt am höchsten, auch bei >80-Jährigen.</p> <p>23. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen</p> <p>1. 196 aktive Ausbrüche in Krankenhäusern</p> <p>2. 510 aktive Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, etwas weniger als in Vorwoche, Todesfälle steigen wieder an.</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>VOC-Bericht (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>24. Übersicht VOC/VOI in Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In KW 9 ist BA.2 zur dominierenden Variante geworden. <p>25. Omikron-Sublinien in Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BA.1 und BA.1.1 haben jeweils fast um ca. 10% verloren. <p>26. IfSG-Daten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ähnliches Bild, Alpha und Beta-Fälle eher Fehlübermittlung 2. Große Unterschiede bei Anzahl der varianten spezifischen Testungen zwischen den BL. <p>27. Confirmed AY.4/BA.1 Recombination</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 64-Jährige Frau, 3fach geimpft (geboostert in 12/21), schwerer Krankheitsverlauf mit Hospitalisierung, keine Reiseanamnese 2. In Deutschland ist diese Rekombinante unique, im internationalen Vergleich nahezu identisch mit Französischem Isolat. <p>28. Unconfirmed BA.1/BA.2 recombinants</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Rekombinante in Deutschland noch nicht bestätigt, aber 9 Isolate aus 3 Laboren <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>29. GrippeWeb</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARE-Raten gestiegen, vor allem bei Kindern, bei Erwachsenen eher Seitwärtsbewegung, bei Kindern vorpandemisches Niveau erreicht. <p>30. ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eher noch Seitwärtsbewegung, leichter Anstieg bei Schulkindern und >60-Jährigen. 2. Höher als letztes Jahr, aber im Bereich der vorpandemischen Saisons. 3. Kein eindeutiger Trend über die BL hinweg. 4. Influenza-Melddaten: im Moment Anstieg, 2 Fälle mit 	<p>P4</p> <p>Mielke</p> <p>Presse</p>
--	---	---------------------------------------



	<p>Exposition in Ukraine</p> <ol style="list-style-type: none">31. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose<ol style="list-style-type: none">1. Bei 15-34 und 35-59-Jährigen Wiederanstieg.2. Bei 5-14-Jährigen Trendwende, erneuter Anstieg32. ICOSARI-KH-Surveillance<ol style="list-style-type: none">1. Seitwärtsbewegung, kein deutlicher Anstieg2. Deutlicher Rückgang bei 35-59-Jährigen, Anstieg bei 15-34-Jährigen auf sehr geringem Niveau.33. ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle<ol style="list-style-type: none">1. Bleibt bei Kindern in etwa gleich.2. Bei 15-34-Jährigen Anstieg, bei 35-59-Jährigen Rückgang.3. Bei 80+ Jährigen leichter Anstieg.34. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI<ol style="list-style-type: none">1. Vergleich mit Meldedaten: insgesamt Seitwärtstrend, der sich leicht erhöht2. Leichter Anstieg bei 0-4-Jährigen, aber deutlich geringere Inzidenzen als in Meldezahlen. Unterschied verringert sich bei älteren AG, über dem Niveau der 3. Welle aber unter Niveau der 2. und 4 Welle.35. Intensivbehandlung: SARI-Fälle<ol style="list-style-type: none">1. Im Vergleich zu den vorpandemischen Zahlen keine außergewöhnlichen Zahlen zu verzeichnen, keine deutliche Ausprägung einer 5. Welle.36. Vgl. Winter 2020/21 und 2021/22<ol style="list-style-type: none">1. Relativ stabiles Niveau seit Jahreswechsel, in AG 80+ leichter Anstieg seit KW 2/202237. Ausbrüche in Kindergärten/Horte<ol style="list-style-type: none">1. Rückgang der Ausbrüche flacht ab, weniger Kapazitäten bei GA, eher leichter Anstieg erwartet. <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none">38. 131 Proben aus 45 Arztpraxen aus 14 BL39. Positivenanteil: 24%, leichter Anstieg gegenüber	
--	--	--



	<p>Vorwoche, jedoch nicht so hoch wie in KW6</p> <ol style="list-style-type: none">40. Positivenanteil bei 0-4Jährige am geringste und bei 60+ Jährige am höchsten.41. Omikron: seit 3 Wochen stabil nur Omikron<ol style="list-style-type: none">1. Kein steiler Anstieg von BA.2 im Sentinel.42. Influenza: 4 Nachweise (3%)<ol style="list-style-type: none">1. Verschiebung in höhere AG, geringe Influenzavirusaktivität43. Coronaviren: SARS-CoV-2 am stärksten vertreten.44. Sonstige Atemwegsviren:<ol style="list-style-type: none">1. Rhino- und humane Metapneumoviren auf gleichem Niveau <p>Modellierung (<i>nur montags</i>)</p> <p>Monatsübersicht über gesamten Pandemieverlauf, wie von ARS-Daten, ist sinnvoll. Tourismus kommt wieder in Gang, Selbstverantwortung der 60+ Jährigen muss gestärkt werden. Gibt es Umfragen, wie sich der Umgang mit Corona verändert?</p> <ol style="list-style-type: none">45. COSMO, BfR monitoren Fragen dazu.46. Neue Zahlen aus dem Expertenrat: Risikowahrnehmung hat sich geändert. Geimpfte schätzen Risiko etwas höher als Nicht-Geimpfte ein. Risikoeinschätzung ist generell etwas geringer als zu Beginn. Änderung der Farbskala bei Karte der übermittelten COVID-Fälle nach Kreis und BL47. Besser weitere Farbe einführen, als Farben verändern.48. Grundsätzlich soll umgestellt werden, auf welche Farbkombination wird noch entschieden. Änderung nächste Woche.	
--	---	--



<p>2</p>	<p>Internationales (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Südkorea hat sich übers Auswärtige Amt mit RKI in Verbindung gesetzt. Austausch findet am 28.03. statt. Wer teilnehmen möchte, kann sich gerne bei Fr. Hanefeld oder Fr. Laske melden. ! Ein 1. Austausch zur ungleichen Verteilung von Impfstoffen musste abgesagt werden. Am 22.03. ab 16 Uhr findet nun ein informeller Austausch mit Experten im Patentrecht statt. Bei Interesse können Mitglieder des Krisenstabs teilnehmen. ! MA für Seroprävalenzstudie bei Health care worker nach Guinea und Nigeria aufgebrochen. ! Training in Cote d'Ivoire ! Aktivitäten im Iran sind letzte Woche zu Ende gegangen. 	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht berichtet) 	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht berichtet) 	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gestern wurde hauptsächlich die aktuelle Lage besprochen. Fr. Brinkmann hat sich in Anhörung zum Infektionsschutzgesetzes kritisch geäußert. ! Hr. Karagiannidis hat Auftrag ein Herbst-Winterpapier zu schreiben, soll in den nächsten 4 Wochen finalisiert werden. 	<p>Wieler</p>
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht berichtet) <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Änderungsvorschläge für FAQ wurden an Fachkollegen geschickt. 49. Nach Rückmeldung werden FAQ zeitnah überarbeitet. 50. Änderungen zum Kontaktpersonenmanagement können erst nächste Woche überarbeitet werden. ! Bitte um Vorschläge für die Botschaft morgen 51. Eigenverantwortung der Menschen, 4. Impfdosis für ältere Menschen 52. BfR-Monitor (hier): Risiko der Ansteckung wird am 	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>höchsten in Schulen & Kitas und im öffentlichen Nahverkehr bewertet und am geringsten zuhause. Ansteckungen finden jedoch weniger in öffentlichen Verkehrsmitteln, sondern eher bei privaten Gesprächen statt.</p> <p>53. Botschaft, dass es zuhause am gefährlichsten ist, ist schwierig.</p> <p>54. Bei Hinweis auf Übertragung durch Asymptomatische sollte betont werden, dass bei leichter Symptomatik erst recht Übertragungsgefahr besteht. Auch bei leichter Symptomatik soll Kontakt zu vulnerablen Gruppen vermieden werden.</p> <p>55. Bei Symptomen zuhause bleiben, auch bei negativem Schnelltest.</p> <p>56. In Altenheimen reicht ein Schnelltest für symptomatische Personen nicht aus, müssen mit PCR-Test getestet werden. In Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime ist das enthalten.</p> <p>Risikokommunikation</p> <p>! Flyer – Verhaltenstipps für das Frühjahr (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwurf wurde gestern zirkuliert. Bitte um Ergänzungen und Anmerkungen. ○ 3) Kontakt zu Risikogruppen <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutlich machen, dass man mit einfachen Prinzipien andere schützen kann: Mit negativem Test, „Symptomfrei“ wird ergänzt. ○ 6) Symptomatische sollen auch bei leichten Symptomen zuhause bleiben. <ol style="list-style-type: none"> 2. Dieser Punkt soll weiter nach vorne, egal ob geimpft oder genesen. 3. Abstand und bei Symptomen zuhause bleiben, schützt auch vor Influenza. 	<p>P1 (Lein)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Das neue IfSG - Übersicht über wesentliche Änderungen (hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einrichtungsbezogenes Impfquotenmonitoring -> neue Aufgabe für RKI 4. Verpflichtung für RKI Daten zusammenzuführen und 	<p>L1 (Mehlitz)</p>



	<p>an Länder zu übermitteln. Bedenken zu fehlenden Personalmitteln und technischer Infrastruktur wurden geäußert.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Impf-, Genesenen-, Testnachweise: Definitionen werden direkt ins IfSG aufgenommen.5. Bisher PCR erforderlich, künftig genügt jeder direkte Erregernachweis, auf Datum der Testung abgestellt.6. Impfnachweis: nach Anzahl der Impfung unterschieden, bis 30.09.2022 und ab 01.10.20227. Demnächst rechtliche Möglichkeit unrichtig ausgestellte digitale Zertifikate zu sperren. RKI muss Sperranforderungen technisch umsetzen.○ Fortfall so gut wie aller besonderen Schutzmaßnahmen. Nur noch wenige bleiben übrig. Maßnahmen, die ab 20.03. möglich sind:<ul style="list-style-type: none">8. Verpflichtung zum Tragen einer Maske in medizinischen Einrichtungen, Alten-/Pflegeheimen; Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs; in Einrichtungen zur Unterbringung von Geflüchteten9. Testpflicht in den gleichen Einrichtungen, außerdem Schulen, Kitas, Justizvollzugsanstalten10. Individuelle Schutzmaßnahmen sind weiterhin möglich. Anordnung häuslicher Quarantäne ist weiterhin möglich.○ Mögliche weitere Maßnahmen beziehen sich auf konkrete Gebietskörperschaften<ul style="list-style-type: none">11. Voraussetzung: konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage. Landesparlament muss Gefahr feststellen und Maßnahmen festlegen. Nur bei Virusvariante mit signifikant höherer Pathogenität, wenn aufgrund einer besonders hohen Anzahl von Neuinfektionen die Überlastung der KH-Kapazitäten droht.12. Wenn Voraussetzungen vorliegen: Tragen vom MNS, Abstandsgebot, Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen oder Testnachweises, Verpflichtung zur Erstellung eines Hygienekonzeptes○ Rechtsverordnung müssen bis spätesten 23.09.22 außer Kraft treten.○ Bisherige Verordnungen dürfen bis 02.04. aufrechterhalten werden, wenn sie nach neuer Rechtslage noch gültig wären.	
--	--	--



	<p>geachtet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen sind kaum noch handlungsleitend. Wäre es nicht Zeit zu überlegen, die Meldepflichten so zu revidieren, dass nur noch Hospitalisierungen meldepflichtig sind? <p>14. Lohnenswerter Gedanke, was gibt es für Meldestandards bei Influenza? Je nach pandemischem Geschehen könnte sich die Meldepflicht wieder ändern. Gutes strategisches Papier zusammen mit Influenza wäre notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sowohl bei Influenza als auch bei vielen anderen Erkrankungen basieren die Meldungen auf Labornachweisen. Eine Arztmeldung von symptomatischen Erkrankungen führt zu großer Untererfassung, da Ärzte eher schlecht melden und nicht alle zum Arzt gehen. ○ Problematik liegt nicht in Daten, sondern in Interpretation der Daten. <p>b) RKI-intern</p>	
8	Dokumente (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	Alle
9	Update Impfen (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	FG33
10	Labordiagnostik (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	
13	Surveillance (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	FG38



15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet)	FG38
16	Wichtige Termine !	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 21.03.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:03 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 21.03.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG33
! Institutsleitung	○ Ole Wichmann
○ Lothar H. Wieler	! FG35
○ Esther-Maria Antão	○ Hendrik Wilking
! Abt. 1	! FG36
○ Martin Mielke	○ Silke Buda
! Abt. 2	! FG37
○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns
! Abt. 3	! FG38
○ Osamah Hamouda	○ Ute Rexroth
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Maria an der Heiden
! FG14	○ Amrei Wolter (Protokoll)
○ Melanie Brunke	! P1
○ Mardjan Arvand	○ Ines Lein
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Marieke Degen
! FG21	
○ Wolfgang Scheida	! ZBS 7
! FG32	○ Michaela Niebank
○ Michaela Diercke	! BZgA
○ Justus Benzler	○ Oliver Ommen



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 18.772.331 (+92314), davon 126.929 (+13) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.714,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.617.998 (76,5%), mit vollständiger Impfung 63.045.378 (75,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Anstieg in BY, BW, SA, SL, TH Bei Inzidenzen nach Altersgruppen wird in fast allen Altersgruppen ein leichter Rückgang beobachtet Die Hospitalisierungsinzidenz bei den über 60-Jährigen ist leicht steigend, bei den 0-59-Jährigen bewegt er sich auf einem gleichbleibenden Niveau Diskussion 200 Gesundheitsämter haben über das Wochenende nicht übermittelt, dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden Zusätzlich traten Probleme bei den Laboren mit DEMIS Meldungen auf, einige Fälle wurden daher noch nicht an die Gesundheitsämter weitergeleitet Eine Abschätzung des Übermittlungs-/Meldeeffekt ist derzeit noch nicht möglich Ein Disclaimer soll hierzu noch geschaltet werden In AGI TelKo wurde festgelegt, dass BL bei GMK einen Beschluss bzgl. der Meldungen am Wochenende einreichen sollen Frage der WHO nach Ausblick der Auswirkungen der Lockerungen. Relativ klar, dass bei Lockerungen die ansteckende Variante zu mehr Infektionen führt, kann derzeit auch beobachtet werden. Trends können gut abgebildet werden, die 7-Tages-Inzidenz steigt in allen Bundesländern. Über das Sentinel kann R eingeschätzt werden</p> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

	<p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur montags</i>)</p> <p>ToDo <i>Heutige Schaltung eines Disclaimers mit dem Hinweis, dass am Wochenende 200 Gesundheitsämter nicht gemeldet haben (Fr. Diercke)</i></p>	
2	<p>Internationales (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 44 Mio Downloads der CWA ○ 4 Mio geteilte Warnungen ○ Version 2.19 Update ermöglicht eine fehlertolerantere Zuordnung von Zertifikaten zu Personen. Zukünftig kann nun auch bei Unterscheidung des Geburtsdatums das Zertifikat korrekt einer Person zugeordnet werden ○ CoronaWarnApp hat den UXDA22-Preis gewonnen, Gewinn ging an SAP ○ Planung der Zukunft der CWA, mögliche Optionen sind das Einstellen, einen Wartungsprozess durchführen oder die Weiterführung 	FG21 (Scheida)
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Anstieg der Hospitalisierungsrate der über 60-Jährigen Wichtig, die über 60-Jährigen für die Relevanz der Impfung zu sensibilisieren, Kommunikationsaktivitäten mit Fokus auf diese Risikogruppe BZgA hat derzeit noch keinen Kommunikationsschwerpunkt hierauf gelegt, nimmt dies aber mit P1 schickt Mittwoch einen Flyer für den Frühling rum, nimmt die Anregung der Fokuslegung auf die Impfkampagne der über 60-Jährigen mit COSMO-Studie zeigt auf, dass sich Widerstände in der Altersgruppe dadurch ergeben, dass die Nebenwirkungen und das Risiko der Impfung überschätzt werden Noch nicht veröffentlichte Beobachtungen zeigen, dass die Übertragungen der Infektion im Menschen immer besser wird und die Infektionen in Tiermodellen erschwert ist. Das Virus könnte sich so von einer Zoonose zu einem Humanpathogen entwickeln. Es werden noch die Ergebnisse vom Paper</p>	Abt. 3 (Mielke)



	<p>abgewartet Derzeit findet eine Modellierung von P4 statt, wie viele Ungeimpfte eine Wildinfektion hatten In der Risikobewertung wird derzeit nicht direkt nach Altersgruppen differenziert Priming Impfung und nachfolgende Infektion als gute Kombination vor schwerem Verlauf, aber auch bei vorausgegangener Infektion auf die Relevanz der nachfolgenden Impfung für einen breiten Schutz hinweisen ToDo Fokus der Kommunikationsaktivitäten der Impfung der Ü-60-Jährigen wird von Fr. Lein, Hr. Ommen und Hr. Wichmann mitgenommen</p>	
5	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>) Nichts neues, Stellungnahme für Herbst wird morgen im Expertenrat besprochen</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation BZgA (nichts berichtet) Presse Freitag ist BPK geplant, Hinweis auf Impfkampagne der Ü-60-Jährigen P1 Flyer für Verhaltenstipps für das Frühjahr wird Mittwoch weitergesendet</p>	<p>BZgA (Ommen) Presse (Degen) P1 (Lein)</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen Allgemein Zeitnahes Abschaffen/Einschränken der Bürgerteste, Änderung der TestVO <u>Diskussion</u> In Pflegeheimen häufig kein eigenes Testangebot, sondern Verweis auf öffentliche Teststationen. Wenn die geschlossen werden, sind Pflegeheime derzeit nicht gut aufgestellt, die Reduktionen zu kompensieren Auch für Genesenennachweise sind Testangebote noch relevant Ist derzeit auf Leitungsebene des BMG im Gespräch, Donnerstag nächste BMG-Runde AGI: Ausspruch für weitestgehende Reduktion der Testung</p>	Alle
8	<p>Dokumente</p>	Alle

9	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <p>Mittwoch Treffen der STIKO für Beschlussentwurf mit den Themen der Beibehaltung der Impfeempfehlung für Kinder im Alter von 5-11 Jahren und der Empfehlung für Personen mit einem Impfstatus mit nicht in der EU zugelassenen Impfstoffen Beschlussentwurf geht Ende der Woche in das Stellungnahmeverfahren Treffen zwischen RKI, PEI, dem Gesundheitsminister und BioNTech. Themen sollen u.a. neue Daten bezüglich eines omikronspezifischen Impfstoffes sowie der Ausblick bzgl. der Zulassung eines Impfstoffes unter 5 Jahren sein Insgesamt wurden seit Start der Verabreichung der 4. Impfstoffdosis vor 4 Wochen 1,1 Mio. Impfstoffdosen verabreicht. Ggf. Planung einer Kampagne, wie die Empfehlung zur 4. Impfung besser kommuniziert werden kann</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Beobachtungen der Existenzen von Hybrid-Varianten, die eine Kombination aus Teilen der Varianten sind. Diese gab es bereits bei Alpha und B.1.1.7., wiesen jedoch keinen Vorteil auf und sind ausgestorben. Die Hybrid-Variante aus Delta und Omikron wird unter dem Namen XD geführt, die Hybride aus BA.1 und BA.2 als XE. In Deutschland gab es einen Fall der Delta BA.1 Rekombinante. Ein Isolat aus Delta und Omikron wird derzeit phänotypisch untersucht. Die Herausgabe der Analyse zum Antigenprofil vom Pasteurinstitut hat das erwartete Spikeprotein bestätigt. Von jeder Variante gibt es nicht mehr als 100 Genome.</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p>ZBS1</p>	<p>FG17 (Wolff)</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7 (Niebank)</p>



12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14 (Brunke)
13	Surveillance am 16.03.22 wurde in DEMIS die Eingabemaske für die elektronische Meldung von Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 für Krankenhäuser installiert Donnerstag wurden erste Pilotversuche mit Krankenhäusern gestartet, der Bericht hierüber wird Mittwoch vorgestellt <u>Diskussion</u> Die Anbindung der Krankenhäuser an DEMIS ist ein guter Zeitpunkt, um zukünftig auch den Hospitalisierungsgrund auszuweisen (COVID als Haupt- oder Nebendiagnose). Dies kann ggf. unsystematisch sein, da die Entscheidungsmöglichkeit vom ärztlichen Personal, die Haupt- oder Nebendiagnose festzulegen, individuell ist Frage ob/wie die Daten veröffentlicht werden sollen (ggf. mit Hinweis auf begrenzte Aussagefähigkeit und Hinweis auf die Instrumente, die die Lage besser bewerten) Kein Starten einer erneuten Diskussion, da es bereits schon eine Einigung gab, dass mit der Umstellung der Hospitalisierungsmeldungen der Grund angegeben werden soll	FG 32 (Diercke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags) nicht berichtet	FG38 (an der Heiden)
15	Information aus dem Lagezentrum (nur montags) Aufruf zur Anmeldung zur IAR Durchführung nächsten Montag. Anmeldungen gehen an Meike Schöll, die Frist endet heute	FG38 (an der Heiden)
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:58 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 23.03.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:	!	FG37	
!	Institutsleitung	o Tim Eckmanns	
	o Lothar Wieler	!	FG 38
	o Esther-Maria Antão	o Ute Rexroth	
!	Abt. 1	o Claudia Siffczyk	
	o Martin Mielke	o Maria an der Heiden	
!	Abt. 3	o Amrei Wolter (Protokoll)	
	o Osamah Hamouda	!	MF2
	o Tanja Jung-Sendzik	o Thorsten Semmler	
!	ZIG	!	MF4
	o Mikheil Popkhadze	o Martina Fischer	
!	FG14	!	P1
	o Melanie Brunke	o Christina Leuker	
!	FG17	!	Presse
	o Djin-Ye Oh	o Ronja Wenchel	
	o Ralf Dürrwald	o Marieke Degen	
!	FG21	!	ZBS7
	o Wolfgang Scheida	o Michaela Niebank	
!	FG24	!	ZIG1
	o Thomas Ziese	o Carlos Correa-Martinez	
!	FG32	!	BZgA
	o Michaela Diercke	o Christoph Peter	
!	FG34		
	o Viviane Bremer		
	o		
!	FG35		
	o Christina Frank		
	o Hendrik Wilking		
!	FG36		
	o Walter Haas		
	o Silke Buda		
	o Kristin Tolksdorf		
	o Udo Buchholz		





	<p>4. Schwierig, Dinge abzuleiten, da zeitliche Abfolge von Impfung/Infektion mit nachlassender Immunität und herrschendem Infektionsdruck unterschiedliche Entwicklungen hervorrufen</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 19.278.143 (+283.732), davon 127.522 (+329) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 1.734,2/100.000 Einw. <p>1. Hospitalisierungsinzidenz: 7,23/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 16,20/100.000 EW</p> <p>5. Steigender Trend bei Hospitalisierungsinzidenz</p> <p>5. Fälle auf ITS: 2.382 (+35)</p> <p>6. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,5%, Zweitimpfung 75,8%, Auffrischimpfungen 58,3%</p> <p>7. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sehr heterogen, BE, BB, HB niedrigste Inzidenzen, kein BL in dem die Zahlen deutlich zurückgehen, ähnlich gleichbleibendes hohes Niveau. SA und MV steigt 2. Nacherfassung der fehlenden Daten vom Wochenende (GA haben am WE nicht gemeldet), haben keine deutlichen Änderungen des Trends zu Mittwoch bewirkt <p>8. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. MP, SA, TH, BY weiterhin hohes Niveau 2. Bundesweit starke Verbreitung betroffener LK <p>9. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 200 Punkte höher von KW 10 zu KW 11 2. In allen AG Anstieg, außer 15-19-Jährige dort gleichbleibendes Niveau <p>10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ähnliches Niveau 2. Bei Ü60 Jährigen starker Anstieg, adjustierter Wert bei 30/100.000 <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Gleichbleibendes Niveau (1.000 die Woche), 	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--------------------------



	<p>Nachübermittlung stehen noch aus, gleichbleibendes Niveau wird erwartet</p> <p>2. Am stärksten betroffene AG Ü60-Jährige</p> <p>ITS-Belegung und Spock (Folien hier) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <p>1. Aktuell werden 2.338 Patienten behandelt,</p> <p>2. 1.896 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen</p> <p>3. 200 mehr als letzte Woche</p> <p>4. Turnover an Aufnahme und Entlassung</p> <p>5. Plateaubildung der Sterberate</p> <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <p>1. Reduzierungen in HB, HH, moderater Anstieg in NS, SH, starker Anstieg SA, BB, TH</p> <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>1. Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen</p> <p>2. 35% unbekannte Behandlung (häufig kurze Belegung)</p> <p>3. Patienten mit invasiver Beatmung (längere Belegung), hier klassische COVID-Behandlung</p> <p>4. Zunehmende Meldung von Eingeschränktheit der Intensivstationen durch Personaleinschränkung</p> <p>15. Altersgruppen</p> <p>1. Über 75% sind Ü60</p> <p>2. Anstiege in allen AG außer 40-49-Jährige</p> <p>3. 0-17-Jährige steigen ebenso an</p> <p>16. SPoCK: Prognosen</p> <p>1. Leichter Anstieg für Gesamtdeutschland</p> <p>2. Ost/Süd eher moderat</p> <p>3. Nord/Nord-West/West: leichter Anstieg</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	--



	<p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>17. Testanzahl und -kapazität</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anstieg der Anzahl der durchgeführten Tests und Anstieg der Positivenrate2. Positivenanteil der Tests bei 56% <p>18. Laborauslastung</p> <ol style="list-style-type: none">1. In meisten BL überwiegend bei 80%-Auslastung2. NS, TH, SN, RP über 100% Auslastung3. Gemeldete Gesamtinzidenz 1,7-3%, dies sind allerdings nur die gemeldeten Fälle, großes Infektionsgeschehen <p>19. Wo wird getestet</p> <ol style="list-style-type: none">1. Arztpraxen Zunahme positiver Tests und Testdurchführungen2. In KH gleichbleibende Testkapazität, Belastung in KH durch positiv gemeldetes Personal <p>20. Testungen nach Altersgruppe</p> <ol style="list-style-type: none">1. Arztpraxen: 60-79-Jährige2. 60-79-Jährigen auch höhere Anteil an positiven Testungen3. Über 60-Jährige haben den stärksten Anstieg <p>21. Monatsbericht SARS in ARS</p> <p>22. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anzahl der Ausbrüche nach Meldedaten gehen zurück2. Aktive Ausbrüche nehmen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen zu3. Todesfälle in Alten- und Pflegeheimen gehen zurück4. Anteil der Bewohnenden mit Grundimmunisierung ist minimal angestiegen, Anteil der Auffrischimpfungen nehmen deutlich zu. Grundimmunisierung der Beschäftigten unter 90%, Zunahme der Auffrischimpfung der Beschäftigten5. 10% der Bewohnenden in Altenheimen sind nicht	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF (Semmler)</p>
--	--	--



	<p style="text-align: center;">geimpft</p> <p>VOC-Bericht (Folien hier) <i>(nur mittwochs)</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ (nicht berichtet) <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>23. GrippeWeb</p> <ol style="list-style-type: none">1. ARE-Rate in KW11 leicht gestiegen 6,0% (Vorwoche 5,7%)2. Kinder stabil (11,7%), Erwachsene leicht gestiegen (4,8% auf 5,1%)3. Schätzung: 5 Mio. Atemwegserkrankungen in KW11 <p>24. ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none">1. Leicht gestiegen in KW112. Konsultationen gesamt liegt höher als letztes Jahr, aber im Wertebereich der vorpandemischen Saisons3. Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den 35-Jährigen leicht gestiegen, während sie in den anderen drei Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben ist4. Deutlichster Rückgang im Vergleich zur Vorwoche bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre, 11%)5. Große Unterschiede zwischen den Bundesländern <p>25. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ol style="list-style-type: none">1. Seit KW 9 erneuter Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE2. Gesamtzahl 590.000 ARE-COVID-Besuche3. Steigender Trend bei AG 35 Jahre, 0-4-Jährige rückläufige Anzahl <p>26. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle</p> <ol style="list-style-type: none">1. SARI-Fallzahlen seit KW 2 stabil geblieben,2. Meisten AG stabile oder leicht rückläufige SARI-Fallzahlen3. AG 80+ leichter Anstieg, mehr als die Hälfte der SARI Fälle mit COVID-19-Diagnose	
--	---	--



	<p>27. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Weiter stabil2. Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-5 gesunken3. Leichter Anstieg in AG 80+ setzt sich in KW 11 zunächst nicht fort4. Liegt über den Werten der 3. Welle, aber noch moderates Niveau <p>28. Intensivbehandlung: SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none">1. Entwarnung in allen AG <p>29. Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rückgang hält weiter an, kann mit Überlastung der Gesundheitsämter zusammenhängen, die Fälle kapazitätsbedingt nicht mehr zu Ausbrüchen zusammenfassen2. Schulausbrüche seit Mitte Feb mit 150 Ausbrüche/Woche relativ stabil <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none">3. seit 4 Wochen konstant Omikron-Anteile, SARS-CoV-2 aktivstes Virus, alle anderen endemischen Viren konnten nachgewiesen werden4. BA.2 Anstieg auf 92% im Sentinel5. Influenza: H3N2 unter 5%6. In Ländern mit starker Lockerung auch Zunahme Influenza7. Stärke HMPV wechselt sich mit Rhinoviren ab <p>Molekulare Surveillance:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Stichprobenanalyse zeigt einen nachgewiesenen Anteil von BA.2 von 83-84%, geringe Anteile von BA.1.1 und BA.1○ Rekombinationsereignisse basieren auf Analysen von MF1, hierzu wurden Rohdaten zugeschickt, die eine im RKI durchgeführte eigene Sequenzierung erlaubten. Rekombinationsereignis konnte verifiziert werden	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bezüglich BA1.1 und BA1.2 werden Rekombinationsereignisse analysiert, derzeit 18 Genome aus 6 Ländern ○ Das 3. Rekombinationsereignis mit BA.1 und BA.2 mit 12 Verdachtssequenzen, eine konnte im Haus sequenziert und bestätigt werden, weitere Fälle auch in DK, UK, US <p><u>Diskussion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Als Info: Montag meist wenig Meldungen von Laboren, in DEMIS Daten werden Mittwoch und Donnerstag die meisten Labortests gemeldet, daher höhere Differenzen zum Vortag möglich ○ Interpretation der steigenden Testzahlen und steigender Positivquote; ALM verweist auf mögliche Untererfassung. Möglichkeit der Untererfassung ist generell bekannt, über Daten der syndromischen Surveillance und Meldedaten ist bekannt, dass in allen AGs eine weite Verbreitung des Virus stattfindet. Keine hohe Relevanz der Detektion der Höhe der Untererfassung. ○ Krankenhaus- und Intensivbelegungsdaten werden möglicherweise nachziehen, werden voraussichtlich aber nicht dasselbe Niveau wie der letzten Wochen erreichen ○ TestVO wurde gestern Abend ans Haus geschickt, liegt Hr. Mehlitz vor, Stichtag 31.5: Vergütung im Rahmen der TEstVO wird mit Gültigkeit bis Oktober gestoppt. RKI gibt im Hinblick auf Testen im nosokomialen Bereich ein Statement ab <p>To-Do Bitte von Fr. Fischer an Fr. Buda, die Frage zur Untererfassung per Mail zukommen zu lassen. Hr. Mielke spricht morgen im BMG den Nachzug der Krankenhaus- und Intensivbelegungsdaten an</p>	
2	<p>Internationales (nur mittwochs) ! (nicht berichtet)</p>	ZIG (Hanefeld)
3	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) (nur montags) ! (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung ! (nicht berichtet)</p>	Alle
5	<p>Expertenbeirat (mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung) ! (nicht berichtet)</p>	Wieler



<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Überarbeitung mehrerer Merkblätter ! Übersetzung ukrainische Sprache, Veröffentlichung Homepage zum Thema Infektionsschutz ! Hinweis auf weitere Auffrischimpfung wurde mitgenommen <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> 30. Freitag Bundespressekonferenz 31. Botschaft: Relevanz Impfung <ul style="list-style-type: none"> ! 4. Impfstoffdosis ! Schutz der Impfung vor schweren Verläufen und Tod (Zielgruppe insbesondere Ü60-Jährige) 32. <u>Diskussion</u> 33. Bei Schutzwirkung der Impfung auch Schutz vor Long-Covid erwähnen? Fr. Scheidt-Nave ist diesbezüglich mit FG33 im Austausch, in Abstimmung mit FG33 gehen <p>Risikokommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Montag Früh wird das Feedback umgesetzt, weitere Klärung per Mail 	<p>BZgA (Peter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlegung der Anpassung der Farbskala. Derzeit im Abstimmungsprozess, Vorstellung am Montag <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! „Strategie-Anpassung an die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Gesamtbevölkerung durch die Omikron-Variante (BA.1/BA.2): Grundsätze des Umgangs mit respiratorischen Erkrankungen mit Fokus auf COVID-19 im Frühjahr 2022“ ! Wesentliche Punkte <ul style="list-style-type: none"> ○ Fokuslegung auf symptomatisch Erkrankte und 	<p>FG 36 (Haas, Buchholz, Buda)</p>



	<p>Setting Haushalt als höchstes Risiko der Übertragung</p> <ul style="list-style-type: none">○ Depriorisierung von Kontaktpersonennachverfolgung und Verhinderung jeder Übertragung○ Schaffung eines Verständnisses bei Bevölkerung und ärztlichem Personal des Beitrages jeder einzelnen Person zur Reduzierung des Risikos von Übertragungen und Schutz von Risikopatient*innen○ Ersetzen der durch das GA initiierten Isolation aller SARS-CoV-2-Infizierten, Quellfallidentifikation, KoNa und damit verbundene Quarantäne durch konsequente umsichtige und rücksichtsvolle Selbst-Isolation von Personen mit akuter Atemwegserkrankung <p>3 Zielstellungen:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Abfederung Belastung Gesundheitssystem durch raschen Anstieg der Fallzahlen durch freiwillige Selbst-Isolation bei Symptomen(2) Minimierung der Ausfallzeiten durch Wegfall der Quarantäneanordnung für Kontaktpersonen(3) Wegfall der Absonderungsanordnung <ul style="list-style-type: none">○ Grundsätze<ul style="list-style-type: none">! Rücksichtnahme der Bevölkerung bei Auftreten von Symptomen 3-5 Tage und Nachlassen der Symptome freiwilliges isolieren, gilt auch für Kontaktpersonen! Warnung in CWA bei rotem Risiko sieht dieses Schema als Hinweis vor, derzeit noch nicht umgesetzt! Informationskampagne für Bevölkerung, Ärzt*innen! In Einrichtungen mit Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf gelten gesonderte Hinweise○ Diese Handreichung soll das Kontaktpersonenmanagementpapier ersetzen, Zeitplan hierfür ist eng, da ab 01.04 die	
--	---	--



	<p>Absonderungsmaßnahmen entfallen. Anfang April sind nur noch individuelle Anordnungen über Gesundheitsämter möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heutige Finalisierung und Versendung ans BMG, Freitag Besprechung im BMG Jour Fixe, Versendung ans AGI ○ Kommenden Dienstag Diskussion im AGI, AGI spricht sich positiv hierfür aus. Publikation bis zum 31.03.22 <p><u>Diskussion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Begriff „Eigenverantwortung“ in anderes Wort ändern, ggf. Solidarität oder „Verantwortung übernehmen“, da es nicht nur um die eigene Verantwortung geht, sondern auch den anderen gegenüber, Hervorhebung von „umsichtig“ oder „rücksichtsvoll“ ! Diskussion um Angabe eines Zeitraumes von 3-5 Tagen, da Kontagiosität häufig länger ist, daher Überlegung auf Festlegung 5 Tage. Absichtlich weiche Formulierung der Isolation von 3 bis 5 Tagen bei Symptomen, damit Möglichkeit zur Umsetzbarkeit des Einzelnen eröffnet wird, sich auch nur 3 Tage zurückzunehmen ! Infoblätter sind erstmal nur Beispiele, nicht unbedingt zum Versand an BMG, um nicht zu sehr in Detaildiskussionen zu geraten aufgrund der Zeitknappheit ! Freitag in BPK Wieler Worte zur Strategieanpassung ! Rote Kachel CWA empfiehlt Maßnahmen des alten Vorgehens: Anpassung derzeit Schwierigkeiten, muss noch durchgeführt werden <p>To-Do</p> <p><i>Einarbeitung der Anmerkungen von FG36 und heutige Versendung ans BMG. Wording Eigenverantwortung durch „umsichtig und rücksichtsvoll“ ersetzen</i></p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente <i>(nur montags)</i> ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen <i>(nur montags)</i> ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>



10	Labordiagnostik (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Entisolation Pflege- und Altenheime ! Überlegung der Deeskalation der Entisolation in Pflegeheimen von Bewohnenden von 14 Tagen mit Test auf 10 Tage mit Test. Grundlage hierfür basiert auf der Modellierung der Risikoabschätzung von Hrn. Kleist. Betrifft insbesondere die Teilhabe der Älteren und das Gerechtigkeitsgefühl, da Pflegende sich nach 5-7 Tagen sich entisolieren können ! Berücksichtigung, dass in Bevölkerung andere Verantwortung gilt als in nosokomialen Bereich. Angaben im Entlassmanagement sind Rahmenbedingungen, die hohe Sicherheit gewährleisten. Davon kann durch Sachverstand vor Ort abgewichen werden TO-DO Vorbereitung der Publikation durch Fr. Niebank, Übersendung an Fr. Rexroth. Vor Veröffentlichung vorab Übersendung ans BMG.	FG38 (Rexroth) Alle
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur montags) ! (nicht berichtet)	
13	Surveillance (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG38
16	Wichtige Termine ! Montag, 28.03.2022 13-15:00 In(tra)-Action Review RKI-internes Krisenmanagement	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 28.03.2022 <u>Mittwoch, 30.03.2022, 11:30 Uhr, via Webex</u>	

Ende: 12:48 Uhr





Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 30.03.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

- Teilnehmende:
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 - ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - ! ZIG
 - Mikheil Popkhadze
 - ! FG12
 - Annette Mankertz
 - ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - ! FG32
 - Michaela Diercke
 - ! FG34
 - Viviane Bremer
 -
 - ! FG35
 - Christina Frank
 - Hendrik Wilking
 - ! FG36
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
 - Stefan Kröger
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Amrei Wolter (Protokoll)
 - ! MF2
 - Thorsten Semmler
 - ! MF4
 - Martina Fischer
 - ! P1
 - Ines Lein
 - ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - ! ZIG1
 - Anna Rohde
 - ! L1
 - Joachim-Martin Mehlitz
 - ! BZgA
 - Andrea Rückle





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur montags)</p> <p>Folien hier</p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenstand: WHO, 22.03.2022 ○ Fälle: 481.756.671 (-13% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 6.127.981 Todesfälle (CFR: 1,3%) <ol style="list-style-type: none"> 1. Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ol style="list-style-type: none"> 1. Südkorea (Zahlen sinken wieder), Deutschland (stagniert), Vietnam (sinkt), Frankreich (stärkste Steigung), VK, Italien, Australien, Japan, Österreich, Niederlande 2. WHO epidemiological update <ol style="list-style-type: none"> 1. Vielerorts geänderte Teststrategie, Spanien testet seit 28.03.2022 nur noch Risikogruppen 2. Anstieg der letzten Wochen setzt sich nicht fort, schränkt WHO ein, da veränderte Teststrategie 3. Meisten Fälle EU und Westpazifik 4. Höchste Anzahl an Todesfällen pro Woche wurden in Chile gemeldet (11.858 neue Todesfälle, +1710%), USA (5.367 neue Todesfälle, +83%), Indien (4.525 neue Todesfälle, +619%), dies lässt sich durch geänderte Definition und rückwirkenden Nachmeldungen erklären 5. COVID in Nachbarländer: 6. Vergleich zwischen Dänemark, Frankreich, Italien und Vereinigtes Königreich. 70% der dänischen Bevölkerung seit Nov.2021 infiziert (nach Seroprävalenzstudie, hier wurde geschätzte Untererfassung miteinberechnet. Anstieg der Krankenhausaufnahmen in UK 3. 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa <ol style="list-style-type: none"> 1. 7-Tages-Inzidenz sinkt in einigen Ländern. Durch Änderung der Teststrategie sind die Zahlen mit Vorsicht zu genießen 2. Da Teststrategie geändert, sind Zahlen mit Vorsicht zu genießen 4. WHO Update: SARS-CoV-2-Varianten Rekombination <ol style="list-style-type: none"> 1. Berichte der Vorkommen in Europa bisher aus Dänemark, Frankreich, Finnland, Deutschland, 	<p>ZIG 1 (Rohde)</p>



	<p>3. Stärkster Rückgang AG 15-34-Jährigen</p> <p>4. Anstiege Ü60 und Ü80 haben sich nicht fortgesetzt</p> <p>10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe</p> <p>1. Neu: Einfärbung, mehr Fokus auf adjustierte Werte (seit letzter Woche auch so in Wochenbericht)</p> <p>2. Anstieg hat sich nicht fortgesetzt</p> <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <p>1. Peak in 7. KW, danach ähnlich hohes Niveau</p> <p>2. Fall-Verstorben Verhältnis geringer als in Wellen</p> <p>ITS-Belegung und Spock (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <p>1. Aktuell werden 2.340 Patienten behandelt,</p> <p>2. 1.970 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen</p> <p>3. Seitwärtsbewegung, dennoch hohes Niveau</p> <p>4. Anzahl Verstorben bleibt konstant hoch</p> <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <p>1. Berlin, BB, SA, TH kleiner Anstieg</p> <p>2. Bremen, Saarland hoher Anstieg</p> <p>3. NRW, H gleiches Niveau</p> <p>4. SH, HH Rückgang</p> <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>1. Anteile an COVID und Non-COVID-Patient:innen hält sich die Waage</p> <p>2. 60% der Intensivstationen melden teilweise/vollständige Einschränkung, begründet durch Personalmangel</p> <p>3. In Regelversorgung melden 50% eine Belastung</p> <p>15. Altersgruppen</p> <p>1. 76,2% der Patient:innen auf ITS sind über 60 Jahre alt</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---



	<ol style="list-style-type: none">2. Weiter Anstieg 70-79-Jährigen3. Anstieg der AG 0-17 und 18-294. Insgesamt Zunahme bei jüngster und ältester AG 16. SPoCK: Prognosen<ol style="list-style-type: none">1. Eher leichter Aufwärtstrend für alle Kleeblätter, erwartbarer Rückgang für den Süden Testkapazität und Testungen (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)17. Testanzahl und -kapazität<ol style="list-style-type: none">1. Leicht zurückgegangen, Anteil positiv getestet kaum verändert (0,1%)2. Letzter Bericht in wöchentlicher Frequenz, Testzahlenerfassung wird ab sofort nur noch alle 14 Tage erhoben.18. Laborauslastung<ol style="list-style-type: none">1. Leichter Rückgang in meisten BL2. Hohe Auslastung in N, MV, TH, SS, SA19. Wo wird getestet<ol style="list-style-type: none">1. Leichter Rückgang Arztpraxen, leichter Rückgang positiver Anteil2. KH weniger getestet, gleicher positiven Anteil 20. Testungen nach Altersgruppe<ol style="list-style-type: none">1. Keine große Veränderung2. 15-34-Jährigen testen weniger, deutlicher Rückgang3. Positivenanteil geht zurück21. Monatsbericht SARS in ARS22. – leichter Rückgang, es gibt Nachmeldungen23. Positivenanteil und Anzahltestung hält sich Waage24. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	----------------------------



	<ol style="list-style-type: none">1. KH: aktive Ausbrüche gehen zurück2. AH/PH: aktive Ausbrüche nehmen zu, Todesfälle nehmen auch zu <p>VOC-Bericht (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>) BA.2 bei 81% Andere Varianten wurden gar nicht mehr nachgewiesen (VOC) in KW11 Innerhalb von Omikron zirkuliert ausschließlich eine Subvariante IfSG Daten Omikron 99,7% Rekombinationen: XD Variante Fall aus Deutschland, XG sind 15 Sequenzen in der Untersuchung</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none">25. GrippeWeb26. ARE-Konsultationen<ol style="list-style-type: none">1. ARE-Rate ist stabil geblieben2. Gesamtzahl von ca. 5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch3. Durch Nachmeldungen (mehr „Nicht-ARE“) gesunken4. Anstieg bezieht sich auf Erwachsene, Kinder bewegen sich stabil zur Seite, dort nicht mehr ARE als im Herbst5. Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen AG gesunken.6. Den deutlichsten Rückgang gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den (5- bis 14-Jährigen; 20 %)27. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose<ol style="list-style-type: none">1. seit KW 9/2022 Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE in nahezu allen Altersgruppen (Ausnahme: Kleinkinder), welcher sich in KW 12/2022 nicht fortsetzt28. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle<ol style="list-style-type: none">1. SARI-Fallzahlen sind insgesamt seit KW 2/2022 stabil geblieben2. Seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau, aktuell unter Niveau der Vorsaison29. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI	
--	--	--



	<ol style="list-style-type: none">1. Weiterhin stabil, kleiner Anstieg in AG 80+ setzt sich in KW11 und 12 zunächst nicht fort <p>30. Intensivbehandlung: SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none">1. In keiner AG Bild das wir in Grippewellen gesehen haben, eher unterhalb <p>31. Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ol style="list-style-type: none">1. GA sind nicht mehr in der Lage zu übermitteln (Zusammenfassung Fälle zu Ausbruch)2. Massive Untererfassung bei den Ausbrüchen (Nachermittlungsunterverfahren bei Gesundheitsämtern)3. Rückgang hält weiter an; im Gegensatz dazu ist in den KiTa-Register-Daten wieder ein deutlicher Anstieg des Infektionsgeschehen zu erkennen4. Schulen: seit Mitte Feb bei etwa 150 Ausbrüchen pro Woche relativ stabil <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none">5. Gleichbleibendes Niveau6. KW 12 höchster Anteil Nachweis COVID7. Geringster Anteil 15-34 Jährigen8. 393 untersuchte Proben, KW12 Omikron Anteil bei 82%9. Influenza Viren Anstieg (von 6-72% auf 6,83%)10. H1N1 Viren rückläufig11. Ein Virus konnte nicht sequenziert werden12. Altersverteilung: eher jüngere AG bei Influenza betroffen13. Endemische Viren: SARS-CoV-2 stärkstes Virus, Nachweis aber aller endemischen Viren14. Starker Anstieg HKU1 in KW 1215. HMPV dominiert, gefolgt von Rhinoviren, vereinzelte PIV, geringe Aktivität RSV	
--	--	--



Diskussion

Wochenbericht

- Um eventuell den Blick zu weiten, kann eine Abbildung mit einem Vergleich zu Vorjahren und krankheitsbedingter Hospitalisierung in den Wochenbericht aufgenommen werden. Kann dazu beitragen, die Deutungshoheit zur Krankheitslage zurückzugewinnen und aufzeigen, dass das Gesundheitssystem derzeit nicht wegen der Behandlung von Patient:innen, sondern durch Personalmangel überlastet ist.
- Ggf. auch Aufnahme der Darstellung der derzeitigen Belastungslage und der Veränderung der Krankheitslast. Krankheitslast/Schwere/Last soll dabei getrennt betrachtet werden von der Belastung der Kliniken, die auch durch weitere Faktoren gerieben wird
- Fokus auf Krankheitslast, nicht Infektionsfälle, Darstellung dessen ist im Wochenbericht geeignet
- Weitere Überlegungen Wochenbericht: Aufnahme Betriebsituation ITS als Indikator, Abbildung der im Krankenhaus krankheitsbedingten COVID-SARI-Fälle, Entfernen der Abbildungen 12 und 13 zu Hospitalisierungen der Meldedaten
- Zur Info: BMG nimmt Betriebsituation und Personalmangel in ihrem Lagebericht auf
- Wochenbericht soll umorganisiert werden, ändert die Gewichtung. Anstatt auf individuelle Verläufe soll die Krankheitslast betont werden
- Fraglich, ob die Betriebsituation in KH stärker dargestellt werden soll, da die Betriebsituation kein Argument für Maßnahmen auf Bevölkerungsebene sein kann. Ziel war/ist die Vermeidung/Reduktion von schweren Krankheitsverläufen, dies begründet die Maßnahmen. Dennoch beeinflusst die Belastung des Gesundheitssystems die Bevölkerung, die kann klein dargestellt werden

Heat-Map

- Aus Zeitgründen wir die Neuerungen bei der Heat-Map zurückgestellt

Inzidenzkarte Farbanpassung

- Änderung der Farbskala auf sieben Kategorien:
Blau=keine Fälle
Dunkelgrün: 0-50
Hellgrün : 50-250
Gelb: 250-500
Orange: 500-1000
Rot: 1000-2000
Dunkelrot: über 2000
- Zusammenfassung der Kategorien mit hohen Fällen
- Ausdrücklicher Wunsch nach einer geringen Anzahl an Kategorien, bei Bedarf (Sinken der Fallzahlen/Inzidenzen)



	<p>kann eine Anpassung folgen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ggf. könnte bei Anpassung der Farbskala mitschwingen, dass die Risikobewertung geändert wurde. Presse sieht keinen Bezug zur Risikobewertung und dass dies von außen so wahrgenommen werden könnte ○ Zu beachten ist, dass die Farbskala nicht barrierefrei ist (rot-grün-Schwäche) hier müsste eine erneute Anpassung erfolgen ○ Zunächst Anpassung der Farbskala im Lagebericht, darauffolgend auch noch Anpassung im Dashboard <p>To-Do</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Vorschlag für Wochenbericht erstellen bzgl. der Einbindung der syndrom. Surveillance und Krankheitslast. (FG36 und FG32), Änderung kann diese Woche noch nicht im Wochenbericht eingepflegt werden, erst nächste Woche</i> ○ <i>Überprüfung der Barrierefreiheit der Farbskala (Hamouda)</i> 	
2	<p>Internationales (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG (Hanefeld)
3	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Wird nicht geändert, Überlegung der Andeutung der Lockerung in der nahen Zukunft</p> <p>! Als Tagesordnungspunkt Jour Fixe nächsten Freitag ansetzen</p>	Alle
5	<p>Expertenbeirat (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Novavax Impfstoff Infoblatt veröffentlicht</p> <p>! Merkblätter aktualisiert (Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen und Thema Impflicht)</p> <p>! Derzeit viele ukrainische Übersetzungen</p>	BZgA (Rückle)
		Presse (Wenchel)



	<p>gelten keine Ausnahmen mehr für Geimpfte/Genesene</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Für Beschäftigte im medizinischen oder pflegerischen Bereich gelten grundsätzlich dieselben Empfehlungen wie für die allgemeine Bevölkerung, hier allerdings Tätigkeits- oder Betreuungsverbot. Wenn zuvor 48h keine Symptome, kann ab dem 5. Tag mit negativem Schnelltest/PCR Test eine Wiederaufnahme der Tätigkeit stattfinden. Daher soll noch der Passus „Vor Wiederaufnahme der Tätigkeit“ eingepflegt werden ! Für Kontaktpersonen gibt es die Empfehlung der freiwilligen Kontaktreduzierung von 5 Tagen und der Empfehlung zu täglichen (Selbst) Testungen, auch hier sollen keine Ausnahmen für Geimpfte/Genesene gelten ! Berücksichtigung: Maßnahmen die angeordnet werden nach §28 IfSG müssen notwendig und im Hinblick auf Verhältnismäßigkeit das mildeste Mittel sein: Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen dürfen nicht schlechter gestellt sein, Anordnung Quarantäne nur für Beschäftigte med. Einrichtung wäre rechtswidrig, daher bleibt das RKI bei der Gleichstellung der Maßnahmen wie für allgemeine Bevölkerung mit Verweis auf Tätigkeitsverbot ! Absprache zwischen FG36, FG37, L1, FG14, AG Diagnostik und Abteilungsleitung, Grundtendenz ist richtig, Sicherstellen dass es keine internen Gegensätze gibt <p>To-Do</p> <ul style="list-style-type: none"> ! <i>Fertigstellung des Papiers bis zum Freitag, 12:00 Uhr (FG36, FG37, L1, FG14, AG Diagnostik). Bei Überarbeitung Berücksichtigung der Fußnoten (PCR-Testungen, Aussagen Antigen-Test). Anschließend Übersendung an das BMG für Jour Fixe am Freitag um 15 Uhr.</i> ! <i>Nachfrage nach Bearbeitungsstand des Papiers zum Entlassmanagement/Entisolierung</i> 	
<p>8</p>	<p>Dokumente (nur montags) ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen (nur montags) ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>



10	Labordiagnostik (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! (nicht berichtet)	FG38 Alle
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur montags) !	
13	Surveillance (nur montags) ! Am 16.03 wurde in DEMIS die Eingabemaske für die elektronische Meldung von Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 für Krankenhäuser installiert. Zwei Krankenhäuser sind angebunden, eine erste Meldung wird die Tage erwartet. Wird am Freitag im Jour Fixe im BMG angesprochen. Derzeit mehr Support Anfragen von Krankenhäusern, die sich für eine Anbindung interessieren. ! Neue Definition für Reinfektion Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Bedenken, ob dies als Grundlage für weitere Maßnahmen missinterpretiert werden kann, vorab Übersendung an das BMG zur Kenntnis ○ Ist die Revidierung der Definition nötig und richtiger Zeitpunkt? ○ Fachlich notwendig ist es, derzeit eine sehr strenge Definition (3 Monate Abstand), kann von GA in der Form nicht dokumentiert bzw. umgesetzt werden. ○ Viele Presseanfragen und Anfragen aus Bundesländern. Mit Umsetzung kann den Ländern entgegengekommen werden, kann in Routineberichterstattung aufgenommen werden ○ Bis dato sind Daten zur Reinfektion seit Mitte 2020 in Software vorhanden, konnten über Häkchensetzen angegeben werden. Daten hierzu wurden weich übermittelt, zwischendrin auch Publikation. ○ In Papier an BMG soll dargestellt werden, dass die Auswerteseite entscheidend ist, hierzu wird die Einleitung noch angepasst (Datum von Januar auf März ändern) und eine Erklärung geschrieben. TO-DO <i>Anpassung des Datums über Einleitung (von Januar auf März), Erklärungstext, Übersendung an Hr. Schaade, anschließend Weiterleitung an das BMG</i>	FG32 (Diercke) FG32 und FG36
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags) ! (nicht berichtet)	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur montags)	FG38



	! Ab 01.04 wird das Lagebild „abgeschmolzen“ im BMG, über Ostern keine Besetzung LZ	
16	Wichtige Termine !	Alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Montag, 04.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:57 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 04.04.2022 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

-Ausfall des Krisenstabes-



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 06.04.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

- Teilnehmende:
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 - Lothar Wieler
 - ! Abt. 1
 - Martin Mielke
 - ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - ! ZIG
 - Mikheil Popkhadze
 - ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Djin-Ye Oh
 - Ralf Dürrwald
 - ! FG21
 - Wolfgang Scheida
 - ! FG32
 - Michaela Diercke
 - Claudia Sievers
 - Justus Benzler
 - ! FG33
 - Thomas Harder
 - ! FG34
 - Viviane Bremer
 - ! FG35
 - Christina Frank
 - ! FG36
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
 - Kai Schulze
 - Walter Haas
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Amrei Wolter (Protokoll)
 - ! MF4
 - Martina Fischer
 - ! P1
 - Ines Lein
 - Christina Leuker
 - ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - Agata Mikolajewska
 - ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - ! ZIG1
 - Sofie Gillesberg Raier
 - ! BZgA
 - Andrea Rückle





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur montags</i>)</p> <p>Folien hier</p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenstand: WHO, 05.04.2022 ○ Fälle: 490.853.129 (-21% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 6.155.344 Todesfälle (CFR: 1,3%) <ol style="list-style-type: none"> 1. Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ol style="list-style-type: none"> 1. Neu hinzugekommen: USA und Thailand (da Österreich und Niederlande nicht mehr auf der Liste sind) 2. Global rückgängige Fallzahlen in allen Regionen (5-19%) 3. Ebenso Rückgang der Todesfallzahlen 2. WHO epidemiological update <ol style="list-style-type: none"> 1. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien, insbesondere in Europa (teilweise nur Testungen von Risikogruppen, Personen die Behandlungen im Krankenhaus benötigen, Personen die mit Risikogruppen arbeiten, Österreich hat Anzahl PCR pro Einwohner:innen reduziert) 3. 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang der Inzidenzen 2. Frankreich und Italien stabilisierte Zahlen 4. WHO Update: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARS-CoV-2 Genomsequenz des ersten Falles wird als „index virus“ bezeichnet ▪ Omicron dominierend (99,8%) ▪ BA.2 macht 93,6% der Omikron Sequenzen aus, dominierend in allen WHO Regionen ▪ XE: 10% Transmission Vorteil zu BA.2 ▪ Studien: Hospitalisierung Kinder <4 in USA (Hospitalisierungsraten 5x höher während Omicron dominant war im Vergleich zu Delta, Hospitalisierungslänge kürzer) ▪ Weitere Studie in Norwegen zu Hospitalisierung von Kindern <18 Jahren: Länge des Krankenhausaufenthaltes median 1 Tag für alle drei Varianten ▪ Risiko für Hospitalisierung: Alpha 4,1%, Delta 1,6%, Omikron 1,7%, allerdings auch mehr Kinder mit Omikron als mit Alpha infiziert, muss in Bewertung berücksichtigt werden 	<p>ZIG 1 (Raiser)</p>



	<p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none">○ SurvNet übermittelt: 22.064.059 (+214.985), davon 130.708 (+340) Todesfälle○ 7-Tage-Inzidenz: 1.322,2/100.000 Einw. (Rückgang um 300 Punkte)5. Hospitalisierungsinzidenz: 6,62/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 15,04/100.000 EW6. Fälle auf ITS: 2.160 (-74)7. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76.6%, Zweitimpfung 76,0%, Auffrischimpfungen 58,8%8. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer<ol style="list-style-type: none">1. In allen BL Rückgang2. Höchste: SA, TH, MV, BY3. Niedrigste: B, HH, BB9. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz<ol style="list-style-type: none">1. Derzeit hohes Niveau, 340 LK bei über 1.0002. Ab morgen neue Kartendarstellung (Farbe und zusammengefasste Kategorien)10. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche<ol style="list-style-type: none">1. Deutlicher Rückgang in allen AG2. Stärkste AG 5-14 Jährige3. AG 60-79 und Ü80: leichter Rückgang11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<ol style="list-style-type: none">1. Hohes Niveau, 1000-1400 pro Woche○ Keine Übersterblichkeit nach Destatis○ Zur Plausibilitätsüberprüfung wurden DEMIS Meldungen und an das RKI übermittelte Fälle verglichen, Fälle sind plausibel, Labore melden deutlich weniger <p>ITS-Belegung und Spock (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none">12. DIVI-Intensivregister<ol style="list-style-type: none">1. Behandlung von 2.125 COVID-19 Patient:innen auf Intensivstationen2. Seitwärtsbewegung in COVID-ITS-Belegung3. Anzahl Neuaufnahmen geht leicht runter (1.690 in den letzten 7 Tagen)4. Anzahl verstorbenen SARS-CoV-2 positive Patient:innen pro Tag bei Plateau13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<ol style="list-style-type: none"> 1. In allen BL Seitwärtsbewegung, belastetere BL: SA, MV, SL, BY 14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoher Anteil nicht-invasiver Behandlung, unbekannte Behandlung (37%) 2. Differenziertere Erfassung SARS-CoV-2 als Haupt- oder Nebendiagnose? 3. Anstieg der Einschätzung der Betriebssituation als eingeschränkt, Gründe liegen beim Personal 15. Altersgruppen <ol style="list-style-type: none"> 1. Plateaubewegung bzw. Rückgang in allen AG 2. Dominierende Altersgruppe auf ITS ist AGÜ60 16. SPoCK: Prognosen <ol style="list-style-type: none"> 1. Gleichbleibende Niveaubewegung für ganz Deutschland 2. Leicht steigende Tendenz Norden, Südwest <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) (nur mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Testanzahl und -kapazität <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang Durchführung PCR-Testungen um 16%, Anzahl Testungen in KW13/2022 bei 1,9 Mio. 2. Rückgang Positivenanteil auf 52% 3. Testanzahl sollen ab jetzt 14-tägig aktualisiert werden 4. In KW16 für KW14 und KW15, allerdings noch Pause durch Ostern, 4-Wochen Lücke soll vermieden werden 5. Testkapazitäten zu 2/3 ausgelastet 18. Laborauslastung <ol style="list-style-type: none"> 1. In meisten BL Entspannung 19. Wo wird getestet <ol style="list-style-type: none"> 1. SH testet mehr als vor einem Jahr, B, HE, HH testen auf selbem Niveau wie letztes Jahr 2. Meisten Testungen in Arztpraxen 3. Höchster Positivenanteil in Arztpraxen (60%), dann Teststellen, Dann Krankenhäuser 4. Rückgang der Positivenanteile und Anzahl Testungen pro 100.000 20. Testungen nach Altersgruppe <ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl Testungen in AG 5-14-Jährige am höchsten 21. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen: 169 aktive Ausbrüche 2. Ausbrüche Altenheim: Derzeit Plateaubildung von 585 	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG32 (Sievers)</p>
--	---	---



	<p>mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 142 Einsendung 6. Geringste Einsendung an SARS-Cov-2 seit Beginn 7. Leichte Aktivität HKU1 8. KW 12: 92% BA.2 Variante 9. Altersaufteilung: kommt im Sentinel in allen AG vor 10. Influenza Viren: weiterer Anstieg A(H3N2), wenig Veränderung zu Vorwochen, Nachweisrate von 7% 11. HMPV am stärksten vertreten, dann humane Rhinoviren, PIV geringe Aktivität <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzkarte mit neuen Farben und angepassten Kategorien einpflegen, bei kleineren Inzidenzen können die Kategorien flexibel aufgefächert werden. Überarbeitete Karte kann übernommen werden ○ Klinisch mehr unterscheiden, ob COVID die Haupt- oder Begleitdiagnose ist? Es kann nur eine Hauptdiagnose gestellt werden, Begleitdiagnosen können bis zu 300 gegeben werden und hängen auch mit Codierrichtlinien und Bezahlung zusammen. Differenzierung ist dennoch gut. Klare Zielstellung der Erfassung herausarbeiten, so bedeutet eine Behandlung mit COVID als Hauptdiagnose auch einen erhöhten Behandlungsaufwand. Klare Trennung: ITS Kapazität wird über das DIVI-Register erfasst, die Schwere der Krankheit der Patient:innen über Surveillance. Die klaren Linien sollen auch gegenüber dem BMG benannt werden. Für und Gegen-Argumente zusammenschreiben, da dies auch Thema im Expertenrat ist. ○ Tabelle mit IfSG-Daten kann durch einen erklärenden Satz im Wochenbericht ersetzt werden <p>Todo: Hintergrundinformationen für WPK zusammenstellen (Fischer und Unterstützung FG36)</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur mittwochs)</p> <p>Treffen am Montag mit WHO (<i>Vertrauliche Informationen, nicht zur Weitergabe nach außen bestimmt</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Benennung des Wuhan-01: „index virus“ ○ Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass Omikron-Sublinien eine etwas kürzere Inkubationszeit und ein kürzeres serielles Intervall als Delta haben und einen rascheren Viruslastanstieg ○ Omikron weist ein bis zwei Tage vor Symptombeginn bereits 	<p>FG17 (Oh)</p>



	<p>übertragungsrelevante Viruslasten auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Höhere Transmission und geringere Virulenz könnte sich dadurch erklären lassen, dass Omikron früher und effizienter in Nasenepithelgewebe repliziert als Bronchialepithel ○ Möglicherweise Wegfall von zwei Tiermodellen; Frettchen lassen sich mit Omikron nicht infizieren, in Hamstern wird Omikron schlechter repliziert als Delta ○ Zunehmender Nachweis von rekombinanten Viren aufgrund von hohen Infektionszahlen und Cozirkulation von verschiedenen Varianten ○ Untersuchung von rekombinanten Viren ist daher wichtig, da Virus neue Selektionsvorteile gewinnen kann ○ Derzeit zirkulierende Varianten: Omikron BA.1/BA.2 Spike, Omikron bzw. Delta Rückgrat ○ Erwartung: Durchsetzung von Rekombinanten mit BA.2 Spike ○ BA.1 x BA.2 Rekombinanten Zunahme ○ Derzeit stehen Analysen zur Krankheitsschwere von Infektionen mit Rekombinationen noch aus 	
3	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) <i>(nur montags)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
5	<p>Expertenbeirat <i>(mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p>Risikokommunikation</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p>	



	<p>Allgemein</p> <p>GMK-Beschlüsse und Lauterbach-Kehrtwende zu Quarantäne- und Isolationsregelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kehrtwende BMG: Vorschlag der freiwilligen Isolation nach positiver Testung wurde verworfen. Sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für den medizinischen Bereich soll eine behördliche Isolation (nicht Quarantäne!) angeordnet werden ! Bericht aus AGI über Beschwerde der Länder über die Inkonsistenz, Bitte nach Einarbeitung der Rückmeldungen der Länder in das Dokument und der Erstellung einer überarbeiteten schriftlichen Handreichung ! BMG hat im Verlauf des Krisenstabes eine erneute Überarbeitung des Dokumentes dem RKI zugesendet, in dem bereits der Passus des Tätigkeitsverbotes für medizinisches Personal gestrichen wurde, da diese durch die auferlegte Isolierung obsolet wird ! Bis zur Zusendung des überarbeiteten Dokuments seitens BMG wurden erste Änderung von RKI Seite eingearbeitet, Finalisierung war noch nicht möglich ! Wichtigsten Änderungen (auch im Dokument vermerkt): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschläge wurden von den Ländern grundsätzlich begrüßt ▪ Für die SAR-CoV-2 pos. Getesteten ambulant: „Freitestung“ mit AG-Test Tag 5, Tag 7, Aufheben nach Tag 10 auf fachlicher Grundlage von 3 Arbeiten ▪ Der Begriff „symptomatisch“ soll alle ARE und nicht nur COVID abdecken, gemeint sind neu aufgetretene, akute Atemwegssymptomatik, nicht chronische oder allergische Genese ▪ Bezüglich der arbeits- und versicherungstechnischen Fragen sowie den Umsetzungsfragen liegt die Zuständigkeit nicht beim RKI. Generell sind aber Asymptomatische bei Beibehaltung der Isolationspflicht abgedeckt und die Ungleichbehandlung zwischen dem ambulanten und medizinischen Bereich bei Beibehaltung der Isolation obsolet ▪ CT-Wert von Seiten des Gesundheitsministers weiterhin gewünscht ▪ Bei vollständig geimpftem, positiv getestetem Personal soll auch bei Personalmangel das Tätigkeitsverbot bestehen bleiben ▪ Ein Entfall allgemeiner Meldepflicht für SARS-CoV-2-Nachweise wird vom RKI abgelehnt, insbesondere für die Beurteilung der Entwicklung der Lage sind die Meldedaten relevant. BY, BW, SH und andere BL unterstützen das Festhalten an der Meldepflicht, Filter muss in Teststrategie ergänzt werden ▪ Es werden keine abgestimmten Infektionsschutzkonzepte zum Schutz vulnerabler Gruppen ergänzt, dies soll in Form von Extrapapieren 	<p>Alle</p>
--	--	-------------



	<p>durchgeführt werden, um von kleinteiligen Lösungen abzusehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezüglich der gewünschten wissenschaftlichen Evidenz für die Kürzung der Isolierungsdauer kann auf die aktuelle Version des COVID Strategy Calculators, sowie auf 3 (von Hrn. Mielke versendete) Paper zur Ausscheidungskinetik verwiesen werden ▪ Paper weisen auf, dass 5 Tage nach Symptombeginn 50% der SARS-CoV-2-positiven mittels Antigentest kein Virus nachweisbar ist, daher sinnvoll des Testbeginns ab Tag 5 ▪ Der Fokus der Gefahr für Kinder durch Wegfall der KoNa soll auf gesamte Bevölkerung erweitert werden und auf den sehr hohen Anteil der Bevölkerung mit Labornachweis hingewiesen werden ▪ RKI Sicht ist hier nicht die alleinige Einschränkung auf die Kinder, sondern Hinweis auf einen hohen Anteil ▪ Strategie der Kommunikation: Einbeziehung der Bevölkerung, ansonsten kann Verhalten der Bevölkerung wissenschaftliche Evidenz in Gegenteil verzerren <p>KRINKO-Rückmeldungen zu Q&I-Regelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorschlag aus der KRINKO bei Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einen Satz einzufügen, dass grundsätzlich in den Einrichtungen/den zuständigen Behörden die Möglichkeit zur individuellen Entscheidung (Personalnotstand) gegeben sein sollte ! Spezifizierung von Angaben: „deutliche Symptombesserung“ soll mit Zeit versehen werden, hier Nennung von mind. 48h Symptomfreiheit ! Bezüglich des „angeordneten Tätigkeitsverbots“ stand die Frage, wer dies anordnen kann, da Krankenhäuser eigene Regulierungen über Ausbruchsverhinderungskonzepte haben: da Tätigkeitsverbote in der neuen Überarbeitung vom BMG gestrichen wurde, ist diese Frage obsolet ! Fokus auf quantitative nicht qualitative PCR für Beschäftigte im med. Bereich ! Ergänzung „in Abstimmung mit dem KH-Hygieniker“ or (Antigen-Schnelltest- *, PCR-Test**) ! Gesundheitsminister hat in PK bekannt gegeben, dass die Länder im Laufe des heutigen Tages einen zwischen RKI und BMG abgestimmten neuen konsolidierten Vorschlag zugestellt 	
--	--	--



	<p>bekommen</p> <p>To-Do: Überarbeitung des Dokuments FG36 (Hr. Buchholz), zurückspiegeln an Leitung</p>	
8	<p>Dokumente (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG17 / ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38 Alle
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (<i>nur montags</i>)</p> <p>!</p>	
13	<p>Surveillance (<i>nur montags</i>)</p> <p>o (nicht berichtet)</p>	FG32 (Diercke)
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (<i>nur montags</i>)</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 11.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:15 Uhr





Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 11.04.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- | | | |
|----------------------|----------|----------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG36 | ○ Silke Buda |
| ○ Lothar H. Wieler | ! FG37 | ○ Julia Hermes |
| ○ Esther-Maria Antão | ! FG38 | ○ Ute Rexroth |
| ○ | | ○ Amrei Wolter (Protokoll) |
| ! Abt. 1 | | ○ Claudia Siffczyk |
| ○ Martin Mielke | ! ZBS7 | ○ Christian Herzog |
| ! FG14 | | ○ Agata Mikolajewska |
| ○ Mardjan Arvand | ! P1 | ○ Christina Leuker |
| ○ Melanie Brunke | ! Presse | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG17 | | |
| ○ Thorsten Wolff | ! ZIG | ○ Johanna Hanefeld |
| ! FG32 | | |
| ○ Michaela Diercke | | |
| ! FG33 | | |
| ○ Ole Wichmann | | |
| ! FG34 | | |
| ○ Viviane Bremer | | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 22.677.986 (+30.789), davon 131.728 (+13) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.080,0/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.713.640 (76,6%), mit vollständiger Impfung 49.054.067 (59,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang der 7-Tages-Inzidenz in allen Bundesländern Aktivität im Südosten, MV, NS Rückgang in allen Altersgruppen Diskussion An den Ostertagen soll ein Disclaimer geschaltet werden, da das LZ nicht besetzt ist. Disclaimer kommt auf Dashboard und Fallzahlen-Seite</p> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (nicht berichtet) Modellierungen (nur montags)</p> <p>ToDo Disclaimer stellen, dass über Ostertage die Fallzahlen nicht ausgewiesen werden, auch Zirkulation an Presse, damit der Disclaimer auch auf Fallzahlenseite geschaltet werden kann (Diercke und Presse)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p>Update Impfen (nur montags)</p> <p>! Fokus der STIKO auf Impfung der 5-11-Jährigen, verminderte</p>	<p>FG33 Wichmann</p>

	<p>Impfstoffwirksamkeit von BioNTech unter Omicron</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verzerrte Hospitalisierungsdaten von Geimpften, wenn Covid die Nebendiagnose war ! BMG hat Wunsch, auf Impfdashboard Grafik im Wochenbericht darzustellen ! Frage nach Dauer der Fortführung des Impfdashboards, derzeit kein Einstellen geplant, wird aber mit auf die Agenda für den Jour Fixe mit dem BMG genommen ! Bitte um Ergänzung FG33/Wichmann <p><i>ToDo: Besprechung der Zukunft des Impfdashboards im Jour Fixe</i></p>	
3	<p>Internationales (nur mittwochs)</p> <p>RKI hat Anfrage erhalten aus mehreren zentralasiatischen Ländern, einen Austausch zu COVID zu organisieren Verstärkter Wunsch des BMG um Austausch und Bündelung von Wissen Planung eines 90-minütigen Webinars für Kirgistan und Turkmenistan Teilnahme von Lars Schaade, Wunsch um 2 weitere Kolleg:innen (FG32, FG38) für 10-minütigen Vortrag Organisation wird von Herrn Kloth übernommen Termin voraussichtlich in 2 Wochen (Ende April/Anfang Mai)</p> <p><i>ToDo: Teilnahme zwei Kolleg:innen aus FG32/FG38 an Webinar mit 10-minütigem Vortrag</i></p>	ZIG (Hanefeld)
4	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (nicht berichtet) 	FG21
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Anpassung der Risikobewertung zu COVID-19 Dokument mit Anmerkungen/Kommentaren zirkulierte, derzeit nur Anmerkungen von Frau Glasmacher Erneute Zirkulation, mehrere Bereiche sollen angepasst werden (Risikobewertung deeskalieren, ggf. Empfehlungen vollständig streichen oder reduzieren, Deeskalation Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems) Wie ist die derzeitige Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems/der Kliniken? Deutschlandweit etwas entspannter, lokal aber teilweise noch überlastet/angespannt Dokument zirkuliert erneut, Bitte um Anmerkungen, Abstimmung über schriftlichen Weg, Finalisierung nächste Woche</p> <p>ToDo <i>Dokument Risikobewertung überarbeiten, schriftliche Abstimmung, da nächster Krisenstab erst am 20.4. stattfindet.</i></p>	Abt. 3 (Rexroth, Alle)



6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Diese Woche fand keine Sitzung statt, nächste Sitzung am nächsten Dienstag, dort auch Besprechung der Stellungnahme zu Pflege- und Altenheim</p>	Wieler
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht da, Bericht von Wichmann) Sitzung Kampagne Finanzausschuss. Wunsch aus Bundestag der kritischen Evaluation der Höhe der Ausgabe in Impfkampagnen, da trotz der Höhe der Investition in Impfkampagnen die Impfquote nicht entsprechend war. Noch viel Verunsicherung/Wissensfragen in Bevölkerung bzgl. bspw. Nebenwirkungen. Stärkerer Fokus auf Kampagnen, die zielgruppenorientiert, evidenzbasiert sind und mit stärkerer Evaluation verfolgt werden</p> <p>Presse</p> <p>Auf Twitter die 600.000 Follower überschritten, RKI ist der zweitgrößte Behördenkanal in Deutschland Botschaft am Donnerstag bezieht sich auf die Treffen, die über die Feiertage/Ostertage/Ramadan stattfinden; Verweis auf den Flyer von P1 bezüglich Tips/Schutz im Frühling</p> <p>P1</p> <p>Aufbereitung der Tips fürs Frühjahr, diese Woche dazu Post auf Instagram</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>GMK-Beschlüsse und Lauterbach-Kehrtwende zu Quarantäne- und Isolationsregelungen Kehrtwende BMG: Vorschlag der freiwilligen Isolation nach positiver Testung wurde verworfen. Sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für den medizinischen Bereich soll eine behördliche Isolation angeordnet werden Freitag fand eine Sonder-AGI und Jour Fixe statt RKI soll zunächst reaktiv und nicht proaktiv agieren. Abwarten bis weitere Entschlüsse auf höherer Ebene abgestimmt werden, Erwartung auf heute nachmittag Wunsch des BMG der wissenschaftlichen Nachlieferung/Argumentation bei Festlegung auf bestimmte Anzahl Isolation (Erwartung 5 Tage), covid strategy calculator kann hierzu herangezogen werden</p> <p>Diskussion</p> <p>Es soll kein Präzedenzfall werden, dass politische Vorgaben nachträglich wissenschaftlich begründet werden, eher Anreicherung von Begleitmaterial zu den Vorgaben, vorsichtige</p>	Alle

	<p>Formulierung Primär wohl Argumentationslieferung seitens des RKIs, welches Restrisiko bei einer Reduzierung der Isolationstage bleibt und Auswirkungen der Entscheidungen aus Sicht des RKIs</p> <p>Heute Eingang Erlass vom BMG zu Fragen zu Meldepflicht, Symptome, derzeitiger Bearbeitungsstand an FAQs, mögliche Termine der Veröffentlichung der Überarbeitung des Isolationsdokumentes, wurde zunächst zurückgestellt und mit Verweis auf GMK-Treffen heute pausiert</p> <p>Überarbeitung des Eckpunktepapiers, dass es an Länder zirkulieren kann und langfristig auch darüber hinaus, Einpflegung weiterer wissenschaftlicher Grundlagen (bereits 3 Studien von Hrn. Mielke eingepflegt)</p> <p>Bis Ende April Vorlage als Gesamtpaket mit Risikobewertung, Einpflegen der Tabelle zur Isolierungsdauer, Dokument inhaltliche Erklärung Strategiewechsel, Sonderdokumente für Alten- und Pflegeheime</p> <p>Reduzierung der niedrigschwelligen Testungen Symptomloser außer in Krankenhäusern, Altern- und Pflegeheimen</p> <p>Testungen in Schulungen damals auf expliziten Wunsch der Bundeskanzlerin aufgenommen, nicht RKI Schwerpunkt, welcher Stellenwert hat ein Test in den Schulen, wenn sich die Situation wieder verschärft?</p> <p>Effektstärken unterschiedlicher Teststrategien werden erforscht</p> <p>Verweis auf grundsätzliche strukturelle Verbesserungen der Verhältnisse in Schulen als Learning für den Herbst. Kann als Stellungnahme im Expertenrat, der sich an die Bundesregierung wendet, aufgenommen werden, ist der bessere Weg als über RKI</p> <p>RKI-intern</p> <p>Auflistung/Gegenüberstellung der wesentlichen Unterschiede zwischen Influnza und COVID-19, auch bzgl. der Relevanz der Meldung, ggf. Erstellung einer FAQ</p> <p>Unterscheiden, dass es sich bei COVID um einen neuartigen Erreger in pandemischer Phase handelt, der einer Erkrankung gegenübergestellt wird, dessen Erreger seit Jahren zirkuliert. Eher Absehen von FAQ, eher Veröffentlichung einer Gegenüberstellung</p> <p>Berücksichtigen, dass das RKI lange von einem Vergleich abgesehen hat, kommunikatives Begleiten des Umschwenkens</p> <p><i>ToDo: Erstellung einer Gegenüberstellung von Influenza und COVID bezüglich Meldewesen, Unterschiede, Gemeinsamkeiten (FG36, Fr. Buda) zu Herbst/Winter (ID 5298)</i></p>	Präs, FG36
9	<p>Dokumente</p> <p>Isolierung Krankenhaus ist fertig</p> <p>Alten- und Pflege wartet auf finale Informationen aus GMK</p>	Alle



<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Thema Virusevolution bei ECDC und WHO: Viruslinie in Südafrika im Januar entdeckt, Abkömmling von BA.2, trägt zusätzliche Mutation ! Virale Spikeprotein Mutation: weitere Immunfluchteigenschaft (als Annahme), BA.4 und BA.5 genannt, sind untereinander ähnlich zueinander und nehmen erheblichen Anteil an Viruslast an ! Mutationen auch im März in GB und DK entdeckt ! Nach Analyse im Dashdatensatz: in Deutschland 13 dieser Genome, derzeit wird eine Informationserstellung vorbereitet, Mutationen weiter unter Beobachtung ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: <ul style="list-style-type: none"> ! # SARS-CoV-2 ! ## Rhinovirus ! ## Parainfluenzavirus ! ## saisonale (endemische) Coronaviren ! ## Metapneumovirus ! ## Influenzavirus ! Rest negativ <p>ZBS1</p>	<p>FG17 (Wolff)</p>
<p>11</p>	<p>Überarbeitung: Erstellung Infografik COVID-19: Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieempfehlungen nach Erkrankungsphase, Grafik wird nach wissenschaftlichen neuen Erkenntnissen stets angepasst. Grafik stellt eine Orientierungshilfe für Ärzt:innen dar, in denen nach unterschiedlichen Erkrankungsschweren (asymptomatisch/mild/schwer/kritisch), ambulant/hospitalisiert unterschieden werden kann und je nach Schweregrad unterschiedliche Therapieoptionen dargestellt werden</p> <p>Therapieempfehlung in früher Phase ist die Gabe von monoklonalen neutralisierenden Antikörpern oder Virusstatika, die bis auf Molnupiravir alle zugelassen sind</p> <p>Die Gabe von monoklonalen Antikörpern gegen Omikron wird aktuell diskutiert, derzeit Informationen nur aus in vitro Daten, dort mehrfache Bestätigung, dass eine reduzierte Wirksamkeit bei BA.2 beobachtet wird, wird aktuell in Therapie aber noch eingesetzt</p> <p>Erstellung Dokument für Vorschlag für den Entscheidungsprozess bei der Auswahl der antiviralen Therapie (Entscheidungsbaum-Aufbau), 2 Wahlen von antiviraler Therapie je nach Auswahl VOC, Setting, Komorbiditäten, Komedikation</p> <p>Bzgl. Komedikation wurde ein Dokument mit Hinweisen zu Arzneimittelwechselwirkung mit der gleichzeitigen Gabe von Paxlovid erstellt: Arzneimittel, die auf jeden Fall</p>	<p>ZBS7.1 (Mikolajewska)</p>

	<p>vermieden werden müssen sowie Arzneimittel, die vorsichtiger dosiert werden müssen</p> <p>Prä-Expositionsprophylaxe: Möglichkeiten der Prophylaxe bei Patient:innen, die das Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf haben</p> <p>Gegebene Antikörper haben die Fähigkeit der Langzeitwirkung von bis zu 6 Monaten, werden intramuskulär gegeben</p> <p>Cilgavimab hat bei BA.2 die Wirksamkeit beibehalten, keine Dosisanpassung notwendig</p> <p>Erstellung Dokument der Wirksamkeit der monoklonalen Antikörper bei VOC</p> <p>Letzte Woche gemeinsame Stellungnahme zur COVID-19-Präexpositionsprophylaxe : AWMF, STAKOB, COVRIIN: Daten werden bewertet, Patientgruppen genauer definiert, Vorgehen klarer für Kliniker dargestellt, ist auf www.rki.de/covid-19-therapie zu finden</p> <p>Web-Seminare zu COVID-19 für Ärztinnen und Ärzte vorbereitet , Themen der Therapiestrategie, neue VOC, therapeutische Updates und gesundheitliche Langzeitfolgen</p> <p>Derzeit wird an einem webbasierten Tool für therapeutische Entscheidungen gearbeitet: Entscheidungsbäume je nach Risikofaktor/Impfung/Symptombeginne und Empfehlung, bestmögliche Therapie (Antivirale Therapie bspw.), geht für alle Krankheitsphasen, ist noch nicht online aber wird geplant</p> <p>Diskussion</p> <p>Schnittstelle mit STIKO, da antivirale Substanzen in STIKO Empfehlung vorgestellt wurden</p> <p>Übertragbarkeit der Empfehlung der viralen Prä-Expositionsprophylaxe von COVID-19 auf Influenza?</p> <p>Post-Expositionsprophylaxe ist bei COVID-19 derzeit keine Maßnahme, hier überwiegend Monitoring</p> <p>Informationen aktualisieren sich sehr zügig, Revision der Leitlinien kommen derzeit alle drei Monate, wird dem Praxisbedarf derzeit nicht gerecht</p> <p>Zulassung der Medikamente bedeutet auch eine Auseinandersetzung der STIKO mit dem Thema, daher enger Austausch mit FG33</p>	
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14 (Brunke)
13	<p>Surveillance</p> <p>Frage nach Änderung der Meldepflicht bei Strategiewechsel. Meldepflicht ist weiterhin sinnvoll und notwendig, um einen allgemeinen Überblick über die Krankheit und Verbreitung zu erlangen. Eine Entlastung der GA kann über Reduktion der Teststrategie erreicht werden</p>	FG 32 (Diercke)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38 (an der Heiden)
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> Freitag und Montag kein Situationsbericht, an diesen Tagen LZ zu, auch für internationale Kommunikation BMG wird per Mail noch informiert, Fr. Rexroth hat eine Mail für Hrn. Wieler vorbereitet, heute noch Versendung und Morgen erneutes Ansprechen Keine Krisenstabssitzung vorerst, erste Krisenstabssitzung wieder am 20.4, Bitte um schriftliche Abstimmung/Absprachen	FG38 (Rexroth)
16	Wichtige Termine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex,	

Ende: 14:45 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 20.04.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG32 |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Michaela Diercke |
| ○ Lars Schaade | ! FG34 |
| | ○ Viviane Bremer |
| ! Abt. 1 | ! FG35 |
| ○ Martin Mielke | ○ Christina Frank |
| ! Abt. 2 | ! FG36 |
| ○ Michael Bosnjak | ○ Walter Haas |
| ! Abt. 3 | ○ Udo Buchholz |
| ○ Osamah Hamouda | ! FG37 |
| ○ Tanja Jung-Senzik | ○ Tim Eckmanns |
| ! FG14 | ○ Sebastian Haller |
| ○ Mardjan Arvand | ! MF2 |
| ! FG17 | ○ Torsten Semmler |
| ○ Ralf Dürrwald | ! MF4 |
| ○ Djin-Ye Oh | ○ Martina Fischer |
| ! FG21 | ! P1 |
| ○ Wolfgang Scheida | ○ Ines Lein |
| ! FG 24 | ! Presse |
| ○ Thomas Ziese | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG31 | |
| ○ Maria an der Heiden | ! ZIG1 |
| ○ Claudia Siffczyk | ○ Anna Rohde |
| ○ Christian Wittke | ! BZgA |
| (Protokoll) | ○ Linda Seefeld |



<p>4. Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang in allen AG 2. Dominierende Altersgruppe auf ITS ist AGÜ60 (fast 80%) <p>5. SPoCK: Prognosen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang in ganz Deutschland <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <p>6. GrippeWeb</p> <p>7. ARE-Rate in KW15 leicht gestiegen auf 5,6% (Vorwoche: 5,3%), liegt im vorpandemischen Bereich, (4,7 Mio. ARE)</p> <p>8. Kinder (0 bis 14J.) gesunken (11,8 %; Vorwoche: 10,0 %), Erw. leicht gestiegen (4,9 %; Vorwoche: 4,3 %); kein klarer Trend, da unterschiedliche Entwicklung in den 5 AGs.</p> <p>9. 15. KW 2022: zur Vorwoche weiter gesunken, höher als letztes Jahr, liegen noch mini-mal über den vorpandemischen Saisons</p> <p>10. Rund 1.200 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (=knapp 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland)</p> <p>11. Insgesamt sinkender Trend seit KW 12</p> <p>12. KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr</p> <p>13. Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 15. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen AGs gesunken.</p> <p>14. Tendenz in den BL im Vergleich zur Vorwoche: gehen die Gesamtraten zurück; allgemein sinkender Trend in allen AGs und in den meisten AGI-Regionen</p> <p>15. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. seit KW 12/2022 ist insgesamt wieder ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE zu beobachten 2. in allen Altersgruppen sind die Werte in KW 15/2022 gesunken, besonders deutlich bei Kindern bis 14 Jahren <p>16. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SARI-Fallzahlen sind seit KW 14/2022 insgesamt gesunken, zuvor seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil; niedriges Niveau (fast auf Sommerniveau) 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
---	----------------------------

	<p>2. Rückgang der SARI-ICU-Fallzahlen in der KW15/2022, zuvor seit KW 3/2022 stabil; niedriges Niveau (fast auf Sommerniveau)</p> <p>3. SARI-Fallzahlen sind in KW15/2022 in allen Altersgruppen teils deutlich gesunken auf niedrigem Niveau</p> <p>4. Anzahl SARI mit Intensivbehandlung nach Altersgruppe (Verlauf im Vergleich zu den Vorsaisons)</p> <p>17. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>1. Sinkt seit KW 13, in KW 15/2022: 3,2 COVID-SARI pro 100.000 EW</p> <p>2. Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 42%)</p> <p>3. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 47% (Vorwoche: 48%)</p> <p>4. Vergleich COVID-SARI, COVID-SARI mit Intensivbehandlung und verstorbene COVID-SARI: relativ stabiles Niveau seit Jahreswechsel</p> <p>5. COVID-SARI-Fälle und verstorbene COVID-SARI sind insb. in AG 60+ Jahre seit KW12/2022 rückläufig</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>6. KW 15: 67 Einsendungen (KW 14:128 Einsendungen), deutlicher Rückgang aufgrund Osterfeiertage</p> <p>7. SARS-Cov-2 nach wie vor auf hohem Niveau (18-24%), rückläufiger Trend erkennbar</p> <p>8. HKU1, OC43, 229E, NL63 allesamt auf niedrigem Niveau</p> <p>9. KW 13: 100% BA.2 Variante</p> <p>10. Altersaufteilung: kommt im Sentinel in allen AG vor</p> <p>11. Leicht ansteigender Trend bei Influenzaviren</p> <p>12. Sonstige Atemwegsviren: HMPV am stärksten vertreten (24% Positivenquote in KW 14), dann HRV. PIV und RSV weiterhin gering.</p> <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <p>18. Testanzahl und -kapazität</p> <p>1. Rückgang der PCR-Testungen um 25%</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>MF2 (Semmler)</p>
--	---	---



	<ol style="list-style-type: none"> 2. Positivenanteil auf 54,7% angestiegen. 3. Deutlicher Rückgang in Anzahl Testungen (in KW15/2022 bei 1.138.710) 4. Rückgang in allen AG 5. Leichter Anstieg Positivenanteil in AG 5-14 (Grund ggf. starker Rückgang Anzahl Testungen in dieser AG), andere AG Plateau. 6. Deutlicher Rückgang in Trend zu Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen <p>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht (Folien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Inzwischen über 800.000 SARS-Cov-2 Genomsequenzen 8. 99% der SARS-Cov-2 Sequenzen sind als Omikron identifiziert (1% nicht klassifizierbar); davon 70% BA.2 <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Werden Zahlen zu den SARS-Cov-2 Rekombinanten vom RKI veröffentlicht? <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Zahlen die wir haben, sollten transparent im Wochenbericht stehen und ausgewiesen werden. Eine Diskussion dazu läuft bereits unter den Fachbereichen. Zudem ist es hier auch eine Frage der Datenqualität und Auswertbarkeit. ○ Ein Vorschlag wäre, das Thema im Wochenbericht zur erwähnen, keinen Auffälligkeiten zu berichten und nicht weiter ins Detail zu gehen. Konkrete Zahlen können genannt werden To Do: Herr Semmler schickt die Zahlen diesbezüglich für den Wochenbericht an das Lagezentrum. ▪ Gibt es eine Sublinie von Omikron BA.2? <ul style="list-style-type: none"> ○ BA.2.1.2 wird in den Daten nicht klassifiziert und bei den Rekombinanten noch nicht erfasst. BA.2.12 und BA.2.12.1 liegen in den Daten vor. ▪ Wie ist die aktuelle Teststrategie in anderen Ländern? <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele europäische Länder (Spanien, England, Dänemark) testen nur noch Risikogruppen (Personen die im Krankenhaus in Behandlung gehen), Österreich testet weiterhin auf hohem Niveau bei sinkender Tendenz. ▪ Ist es möglich, dass Deutschland noch eine Influenzawelle bekommt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Es ist nicht auszuschließen. In den letzten Wochen 	
--	---	--

	gab es einen leichten Anstieg, zuletzt einen leichten Rückgang. Abhängig von verschiedenen Faktoren. Bessere Einschätzung nach den Osterferien möglich.	
2	Update Impfen (nur montags) (nicht berichtet) STIKO xxx	FG 33
3	Internationales (nur mittwochs) (nicht berichtet)	ZIG
4	Update digitale Projekte (nur montags)	FG21
5	Aktuelle Risikobewertung Diskussion der überarbeiteten Version zur Risikobewertung In Hinblick auf das BMG sollte die Herabstufung aus strategischen Gründen zunächst auf hoch und nicht moderat erfolgen. Absatz mit individueller Gefährdungsbeurteilung für bestimmte Bevölkerungsgruppen wird gestrichen. Gefährdung der Gesamtbevölkerung im Vordergrund. Dafür hervorheben, dass Grundimmunisierung + Auffrischimpfung das Risiko einer schweren Erkrankung deutlich verringert Abschnitt Krankheitsschwere: BA.1 wurde als vorherrschende Omikronvariante durch BA.2 ersetzt Bitte an FG33 zur Durchsicht. Übersendung an BMG morgen am 21.04.	Abt. 3



6	<p>Expertenbeirat</p> <p>Kritik an Verzögerung der Meldezahlen Erster Entwurf zum Thema Vorbereitung auf den Herbst. Vorschlag zur Einstellung der Bürgertests im Herbst sorgt für Unmut des Ministers. Ausführungen der Arbeitsgruppe Diagnostik am BMG reichen dem Minister nicht aus um eine hinreichende Einschätzung der Testungen vorzunehmen Stellungnahme zu Alten- und Pflegeheimen: Großer Konsens und Finalisierung in der kommenden Woche Stellungnahme zu Long-Covid: Finalisierung ebenfalls in der kommenden Woche Gemeinsamer Präsenztermin am 11.05. um Zukunft des Expertenbeirates zu besprechen</p>	Wieler
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>keine Themen</p> <p>Presse</p> <p>Vorbereitung der Kommunikation zur Umstellung der Impfquotentabelle Gibt es eine Botschaft für den Wochenbericht morgen? 19. In den vergangenen 2 Wochen waren es Appelle an die Eigenverantwortung 20. Expliziter Hinweis auf die Rekombinante nicht sinnvoll 21. Hinweis auf Vermeidung von Spätfolgen ebenfalls nicht sinnvoll, da Long-Covid nicht explizit Thema 22. Neutraler Tweet mit Hinweis auf Erscheinung des Wochenberichts</p> <p>P1</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
8	<p>27. Gemeinschaftliche Beantwortung notwendig. Szenarien sind nicht allein abhängig von Virusvariante sondern auch von anderen Faktoren wie Verhalten der Bevölkerung etc. Abwasser-Surveillance außen vorlassen, da funktionsfähiges System in so kurzer Zeit unrealistisch 28. Klare Botschaft zur Aufrechterhaltung der Syndromischen Surveillance 29. Punkt 1: FG33 bzgl. Modellierungen, Punkt2: FG36 in Hinblick auf etablierte Surveillance-Systeme, Punkt3: Schnittmenge mit Punkt2, Punkt 4: Schätzung benötigter PCR-Tests bei Mielcke 30. Genomische Surveillance um Hr. Semmler sollte mit eingebracht werden 31. Federführung und Zusammenführung: Abteilung 1</p>	Mielcke

	(Mielke) FF RKI-intern (nicht berichtet)	
9	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
10	Labordiagnostik FG17 ZBS1	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Montag, 25.04.2022, 13:00 Uhr , via Webex	



Ende: 13:00 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 25.04.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG33 |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Ole Wichmann |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Viktoria Schönfeld |
| ! Abt. 2 | ! FG36 |
| ○ Michael Bosnjak | ○ Walter Haas |
| ! Abt. 3 | ○ Silke Buda |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Stefan Kröger |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! FG37 |
| ! FG14 | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Mardjan Arvand | ! P1 |
| ! FG17 | ○ Christina Leuker |
| ○ Thorsten Wolff | ! Presse |
| ! FG31 | ○ Susanne Glasmacher |
| ○ Ute Rexroth | ○ Marieke Degen |
| ○ Maria an der Heiden | ! ZIG |
| ○ Ariane Halm (Protokoll) | ○ Johanna Hanefeld |
| ○ Claudia Siffczyk | ! BZgA |
| ! FG32 | ○ Oliver Ommen |
| ○ Michaela Diercke | |

TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 24.200.596 (+20.084), davon 657.621 (+6) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 790,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.742.994 (76,7%), mit vollständiger Impfung 63.291.453 (76.1%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Manche BL übermitteln am Wochenende nicht mehr, deswegen ist der Vergleich mit dem Vortag mit Vorsicht zu sehen Im längeren Trend ist Inzidenz rückläufig aber (noch) nicht so stark An Ostern wurde weniger getestet In mehreren BL, z.B. NI und SH sind 7-T-I hoch (>1000), in den östlichen BL niedrigere Inzidenzen In der Mehrzahl der Kreise (250) liegen 7-T-I >500-1000, Virus zirkuliert trotz des Rückgangs noch stets stark 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen Stärkster Rückgang bei 5-14-jährigen Ggf. ändert sich dies nach den Ferien und durch die weitere Testung in Schulen in manchen BL Höchste Inzidenzen bei 15-34- und 35-59-jährigen Destatis-Daten waren jetzt noch nicht verfügbar, werden am Mittwoch berichtet Modellierungen (<i>nur montags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>
2	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <p>Effekte der COVID-19-Impfung nach Falldefinition „Hospitalisierung“ Folien hier Fragestellung: Wie ändern sich mit unterschiedlichen Falldefinitionen die Effekte der Impfung (Impfeffektivität/VE)? Wöchentlich Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz nach Impfstatus, drei verschiedene Falldefinitionen werden benutzt: Hospitalisierung Hospitalisierung & Symptomatik (Basis für VE-Berechnung) Hospitalisierung & Hospitalisierungsgrund= COVID-19 (=COVID-19-Hospitalisierung) Ergebnisse</p>	<p>FG33/alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki

	<p>Je spezifischer Falldefinition, desto flacher Inzidenzkurven Hospitalisierungsinzidenz generell / aufgrund von COVID-19 vor allem bei Geimpften und Geboosterten niedriger Stärkerer Effekt (deutlich geringere Inzidenzen) bei strengeren Falldefinitionen Bei allen Definitionen bei Grundimmunisierten liegt VE um die 50%, 65% bei Geboosterten, wenn nur noch COVID-19- Hospitalisierung ist Effekt stärker Datenvollständigkeit: Niedrigere Fallzahlen ab 2. Hälfte 2021 bei COVID-19-Hospitalisierung Fazit Effekt nach Impfstatus und Definition unterschiedlich Impfeffektivität aktuell wahrscheinlich zu niedrig geschätzt (Falldefinition) Woche für Woche sind stabile Werte trotz Ausschluss von fehlenden Angaben verfügbar Spezifischere Falldefinition (COVID-19-Hospitalisierung) wäre für die Berichterstattung wünschenswert Diskussion Wie berichten andere? Daten sind generell nicht vergleichbar, Präsentation sich auf deutsche Meldedaten ECDC veröffentlicht Ergebnisse von Test-negativen Fallkontrollstudien, darin liegt der Schutz vor Hospitalisierung bei >80-jährigen bei ca. 50% UK nutzt auch das Test-negative Studiendesign Warum ist der Effekt bei jüngeren ausgeprägter? Dies bestätigt was auch in syndromischen Daten gesehen wird, jüngere Altersgruppen werden oft mit und nicht aufgrund von COVID-19 hospitalisiert Seit Omikron werden mehr Hospitalisierungen von jüngeren mit COVID-19 erfasst, jede/r Hospitalisierte/r wird bei Aufnahme getestet, der Trend hat sich durch Omikron verschoben Soll im Wochenbericht umgestellt werden, bzw. wie sollen diese Daten veröffentlicht werden? RKI berichtet aktuell zu pessimistische VE, beide Varianten (Falldefinitionen) sollten berichtet werden Bei Veröffentlichung ist eine gute Begründung notwendig, da dies zu diversen Nachfragen und Kritik bzw. Hinterfragung anderer Indikatoren (Hospitalisierungsinzidenz) führen kann Datenerfassung ist gleichgeblieben, diese Daten liegen schon länger vor, seit Omikron vermehrte Nachfragen wegen der hohen Anzahl von Fällen und nicht-symptomatischen Infektionen Ende Juni läuft Test-VO aus, ggf. könnte Veröffentlichung hiermit einhergehen, Screening in KKH sollte erhalten bleiben, ansonsten fällt das Testen von Symptomlosen weitgehend weg Impf-VE-Berechnung basiert auf Hospitalisierungen, dies sollte zunächst erhalten bleiben Weiterhin sehr viele Fragen zur Impfung, immer wieder sind Erklärungen notwendig, eine regelmäßige Berichterstattung ist wünschenswert</p>	
--	---	--

	<p>UK hat einen wöchentlichen Vaccine Monitoring Bericht, dies erscheint FG33 zu häufig da Änderungen seltener sind Veröffentlichung in einer Publikation der drei Varianten nebeneinander? Nächste Schritte FG33 hat einen monatlichen Berichtsentwurf entwickelt und teilt diesen mit Abt. 3/Krisenstab Ob eine zusätzlich Publikation notwendig ist, wird noch besprochen</p> <p>SORMAS Impfdaten Es gibt ein Problem mit SORMAS-Daten zur Impfung Ursache wurde von SORMAS-Team noch nicht gefunden Ein Fehler kann zur Verzerrung der Daten führen, dieser wird aktuell untersucht welches der Fehler ist und wie er behoben werden kann,</p> <p>Stand zur generellen COVID-19 Impfeempfehlung für gesunde Kinder zwischen 5 und 12 Jahren (auch mit Blick auf die Vorbereitung auf Herbst/Winter) STIKO untersucht das Thema noch stets, demnächst geht die Frage ins Stellungsnahmeverfahren Für >12-jährige besteht bereits Impfeempfehlung, für Kinder <5 laufen aktuell Zulassungsstudien Falls Impfung gesunder Kinder empfohlen wird, ggf. nur mit einer Impfdosis um eine langfristig breite Immunität durch die Kombination aus natürlicher Infektion und Impfung zu erhalten Noch stets wird diskutiert ob 5-11-jährige jetzt oder mehr in Richtung Herbst geimpft werden sollten Kindern <12 mit Vorerkrankungen werden 2 Impfungen (oder 3?) empfohlen Für Einfluss auf die Omikronwelle ist es bereits zu spät, es gibt sehr wenig Hospitalisierungen Ein Aufbau von Herdenimmunität bis zum Herbst erscheint schwierig, viel ist aktuell Spekulation basierend auf Annahmen</p>	<p>AL3</p> <p>FG33</p>
3	Internationales <i>(nur mittwochs)</i> (nicht berichtet)	ZIG
4	Update digitale Projekte <i>(nur montags)</i> (nicht berichtet)	FG21
5	Aktuelle Risikobewertung Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung, Warten auf Rückmeldung des BMG Grundsätzlich ist Minister einverstanden, meldet sich aber noch einmal	Abt. 3



6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Morgen Sitzung: Stellungnahmen zu Long-COVID-19 und Pflegeheimen sollen dann finalisiert werden Panelstruktur soll auch besprochen werden, Präs berichtet</p>	Präs/alle
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse (nicht berichtet)</p> <p>P1 Die RKI Social Media Taskforce hat ihre Arbeit aufgenommen P1 bedient nun großen RKI Twitter-Kanal (mit 600.000 Followern), der kleinere „RKI für euch“-Kanal wird eingestellt</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein Wie geht es weiter mit der Absonderung nach dem 1. Mai 2022? Von BMG-Seite zunächst abwartende Haltung, heute ist GMK, deren Entschluss bleibt abzuwarten Zahlreiche Papiere und Anpassungen hängen hiervon ab</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 Virologisches Sentinel war auch von den Osterfeiertagen betroffen, es gab weniger Proben Mit 24% war SARS-CoV-2 dominierendes Virus Influenza In NL hohe Influenza-Belastung in den letzten Wochen Maßnahmen in DE gelten länger als in anderen Ländern, darum ggf. niedrigere Influenzaraten (mit aktuell 9% unter dem 10% Schwellenwert) Schwindende Influenza-Immunität aufgrund des fehlenden Kontaktes macht sich wohl in Zukunft bemerkbar Influenza ist in der Diagnostik evtl. unterrepräsentiert, da Selbsttestung hier nicht möglich ist Influenzadiagnostik wird auf verschiedene Wegen durch die COVID-19-Testung beeinflusst</p>	FG17/FG36

	<p>Sentinel-Surveillancedaten in DE sind zuverlässig Virologische Surveillance ist ein gut funktionierendes System In den Meldedaten gibt es aktuell mehr Influenza als unter normalen Umständen bei niedriger Aktivität zu erwarten wäre, häufig findet mit-Testung auf Influenza statt Der Influenza-Verlauf bildet die Omikronwelle nach, dies muss gut beobachtet werden</p> <p>ZBS1 (nicht berichtet)</p>	ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>Immer mehr BMG-Anfragen zur COVID-19-Hospitalisierung, viel Aktivität im BMG zur Vorbereitung auf den Herbst Noch gab es keine offizielle Anfrage hierzu aber möglicherweise folgt bald etwas Dies wurde auch beim BMG-Jour Fixe letzte Woche erwähnt AL3 hat BMG mitgeteilt, dass keine zusätzlichen Datenerfassungssysteme notwendig bzw. sinnvoll sind Dies sind oft politisch motivierte Anfragen bzw. kommt ggf. aus dem Expertenbeirat, fachliche Argumente haben keine Priorität</p>	FG 32/alle
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> (nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> (nicht berichtet)</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 14:00 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 27.04.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung | o Susanne Glasmacher |
| o Lothar H. Wieler | o Ronja Wenchel |
| o Esther-Maria Antão | o Marieke Degen |
| ! Abt. 1 | ! ZIG |
| o Martin Mielke | o Johanna Hanefeld |
| ! Abt. 2 | ! ZIG1 |
| o Michael Bosnjak | o Romy Kerber |
| ! Abt. 3 | ! BZgA |
| o Osamah Hamouda | o Andrea Rückle |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! MF1 |
| ! FG14 | ! ZBS7 |
| o Melanie Brunke | o Michaela Niebank |
| ! FG17 | |
| o Ralf Dürrwald | |
| ! FG21 | |
| o Patrick Schmich | |
| o Wolfgang Scheida | |
| ! FG31 | |
| o Ute Rexroth | |
| o Amrei Wolter (Protokoll) | |
| ! FG35 | |
| o Christina Frank | |
| o | |
| ! FG36 | |
| o Walter Haas | |
| o Silke Buda | |
| o Stefan Kröger | |
| o Kristina Tolksdorf | |
| ! FG37 | |
| o Tim Eckmanns | |
| ! P1 | |
| o Ines Lein | |
| ! Presse | |

	<p>Fallzahlen beobachtet werden, die vermutlich auf die Osterferien zurückzuführen sind. In den letzten Tagen gab es insbesondere im Norden (Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen) eine Zunahme der Fallzahlen. Diese sind eventuell auf den wiederaufgenommenen Schulbetrieb zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch in der AG wieder, die AG 10-25 hat den höchsten Fallzahlenanstieg</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ In Niedersachsen, Bremen, Schleswig-Holstein deutliche Zunahme der Fallzahlen, in älteren AG ist eine Entspannung erkennbar ○ Alle Inzidenzen aber eher im absteigenden Trend ! COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum <ul style="list-style-type: none"> ○ Zahlen der Todesfälle sind trotz erwarteter Nachmeldungen rückläufig, auch geringer als in KW12 ! Destatis-Daten waren jetzt noch nicht verfügbar, werden nächsten Mittwoch berichtet ! Modellierungen (<i>nur montags</i>) ! (nicht berichtet) ! ITS-Belegung und Spock (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Stand 27.04.2022 werden 1.450 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen der ca. 1300 Akutkrankenhäuser behandelt ▪ Rückgang in der COVID-ITS-Belegung ▪ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.142 in den letzten 7 Tagen ○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Norden hohes Niveau, Bremen leichter Trend nach oben. Nord-Ost und Mitte absteigender Trend, Süd bis auf Saarland auch absteigend ○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Rückgang bei invasiver Beatmung oder ECMO Behandlung, derzeit wieder mehr freie ECMO Kapazitäten, auch zur Behandlung von Nicht-COVID-Patient:innen ▪ Gründe der Betriebseinschränkung: vorhandene Belastung wird noch durch Personalmangel getrieben. Insgesamt eine leichte Entspannung aber noch immer ein 	<p>MF1 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p style="text-align: center;">hohes Niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen AG Rückgang, Trend setzt sich nach unten fort ▪ Anteil der Hochaltrigen auf ITS hoch (Liegedauer der älteren Patient:innen auch länger); 78% der Belegung durch über 60-Jährige ▪ Verstorbene: hohes Plateau, leichter aber nicht sehr deutlicher Rückgang erkennbar ▪ SPoCK: Trend Rückgang setzt sich in allen 5 Kleblättern fort <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <p>! GrippeWeb</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Rate in KW16 gesunken auf 4,0% (Vorwoche 5,3%) liegt im vorpandemischen Bereich, hauptsächlich durch Kinder gesunken ▪ Wert lag in der 16.KW bei 4.000 ARE pro 100.000 Einwohnenden, entspricht einer Gesamtzahl von 3,3 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 16. KW: zur Vorwoche bei den Erwachsenen leicht gestiegen, rund 1.300 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW ▪ Allerdings ist zu beachten, dass Osterferien/Feiertage waren, weniger Meldungen und verändertes Konsultationsverhalten. Durch Nachmeldungen auch noch stärkere Änderungen möglich ▪ Konsultationsinzidenz insgesamt liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre) ▪ Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 16. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gesunken oder stabil geblieben ▪ Den deutlichsten Anstieg gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den 15-59-Jährigen (10% bzw. 11%) ▪ Tendenz in den BL im Vergleich zur Vorwoche: ähnlich wie gesamt, aber es gibt regionale Unterschiede 	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------

	<p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leicht gestiegen, rund 450 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW (=Gesamtzahl von rund 380.000 RE-COVID-Arztbesuchen in DE) ▪ Vermutlich auch Veränderung der Testfrequenz ▪ In den KW16 sind die Werte bei Kindern bis 14 Jahren und über 80-Jährigen weiter gesunken, in den AG 15-79-Jährigen sind die Werte seit der KW12 das erste Mal wieder angestiegen <p>! ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARI-Fallzahlen sind seit KW14 insgesamt gesunken, zuvor seit dem Jahreswechsel 21/22 weitestgehend stabil ▪ Aktuell Sommerniveau, dürfte sich hier stabilisieren ▪ SARI-ICU Fallzahlen sind ebenfalls auf Sommerniveau ▪ SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau, weiterhin hoher Anteil COVID-19 in den AG ab 60 Jahren <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamt: 4,0 COVID-SARI pro 100.000 ▪ Entspricht ca. 3.300 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in DE ▪ AG 0-4 auf Niveau 4. Welle ▪ AG 15-34 und 35-59 weiterer Rückgang, nur noch leicht über Sommerniveau ▪ Seit Omikron liegen Meldedaten nach IFsG <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit Omikron liegen Meldedaten orange nach IfSG deutlich über COVID-SARI Inzidenz (ICOSARI), in Meldedaten werden mehr Menschen <i>mit</i> COVID-19 aufgeführt ▪ In beiden Kategorien (Meldedaten und ICOSARI) ist ein abnehmender Trend erkennbar ▪ AG ab 60 zeigt kein Fortsetzen des Rückgangs, sondern eher Plateaubewegung ▪ Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 33%) 	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 44% (Vorwoche: 48%) ▪ Entwicklung COVID-SARI: kein Signal, dass ein Anstieg kommt, gleichbleibendes Niveau ▪ Schul- und Kitaausbrüche wegen Ostern auf sehr niedrigem Niveau <p>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>! Geringe Einsendequote durch Ostern und verringerte Bereitschaft von Patient:innen auf Testung</p> <p>! Dominierender Anteil von SARS-CoV-2, sporadischer Nachweis von HKU1, 229E, kein Nachweis von NL63 und OC43</p> <p>! Nachweis über alle Altersgruppen</p> <p>! Omikronspezifische PCR hat BA.2 um 90% nachgewiesen</p> <p>! Influenzaviren im ansteigenden Trend (H3N2 und H1N1), H3N2 dominiert</p> <p>! Stärkster Nachweis der Influenzaviren bei den 5-15-Jährigen</p> <p>! Sonstige nachgewiesene Atemwegsviren waren HMPV (absteigend), HRV, kein Nachweis von RSV</p> <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testanzahl und -kapazität <ul style="list-style-type: none"> ▪ (diese Woche nicht berichtet) <p>! Molekulare Surveillance, VOC-Bericht (Folien hier)</p> <p>! VOC-Anteile: dominierend Omikron mit 99,8%</p> <p>! BA.2 75,4%, BA.2.9 16,8%, BA.2.3 2,1% und BA.1. 1,7%</p> <p>! XE bei 0,1%</p> <p>! Vereinzelt auch BA.5, BA.2.12.1 gefunden</p> <p>! Nachweise von 5 Rekombinanten: XD; XE; XG; XH; XM</p> <p>! Allgemeiner Trend: 10.000 übermittelte Sequenzen pro Woche</p> <p>! SARS in ARS (Folien hier)</p> <p>! Deutlicher Rückgang der Testungen über Osterferienwochen</p> <p>! Positivenanteil ist relativ gleichbleibend geblieben, durch weniger Testungen leicht angestiegen, derzeit wieder leichter Rückgang</p> <p>! Rückgang der Testungen vor allem in Arztpraxen und sonstigen Orten, nur leichter Rückgang in Krankenhäusern</p> <p>! Stabil gleichbleibender Positivenanteil in KH,</p>	<p>Alle</p>
--	---	-------------

- ! Anteil der positiven Tests in Arztpraxen in den letzten zwei Wochen stabil geblieben
- ! In allen Altersgruppen Rückgang der Testungen, vergleichsweise wird bei den Ü80 Jährigen aber noch am meisten getestet
- ! Positivenanteile nach Altersgruppen in allen AG rückläufig, am höchsten in AG 5-14
- ! Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW auch rückläufig, hier die höchsten Zahlen in AG 15-34 und 35-59
- ! Trend aktive Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen rückläufig
- ! In Alten- und Pflegeheime nimmt der Trend der aktiven Ausbrüche sowie Todesfälle zu
- ! 93% der Bewohnenden in Pflegeeinrichtungen sind grundimmunisiert, gleichbleibendes Niveau, keine Veränderungen sichtbar. Auffrischimpfung stagniert ebenso
- ! Ggf. Kampagne, um für Auffrischimpfung zu werben, allerdings lief die 2. Auffrischimpfung auch erst im Februar an

Diskussion

- ! Derzeit herausfordernde Lageeinschätzung

(Worin liegt die Zunahme der Inzidenz in den nördlichen Ländern der Kinder/Jugendlichen begründet? Mehr Testungen? Gibt es eine Übersicht, in welchen BL in den Schulen getestet wird? Anstieg der ITS-Neuaufnahmen im Saarland?)
- ! Welche Instrumente werden benötigt, um repräsentative Daten zu haben bzw. deren Aussagekraft zu erhöhen bzw. negativen Trend ausreichend zu bestätigen
- ! Wie repräsentativ sind die Daten der syndromischen Surveillance?
- ! Qualität der internationalen Anforderungen und des Basispapiers der Durchführung einer Surveillance sind in DE gewährleistet bzw. Anforderungen sind erfüllt
- ! Auf nationaler Ebene gute Repräsentativität, um feinkörniger (lokaler) zu werden, ist ein Ausbau geplant, begrenzte Aussagen sind aber bereits repräsentativ zu treffen
- ! Integrierter Ansatz wird von ECDC (Basispapier) priorisiert, RKI überwacht derzeit auch schon erregerübergreifend. Priorität soll bei Qualität der Daten liegen, Durchführung einer Qualitätskontrolle über Vollerfassung
- ! In Ostersituation gab es in Großteil der Systeme Probleme, genaue Daten zu erfassen (verändertes Konsultationsverhalten, etc). Ausnahme: Intensivregister, hier wurde auch über Ostern gemeldet.



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>! Ist eine Zunahme der Fallzahlen ein Anstieg oder die Kompensation des Dips nach Ostern? In syndromischer Surveillance wurde ein Rückgang beobachtet, Grippeweb ist in der Erfassung schnell, mit genaueren Aussagen kann vermutlich erst nächste Woche gerechnet werden. Kombination aus nachgetragenen Meldungen aus den vergangenen zwei Wochen sowie vermehrte Testaktivität von Kindern/Jugendlichen aufgrund des Schulbeginns.</p> <p>! Viele BL übermitteln am WE keine Daten, der hohe Anstieg der Inzidenz im Meldewesen am Dienstag resultierte aus Nachmeldungen nach Ostern. Einerseits sollte dies besser an die Politik adressiert werden, andererseits können bessere Aussagen getroffen werden, wenn von einer täglichen Auswertung auf eine wöchentliche Auswertung reduziert wird</p> <p>! Bezüglich Rekombinanten wurde BA.2.12.2 in den letzten 2 Wochen nur 2x nachgewiesen, daher noch kein Hinweis, dass diese Rekombinante eine entscheidend für den Anstieg der Zahlen ist</p> <p>! Die Verteilung der KH bei den ICOSARI-Kliniken: ist auch in Basispublikation beschrieben, Helioskliniken. Rehakliniken und Privatkliniken sind bewusst ausgeschlossen wurden. Insgesamt nehmen 84 Kliniken teil</p> <p>! SARI-Surveillance repräsentativ, daher Hochrechnungen und Inzidenzberechnungen möglich</p> <p>! Der Wert der Repräsentativität der syndromischen Surveillance soll besser vermittelt werden. Hierzu können Fragen gesammelt werden und über ein Interview, Hintergrundgespräch, FAQ, Tabelle o.ä. kommuniziert/vermittelt werden.</p> <p>! Donnerstag Treffen Bundeskanzleramt; dort Anregung</p>	
2	<p>Update Impfen (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33/alle
3	<p>Internationales (nur mittwochs)</p> <p>Geplantes Treffen zum Austausch am 06.05, hierzu vorab Gespräch diese Woche mit BMG Südkorea strebt eine Internationalisierung ihrer Arbeit an, hat um einen Austausch mit RKI gebeten Sero-Studie Health-Care-Worker in 4 afrikanischen Ländern: erste Resultate sind da, erste Vorstellung im Krisenstab im Juni geplant</p>	ZIG (Hanefeld)
4	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p>	FG21

	(nicht berichtet)	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Anpassung der Risikobewertung Stand jetzt kein Hinweis auf eine neue Welle, Überlegung der Reduzierung der Risikobewertung auf „hoch“ Da derzeit eine Lageeinschätzung eher schwierig ist (Feiertage und Änderung der Hygienemaßnahmen, ist eine Verschiebung der Diskussion auf nächste Woche sinnvoller</p> <p><i>ToDo: Nächste Woche erneute Beratung im Krisenstab</i></p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Intensive Diskussion um Long-Covid-Stellungnahme, Stand: in Bearbeitung Keine klare Definition Long-Covid, da Datenlage unzureichend ist Mitaufnahme der psychosomatischen Beschwerden Überlegung, Long-Covid-Patient:innen erneut zu impfen, aber hierzu auch noch keine Datenlage Stellungnahme der Situation Herbst/Winter: Überlegung der Erhebungswerkzeuge AG Diagnostik Erlass finalisiert: AL2 nimmt hierzu Stellung; AK ist kein Korrelat von Protektion. Wirksamkeit Impfstoffe: Herbst wird vermutlich Auffrischimpfung benötigt</p>	Präs/alle
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Impfquotenumstellung soll am Freitag stattfinden (29.4) statt 28.4 (Probleme Impfdashboard, Gesamtpaket kann Freitag besser kommuniziert werden), Datenjournalisten werden heute informiert, BMG weiß Bescheid Möglicherweise Freitag BPK EpidBull: haben wieder freie Kapazitäten, freuen sich auf Beiträge Webmaster-team: Spätdienste wurden länger nicht in Anspruch genommen, ab Mai eingestellt bis auf DO für Wochenbericht Deeskalation tägliche Berichterstattung? (wenn Risikobewertung auch nicht reduziert wird, erstmal nicht deeskalieren. Im Mai nochmal aufgreifen). Bezüglich der Botschaft am Donnerstag kann auf Auffrischimpfung verwiesen werden</p> <p><i>ToDo: Frage: „Geht von Ungeimpften ein höheres Ansteckungsrisiko im Setting Krankenhaus aus als von Geimpften“- sollte es hierzu ein Paper geben, bitte an Präs. übersenden</i></p> <p>P1</p>	<p>BZgA</p> <p>(Rücker)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	(nicht berichtet) Lein	P1
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>GMK Donnerstag soll stattfinden, Teilnahme von Hrn. Hamouda Thema: Quarantäne/Isolierung 5 Tage? Grafik Entisolierung im stationären Bereich soll als Gesamtpaket mit anderen Isolierungsregelungen aktualisiert werden</p> <p><i>ToDo: Nachfrage von Fr. Rexroth bezüglich des aktuellen Standes der Diskussion um Quarantäne/Isolation im BMG</i></p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG17/FG36
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>x</p>	FG 32/alle
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG31
15	<p>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i></p> <p>Der Zwischenbericht des Lagezentrums wurde finalisiert, wird bezüglich Rückmeldung und Verbesserungsvorschläge über Verteiler zirkuliert Länge derzeit 150 Seiten mit Anhang, Fazit noch offen Situation im Lagezentrum ist derzeit ruhiger, bezüglich der Internationalen Kommunikation möchte Bayern und NRW noch Fallinformationen erhalten Reduktion der Berichterstattung auf 1x wäre wünschenswert</p>	FG31 (rexroth)
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle

17	Andere Themen Nächste Sitzung: Montag, 02.05.2022, 13:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

Ende: 12:40 Uhr

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 02.05.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar H. Wieler
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Meike Schöll
- Renke Biallas (Protokoll)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
 - Claudia Sievers
 - Justus Benzler
- ! FG35
 - Christina Frank
- ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! BZgA
 - Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 24.813.817 (+4.032), davon 135.461 (+0) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: XXX/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.498.951 (77,6%), mit vollständiger Impfung 63.010.774 (75,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Seit Ostern kam es erneut zu einem Anstieg. Dieser ist durch eine Diagnostiklücke zu erklären. Am Dienstag wird es vermutlich durch Nachmeldungen zu einem Anstieg kommen. Die höchsten Inzidenzen bei den 15-34 Jährigen und am niedrigsten bei den >80 Jährigen Anzahl der Kreise mit 7-TI >50 / 100.000 EW: 411/411 Anzahl der Kreise mit 7-TI >500 / 100.000 EW: 304/411 Anzahl der Kreise mit 7-TI >100 / 100.000 EW: 29/411 Die Diskrepanz zwischen den SARS-CoV-2-Meldungen und den Übermittlungen an das RKI über DEMIS verringert sich weiterhin Viele der Bundesländer übermitteln nur noch an den Wochentagen, d. h. nicht am Wochenende Die Aussagekraft der Meldedaten am Montag ist dadurch eingeschränkt</p> <p>Diskussion:</p> <p>Eine Diskussion über die tägliche Berichterstattung (keine täglichen Berichte mehr am Sonntag und Montag) wurde geführt. Eine Reduktion soll angestrebt werden. Ein Konzept dazu soll entwickelt werden und am Freitag (diese oder kommende Woche) dem BMG vorgestellt werden. Bei weiter sinkenden Zahlen wäre der Wochenbericht ein ausreichendes Instrument. Eine mehrstufige Deeskalation sollte dem BMG kommuniziert werden.</p> <p><i>ToDo: FG32 in FF soll ein entsprechendes Konzept erstellen, welches möglichst am Freitag vorgestellt werden kann. Dieses Konzept soll vorher mit der Leitung geteilt werden.</i></p>	<p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p>Update Impfen (nur montags)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33 n. a.</p>
3	<p>Internationales (nur mittwochs)</p>	



	(nicht berichtet)	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte (<i>nur montags</i>)</p> <p>Möglichkeiten zur weiteren Nutzung der CWA Das BMG hat die Entscheidung getroffen zum 30.09.22 den Betrieb der CWA einzustellen. Entsprechend muss eine Kommunikationsstrategie erstellt werden. Eine konkrete Begründung für das Einstellen der Finanzierung wurde noch nicht mitgeteilt.</p> <p>Diskussion:</p> <p>In der neuen Verordnung zur Absonderung und Quarantäne sollen nur noch Haushaltsangehörige in Quarantäne. Für die Quarantäne von Haushaltangehörigen wird die CWA nicht benötigt, da die CWA unbekannte Personen informieren soll. Daten aus der CWA sollen möglicherweise in die CovPass-App übertragen werden. Dies muss jedoch noch verifiziert werden. Ein entsprechendes Konzept muss gründlich diskutiert und abgewogen werden. Weiter Nutzungsmöglichkeiten der gespendeten Daten sollen weiter diskutiert werden. Ein Konzept bzgl. der weiteren möglichen Nutzung der Datenspenden wurde bereits erstellt und sollte dem BMG erneut kommuniziert werden. Die Komplexität des Themas wurde bisher nicht ausreichend mit dem BMG diskutiert. Die soll im kommenden Jour-Fix und bilateral (Fr. Teichert) erfolgen.</p> <p>In anderen europäischen Ländern wird die Warnfunktion deaktiviert und kann möglicherweise später im Jahr wieder reaktiviert werden. Ein entsprechendes Vorhaben scheint in D nicht möglich zu sein.</p> <p>Mit dem Einstellen der CWA muss auch transparent dargestellt werden, welche weitere Instrumente zur Lagebewältigung davon betroffen sind.</p> <p>Eine Auflistung von Pros und Cons bzgl. dem Einstellen der CWA-Finanzierung soll erfolgen</p> <p><i>ToDo: Pro und Con Argumente zum Einstellen der CWA-Finanzierung soll erstellt werden: FF: FG21/Schmich</i></p>	FG21 (Schmich)
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Eine Stellungnahme zu Pflegeheimen ist noch in der Erstellung</p>	Hr. Wieler



	<p>Die Stellungnahme zu Long-COVID soll zeitnah veröffentlicht werden</p> <p>Diskussion:</p> <p>Der Finanzierungsstatus (öffentlich vs. privat) von Pflegeheimen sollte in der Stellungnahme weiterhin berücksichtigt werden. Eine folgende Untersuchung könnte so angeregt werden. Aussagen über die Qualität der Versorgung lediglich anhand der Finanzierung sollte vermieden werden.</p>	
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Kein Bericht</p> <p>Presse</p> <p>Am Freitag erfolgte die Impfquotenumstellung. Die Resonanz war kurz und sachlich. Die Absonderungstabelle des BMG sowie ein entsprechendes FAQ soll zeitnah erfolgen, sobald durch BMG freigegeben.</p> <p>P1</p> <p>Kein Bericht</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Erste Labordaten zu den neuen Omikron-Varianten (BA.4 und BA.5) sind verfügbar. Diese Daten zeigen eine gewisse Immune-Escape. Die Entwicklung wird weiter beobachtet.</p>	<p>FG17 (Wolff)</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Kein Bericht</p>	<p>FG14</p>



13	Surveillance Kein Bericht	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> Es bleiben vermehrt Personen aufgrund der strengen Regulationen der Volksrepublik China im Transitbereich von Flughäfen „stecken“. Das BMG wurde bereits in Kenntnis gesetzt.	FG38 (Rexroth)
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> Intra-Action Review (IAR) vom 28.03.2022 Das Dokument liegt den Teilnehmenden zur Kommentierung bis zum 05.05.2022 vor. Nach der Kommentierung kann das Dokument finalisiert werden.	FG38 (Schöll)
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.05.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 14:02 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 04.05.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung | o Viktoria Schönfeld |
| o Lothar H. Wieler | ! FG35 |
| o Lars Schaade | o Hendrik Wilking |
| o Esther-Maria Antão | o Christina Frank |
| | ! FG36 |
| | o Udo Buchholz |
| | o Silke Buda |
| ! Abt. 1 | o Stefan Kröger |
| o Martin Mielke | o Kristin Tolksdorf |
| ! FG14 | ! FG37 |
| o Melanie Brunke | o Tim Eckmanns |
| ! FG17 | ! MF2 |
| o Ralf Dürrwald | o Torsten Semmler |
| ! FG21 | ! MF4 |
| o Patrick Schmich | o Martina Fischer |
| o Wolfgang Scheida | ! P1 |
| ! FG26 | o Christina Leuker |
| o Lena Walther | ! Presse |
| ! FG31 | o Susanne Glasmacher |
| o Ute Rexroth | o Ronja Wenchel |
| o Maria an der Heiden | ! ZIG |
| o Christian Wittke
(Protokoll) | o Mikheil Popkhadze |
| ! FG32 | ! BZgA |
| o Michaela Diercke | o Andrea Rückle |
| ! FG33 | ! ZBS7 |
| o Ole Wichmann | o Michaela Niebank |
| o Nita Perumal | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Impfdurchbrüche / Impfeffektivität im Wochenbericht / SORMAS <ul style="list-style-type: none"> o Seit KW 10/11 wird Impfwirksamkeit für Grundimmunisierung teilweise höher geschätzt, als für Auffrischimpfung; unplausible Ergebnisse o Fehlerhafte Daten in SORMAS; duplizierte Fälle seit Mitte Februar; aktuell noch keine Eingrenzung der betroffenen Fälle oder Ansatz zur Datenbereinigung möglich; daher Vorschlag: Darstellungen in Wochenbericht nicht zeigen; ggf. als Grund technische Probleme in Datenübermittlung mit externer Meldesoftware angeben; eleganter mit Hinweis auf Veränderung epidemischer Lage o Neue Analyse mit Ausschluss der 106 betroffenen SORMAS-GÄ wurde in Auftrag gegeben o Entscheidung: Technische Probleme nicht erwähnen; Inhaltlich begründen mit Umstellung in Bericht; Zeitgleich schriftliche Information vorab an BMG o Impfquoten erscheinen wie üblich 	FG 32 / FG 33 alle
2	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! (nicht berichtet) Keine Teilnahme von ZIG am heutigen Krisenstab. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier ! SurvNet übermittelt: 25.033.970(+106.631), davon 135.942 (+241) Todesfälle ! 7-Tage-Inzidenz: 591,8 /100.000 Einw. ! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.503.837 (77,7%), mit vollständiger Impfung (75.8%) ! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> o Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, BE, BB. ! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis <ul style="list-style-type: none"> o Am stärksten betroffen ist der Norden / Nordwesten. Mittlerweile nur noch 19 LK mit 7-Tage-Inzidenz > 1.000. Stärkster betroffener Landkreis ist LK Cloppenburg mit einer 7-Tage-Inzidenz von 1.930,7 / 100.000 Einw. ! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> o Deutlicher Rückgang von KW16 auf KW17. o Rückgang in fast allen AG; Ausnahme bei den 10 – 15-Jährigen mit minimalem Anstieg. 	ZIG1 FG32 (Diercke)



	Kleeblättern fort	
	<p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <p>! GrippeWeb</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Rate in KW16 gesunken auf 4,3 % (Vorwoche 4,1 %) liegt im vorpandemischen Bereich ▪ Gesamtwert 17KW bei 4.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.100) ▪ Bei Kindern nach den Ferien wieder deutlich gestiegen (von 5,9 % auf 8,9 %), bei den Erwachsenen leicht gesunken (von 3,9 % auf 3,5 %) ▪ 5 AGs: Anstieg bei den 0-34J., aber besonders bei Klein- und Schulkindern; Rückgang bei den 35J. und älter <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 17. KW: KonsInz leicht gesunken auf 1.166 (Vorwoche: 1.239 (nur bei Schulkindern gestiegen)) ▪ Knapp 1.200 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.00 EW (= ca. 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland) ▪ KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre), aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit ▪ Anstieg nur bei den Schulkindern (5-14J.; 22 %); in allen anderen AGs leicht gesunken oder stabil ▪ KI liegt in allen AGs über den Werten der letzten 2 Jahre (Pandemie); Im Vergleich zu den anderen Vorjahren: KI liegt bei den Erwachsenen in der 17. KW über den Werten vor der Pandemie, bei den Kindern liegen sie im Bereich der vorpandemischen Jahre ▪ Nach AGI-Regionen z.T. unterschiedlich, in manchen AGI-Regionen gehen auch die Kleinkinder hoch oder die ganz Alten. <p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet ▪ In KW 16 sind die Werte bei Kindern von 5-14 Jahren angestiegen 	

	<ul style="list-style-type: none"> ! VOC-Anteile: dominierend Omikron mit 99,8% ! BA.2 72,9%, BA.2.9 19,2%, BA.2.3 2,6%, BA.2.12 0,4%, BA.1.1 1,1%, BA.5 0,3%, BA.4 0,1% ! XE bei 0,1% ! Nachweise von 5 Rekombinanten: XD; XE; XG; XH; XM; ! Allgemeiner Trend: 10.000 übermittelte Sequenzen pro Woche ! Keine Nachweise für andere VOCs außer Omikron <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wie hängen die Positivrate bei den Aufnahmetestungen mit der SARS-Cov-2 Hospitalisierungsrate zusammen? Aufnahmedatum in ARS nicht vorhanden, daher keine Differenzierung bei Testung nach Aufnahme. Aufnahmetestungen nicht klar definierbar. Lediglich Approximation möglich. ! Wie viele Gesundheitsämter melden an den Wochenenden nicht? Es haben lediglich 23/376 GÄ am Wochenende übermittelt. Der Großteil übermittelt an den Wochenenden also nicht (12/16 BL). BL die an den Wochenenden noch übermitteln: NRW, HH, TH und SH ! Frage zu den Sublinien: In afrikanischen Ländern geht BA.4 und BA.5 z.T. sehr stark nach oben. Wird BA.5 bei uns eine Dominanz bekommen? Eher unwahrscheinlich, dass BA.5 dominierend wird. ! Dramatischer Rückgang der Testzahlen in Arztpraxen: Bestätigen das unsere Zahlen? Nach retrospektiver Umstellung ist der Rückgang bei Arztpraxen und Anderen nahezu parallel. 	
3	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>xxx</p>	FG 33



4	<p>Internationales <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p>Update digitale Projekte <i>(nur montags)</i></p>	FG21
6	<p>Expertenbeirat</p> <p>der Expertenbeirat hat gestern am 03.05.2022 nicht stattgefunden</p>	Wieler
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Anregung zur Erstellung einer FAQ zum Übergang einer Pandemie zur Endemie FAQ allein nicht ausreichend; Zustand Endemie ist Konvention und zudem eine globale Angelegenheit Es sollte auf Reaktionen der WHO gewartet werden</p> <p>ToDo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FG36 entwirft eine kurze, knappe Einordnung: Was ist eigentlich der Übergang der Pandemie zur Endemie - FG36 entwirft in Absprache mit Fr. Leuker einen Vorschlag wie sich die Bevölkerung unserer Vorstellung nach verhalten sollte. <p>Botschaft zur Risikobewertung: Anregung das Thema von unserer Seite aus einzustellen, wenn heute keine Abstimmung mit BMG erfolgen kann.</p> <p>P1</p> <p>Bundesgesundheitsblatt zum Thema Risikokommunikation wurde heute getwittert Robert-Koch Colloquium wird heute ab 16 Uhr begleitet</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>FG21 (Scheida)</p>

8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Isolierungsdauer der Patienten im KH Vorschlag die Dauer für asymptomatische Personen auf 10 Tage zu verkürzen wollte BMG im Paket zuletzt nicht veröffentlicht haben. Bitte des BMG dazugehöriges Papier in der AGI abzustimmen mit Veröffentlichung in der kommenden Woche</p> <p>RKI-intern</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Dokumente</p> <p>Anpassung Dokumente zu Entlassmanagement u. a. für Pflege Anpassung CWA im Hinblick auf aktuelle Dokumente zu Isolierung und Quarantäne Entsprechende FG werden in den kommenden Tagen um Anpassung / Prüfung der jeweiligen Dokumente gebeten Ambulantes Management prioritär. Bitte an FG36 / FG37 um zeitnahe Durchsicht</p>	ZBS7 (Niebank)
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p>	FG17
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG31
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen <p>! Ergebnisse zur Entwicklung der depressiven Symptomatik bei Erwachsenen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Depressive Symptomatik wurde von April 2019 bis Dezember 2021 beobachtet. ○ Daten weisen auf Zunahme der Belastung durch depressive Symptome ab Oktober 2020 und ein anhaltend erhöhtes Belastungsniveau hin. ○ Zeitgleich scheint auch Bevölkerungsanteil mit einer ausgeprägten, möglicherweise abklärungsbedürftigen depressiven Symptomatik angewachsen zu sein. ○ Angestiegene Belastung zeigt sich vor allem bei Frauen und jungen Erwachsenen (18-29-Jährigen, gefolgt von 30-44-Jährigen). <p>Nächste Sitzung: Montag, 09.05.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	Lena Walther (FG26)

Ende: 12:57 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 09.05.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG32
! Institutsleitung	○ Michaela Diercke
○ Lars Schaade	○ Justus Benzler
○ Esther-Maria Antão	! FG33
! Abt. 1	○ Ole Wichmann
○ Martin Mielke	○ Nita Perumal
! Abt. 2	○ Viktoria Schönfeld
○ Michael Bosnjak	○ FG33 unbekannt
! Abt. 3	! FG35
○ Osamah Hamouda	○ Christina Frank
○ Tanja Jung-Sendzik	! FG36
! FG11	○ Udo Buchholz
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	○ Silke Buda
! FG14	! FG37
○ Melanie Brunke	○ Sebastian Haller
! FG17	! ZBS7
○ Thorsten Wolff	○ Michaela Niebank
! FG21	! Presse
○ Wolfgang Scheida	○ Ronja Wenchel
! FG31	! BZgA
○ Maria an der Heiden	○ Linda Seefeld



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>nicht berichtet</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 25.299.300(+3350), davon 136.538 (+5) Todesfälle (23 GA aus 5 BL, nämlich SH, NRW, HH, Berlin und TH, haben am Wochenende gemeldet) 7-Tage-Inzidenz: 499,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.512.374 (77,6%), mit vollständiger Impfung 63.039.522 (75,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang der 7d-Inzidenz in östlichen BL niedrigere Inzidenzen, während im Norden höhere Altersgruppen: die niedrigeren Inzidenzen bei Ü80, 0-4-Jährigen und 60-79-Jährigen; höhere Inzidenzen bei 15-34, 5-14 und 35-59-Jährigen Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) VOC-Bericht (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (nur mittwochs) (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur montags</i>) (nicht berichtet)</p> <p>Frage1: Soll Nationale Lage weiterhin montags berichtet werden? Antwort: Nein, nur noch mittwochs Frage2: Krisenstabssitzung nur noch mittwochs? Antwort: Wird in der nächsten Sitzung entschieden!</p> <p>ToDo1: <i>Agenda Krisenstab anpassen, dass Lage National nur noch mittwochs berichtet wird (Lagezentrum)</i></p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p>	<p>FG 33 (Schönfeld)</p>

Es wurden die Ergebnisse der Impfeffektivitätsanalyse vorgestellt mit und ohne Daten von SORMAS

Folien [hier](#)

Da bei der Analyse der Impfeffektivität auffiel, dass die Effektivität der Grundimmunisierung höher ausfiel als die der Boosterimpfung, wurde dem auf den Grund gegangen. Es wurde vermutet, dass fehlerhafte SORMAS Daten dazu führten.

Die Analyse zeigte jedoch, dass auch nach Ausschluss der SORMAS Daten, dieser Effekt noch sichtbar war.

Allerdings zeigte die Analyse der reinen SORMAS Daten, dass die Effektivität aller Impfungen mit der Zeit nachließ, was nicht erklärbar war. Daher müssen SORMAS Daten bereinigt werden

Diskussion:

- Die scheinbar höhere Effektivität der Grundimmunisierung lässt sich dadurch erklären, dass mit fortschreitender Durchseuchung die Ungeimpften nicht mehr immunnaiv sind, sondern bereits eine oder mehrere Infektionen durchgemacht haben und daher die vermeintliche Grundimmunisierung eher wie eine Boosterimpfung wirkt
- Sollten die SORMAS Daten ganz weggelassen werden? Nein, da sie ca. 30% des Datensatzes ausmachen. Zudem ist der Prozess der Datenbereinigung schon weit fortgeschritten, d.h. notwendige Parameter wurden bereits diskutiert und festgelegt und es muss im Prinzip nur noch hausgeführt werden
- Den BL soll nun bereits vorsichtig kommuniziert werden, dass SORMAS fehlerhaft ist

STIKO

! Zwei Entwürfe gehen demnächst ins Stellungnahme Verfahren:

- Kinderimpfung für 5-11-Jährige
- **Impfung nach COVID-19 Infektion**

! Die Studiendaten für den Sanofi-Impfstoff sowie für Valneva liegen vor und werden demnächst durch die STIKO geprüft.

Frage: Gibt es Pläne zur Ausweitung der Empfehlung von Boosterimpfungen auf andere Altersgruppen oder Risikogruppen?

Antwort: Zurzeit gibt es keine Pläne dazu.

Anmerkung durch Krisenstab: Bitte um STIKO Stellungnahme zur post-exposition Prophylaxe für Influenza



	ToDo2: Bericht über Impfeffektivität nächste Woche veröffentlichen (insbesondere aufgrund aktueller Presseanfragen) (Wichmann/FG33)	
3	Internationales (nur mittwochs) (nicht berichtet)	ZIG
4	Update digitale Projekte (nur montags) <ul style="list-style-type: none"> ! Es werden keine neuen Teststellen mehr an die CWA angeschlossen ! Frage: Wie ist der Umfang der Abschaltung, d.h. werden einige Funktionalitäten wie Bereitstellung von Testzertifikaten noch beibehalten? Antwort: vermutlich wird komplette App zum 30.09.22 abgeschaltet, auch wenn einige Aspekte noch nicht geklärt sind, z.B. Laden neuer Testzertifikate in CovPass. Es soll aber ermöglicht werden, alle bereits in CWA geladenen Zertifikate gesammelt auf CovPass zu übertragen. ! Frage von Herrn Schaade: Es kam ein ToDo aus dem Lagezentrum mit den Pros/Cons der CWA mit Herrn Schmich in FF. Was ist Zweck dieses Dokuments? Antwort: Da Herr Schmich abwesend, soll Herr Scheida das mit ihm klären. 	FG21 (Scheida, Benzler)
5	Aktuelle Risikobewertung Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung wurde am letzten Donnerstag veröffentlicht	Abt. 3
6	Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) (nicht berichtet)	
7	Kommunikation BZgA Es sollte rechtzeitig geklärt werden, wie Abschaltung der CWA an die Bevölkerung kommuniziert werden soll Aktivitäten neu: Webseiten angepasst an die veränderte Isolations- und Quarantäneverordnung Anmerkung von Herrn Schaade: Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist an das RKI herangetreten, mit der Bitte um regelmäßige Informationen für die „ÖGD News“ (https://www.akademie-oegw.de/aktuelles/artikel/25/4/2022/oegd-news-native-nachrichten-app-fuer-den-oegd.html). Da sollten sich RKI BZgA und andere Beteiligte abstimmen, um nicht doppelte Arbeit zu haben bzw. mehrfach die gleiche Information bereitzustellen. Antwort: Dieses	BZgA (Seefeld).

	<p>Anliegen wird an die verantwortliche Person bei der BZgA (Frau Astrid Rose) weitergeleitet.</p> <p>Presse</p> <p>Presseanfragen von Springer zur fehlenden Impfeffektivität (dazu siehe ToDo2) und zur Risikobewertung Frage von Frau Wenchel: Wann findet nächste BPK statt? Antwort: nicht bekannt.</p> <p>P1</p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p>ZBS1</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement STAKOB Webseminare am Mi/Do zu therapeutischen Updates COVRIIN: Interaktive Anwendung zur Therapie von COVID-19 Frage1: Gibt es eine Stellungnahme zur Therapie mit Evusheld? Ja, die gibt es von den Hämatologen mit Zuarbeit durch STAKOB. STIKO will dazu Anfang Juni eine Empfehlung aussprechen. Frage2: Gibt es eine COVID-19 Therapieempfehlung für den ambulanten Bereich? Ja, sie wird durch die Gruppe für den stationären Bereich erarbeitet. Diese Arbeit könnte auch im Krisenstab vorgestellt werden bei Bedarf.	ZBS7 (Niebank)
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance Bericht zu Belegungszahlen in Krankenhäusern wird heute Abend an MF4 geschickt.	FG 32 (Diercke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i> Rücknahme des Generalerlasses des BMG und Wiederaufnahme der üblichen Dienstwege wird erbeten. Dies soll am Freitag im Jour Fixe mit dem BMG mündlich angebahnt werden	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 11.05.2022 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:55 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 11.05.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:	!	FG33
! Institutsleitung	o	Nita Perumal
o Lothar H. Wieler	!	FG35
o Lars Schaade	o	Christina Frank
o Esther-Maria Antão	!	FG36
! Abt. 1	o	Udo Buchholz
o Martin Mielke	o	Silke Buda
! Abt. 2	o	Stefan Kröger
o Michael Bosnjak	o	Kristin Tolksdorf
! Abt. 3	!	FG37
o Tanja Jung-Senzik	o	Muna Abu Sin
! FG14	!	ZBS7
o Marc Thanheiser	o	Annegret Schneider
! FG17	!	MF4
o Ralf Dürrwald	o	Martina Fischer
! FG21	!	P1
o Patrick Schmich	o	Ines Lein
o Jennifer Allen	!	Presse
o Wolfgang Scheida	o	Susanne Glasmacher
! FG31	o	Ronja Wenchel
o Ute Rexroth	!	ZIG
o Maria an der Heiden	o	Mikheil Popkhadze
o Amrei Wolter (Protokoll)	o	Anna Rohde
! FG32	!	BZgA
o Michaela Diercke	o	Andrea Rückle

	<p>KW 13/2022 steigender Anteil Influenza Vorwiegend in den AG unter 35 Jahre, aber auch vereinzelt Fälle in den AG 35+; noch relativ niedriges Niveau Influenza in den AG ab 35 Jahre: um die 30% COVID-19-Diagnosen bei SARI Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI Insgesamt 2,8 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 2.300 Krankenhausaufnahmen aufgrund COVID-SARI in D. Entwicklung COVID-SARI 8.KW bis 18. KW 2022 Kein weiterer Rückgang, Stabilisierung bzw. leichter Anstieg in AG 5-35</p> <p>Diskussion</p> <p>Herausnahme der Abbildung zu Ausbrüchen in Kindergärten/Schulen. Daten können aufgrund der schweren Nachvollziehbarkeit durch die GÄ schlecht bewertet werden. Vorschlag, diesen anlassbezogen in den Wochenbericht mitaufzunehmen. Zustimmung von Leitung</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten 119 Einsendungen Rückgang von SARS-CoV-2 geht im Sentinel Positivenrate von 9% in KW 18 Altersverteilung SARS-CoV-2 und Influenza: hohe Positivenrate bei AG 5-15, jedoch niedrige Positivenrate für SARS-CoV-2, spricht für eine Teilimmunität in der AG gegen SARS-CoV-2 Anstieg des Influenza Nachweises (2% gegenüber der Vorwoche, jetzt Nachweis von 23%, H3N2). Entspricht Peak einer moderaten Saison HMPV ist rückläufig, RSV in der Vorwoche kein Nachweis, diese Woche 2 Nachweise</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Klinische Aktivität ist niedriger als es normalerweise in saisonalen Grippewellen der Fall ist. Von virologischer Surveillance aus sind die Kriterien für eine Zirkulation erfüllt. Wie ist die Prognose, handelt es sich um eine Grippewelle? Sollen klinische Parameter in die Definition einer Grippewelle integriert werden? ! Die virologische Definition der Grippewelle besteht aus einer Kombi der Influenza-Positivenrate und dem Praxisindex. ! Vorgehen ECDC: Überschreitung der Influenzapositivenrate um 10% bedeutet Beginn der Saison ! Vorgehen RKI: Überschreitung des unteren Konfidenzintervalls der Positivenrate in zwei aufeinanderfolgenden Wochen um 10% definiert den Beginn der Saison ! Das untere Konfidenzintervall der Positivenrate hat in den KW17 und KW18 die 10% überschritten, nach virologischer Definition handelt es sich um eine Grippewelle ! Hintergrund: Saisonale Grippewellen beginnen häufig um den Jahreswechsel, hier werden allerdings weniger Proben 	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	----------------------------



	<p>eingesendet, daher bietet die Definition des unteren Konfidenzintervalls eine größere Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Die Beschreibung der Influenza Positivenrate ist im ARE-Wochenbericht ausführlich erklärt: https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx ! Es gibt eine verschobene Saisonalität in der Gruppe, die derzeit die geringste vorbestehende Immunität gegenüber Influenza hat (Kinder), die dies über ihre Familien wiederum in den Pflegebereich tragen können. Fokus liegt derzeit bei SARS-CoV-2, auch Influenza und derzeitigen Impfstatus in den Pflegeheimen berücksichtigen ! FG33 hat Daten veröffentlicht, dass die Impfraten zu Influenza in den Pflegeheimen gleichbleibend hochgewesen sind, nun aber zeitlich bereits zurückliegt und eine Abnahme der Wirksamkeit erwartet wird. Es sollte eine Postexpositionsprophylaxe besprochen werden. Eine entsprechende Stellungnahme der STIKO gibt es hierzu nicht ! Dringender Appell, mit allen akuten Atemwegssymptomen und auch mit negativem COVID-Test zuhause zu bleiben, dies mit begleitender Kommunikation in Bevölkerung verankern ! Thema wird als Botschaft für Wochenbericht und Twitter (Presse) mitgetragen 	
2	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>xxx</p>	FG 33
3	<p>Internationales</p> <p>Kolleg:innen vom RKI in Namibia und Usbekistan</p>	ZIG (Rohde)
4	<p>Update digitale Projekte</p>	FG21
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung</p> <p>xxx</p>	Abt. 3

6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Stellungnahme zu Long-COVID soll finalisiert werden Stellungnahme Pflege Finalisierung ist kurz vor Abschluss, derzeit in Task Force Stellungnahme Herbst/Winter: Matrix von Indikatoren zur Erfassung der Krankheitsschwere und Auslastung des Gesundheitssystems. Geplante Finalisierung am 31.05.2022</p>	Präs.
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Aktualisierung des Erregersteckbriefes, gerne Verlinkung: https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/coronavirus-sars-cov-2/ Geplant sind Übersetzung in 6 weiteren Fremdsprachen (u.a. ukrainisch), Dokument soll als living Document gestaltet werden Thema ÖGD-App: BZgA bekundet Interesse, Ansprechpartnerin wäre Astrid Rose ÖGD-App ist App der Akademie, BMG geht auf BZgA zu</p> <p>Presse</p> <p>Verlinkt BZgA Link Twitter Thema Influenza</p> <p>P1</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p>Dokumente</p> <p>Dokument Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting Überlegung der Kürzung von 14 Tagen auf 10 Tagen für Asymptomatische wird von der AGI teilweise als zu wenig angesehen, Wunsch auf 5 Tage um Ungleichbehandlung zu vermeiden: In Pflegeheimen führt ein Zufallsbefund zur Einschränkung der Teilhabe, in Krankenhäusern zu logischsten Problemen und anschließender Isolation Entscheidender Unterschied bzgl. der Dauer ist die Allgemeinbevölkerung, bei der nicht zwingend jeder Fall verhindert werden muss und die vulnerablen Gruppen, die dringend geschützt werden müssen. Besondere Situationen</p>	Alle



	<p>und Schutzzielkonflikt müssen kommuniziert werden, dies im Begleittext erwähnen und im Diagramm auf Begleittext verweisen.</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Ab wann zählt die Absonderung, welcher Test ist hierfür ausschlaggebend? Wird der Tag des Testes als Tag 0 oder Tag 1 gewertet? ! BMG verweist in FAQ auf „Isolierung nach Testergebnis“, welcher Test ist nicht präzisiert ! RKI ist nicht für rechtliche Fragen verantwortlich, Verweis auf FAQ ! Tag des Testes wäre Tag 0, die Umsetzung hier ist Ländersache ! Kommunikation an das Rechtsreferates des BMG, dass dieses Problem des Öfteren angefragt wird ! RKI kommt häufiger in die Situation, Situationen fachlich zu begründen, die politischer Natur sind. Häufig kommen diese Anfragen auch über Erlass vom BMG rein, FG36 ist diesbezüglich stark belastet. ! Vorschlag, Anfragen von Ländern zu sammeln, kondensieren und als Tagesordnungspunkt in die AGI zu tragen. Dort kann ein Konsens hergestellt werden und mit den Ländern und BMG entschieden werden. ! Die Konkretisierung der Frage nach Beginn der Isolation kann in der nächsten AGI besprochen werden, Bitte um Teilnahme von FG36 an dieser Sitzung, Herr Beyer soll auf AGI verwiesen werden <p>To Do</p> <p><i>Rückmeldung von EpiLag an Hrn. Beyer, dass die Konkretisierung in der nächsten AGI erfolgt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie ! Straffung des Dokumentes, Verkürzung Isolierung für Kontaktpersonen (Pat. von 10 Tage auf 7 Tage, Test nach 5 Tagen möglich, Personal von 7 Tage auf 5 Tage) ! Dokument wurde bisher auf Seite des BMG gehostet, Wunsch des RKI, dies wieder auf die Seite des RKI rückzuführen 	
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus <p>Rest negativ</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>

	ZBS1	
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance SORMAS-Übermittlungsprobleme: IT4 hat verschiedene Auswertungen gemacht und festgestellt, dass ein Fehler im Programm bei SORMAS vorliegt. Derzeit ist es schwierig, Algorithmen zu entwickeln, um die Daten zu löschen. Vorschlag ist, dass die SORMAS Daten ab Zeitpunkt des Fehlers (12.02.2022) aus der Berechnung ausgelassen werden und nicht bereinigt werden, da die Gemengelage der Fehler zu einer falschen Auswertung der Daten führen würde und einen Bias begünstigt. Dies wäre die schnellste umsetzbare Lösung. Ob mit den Daten vernünftig gerechnet werden kann, zeigt in absehbarer Zeit eine derzeitig durchgeführte Analyse der neuen Datensätze. <i>ToDo: SORMAS Fehler muss veraktet werden, Problem soll im Jour Fixe angesprochen werden. Für Jour Fixe bitte eine Folie erstellen, die beinhaltet, wie groß der Anteil der SORMAS Fälle auf die Gesamtfälle sind sowie eine markante Grafik aufzeigen, die zeigt, worin die Fehler in Zahlen bestehen bzw. wie groß der Anteil an Fällen mit unplausiblen Daten ist. Ebenso soll ein Textvorschlag für einen erläuternden Text erstellt werden.</i>	FG 32/ FG33
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine Die Montagssitzungen des COVID-19 Krisenstabes werden gestrichen und es findet nur noch eine Besprechung am Mittwoch statt.	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.05.2022, 11 Uhr, via Webex	

Ende: 13:06 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 18.05.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung | o Ole Wichmann |
| o Lothar H. Wieler | ! FG35 |
| o Lars Schaade | o Christina Frank |
| ! Abt. 1 | ! FG36 |
| o Martin Mielke | o Udo Buchholz |
| ! Abt. 2 | o Silke Buda |
| o Michael Bosnjak | o Stefan Kröger |
| ! Abt. 3 | o Muna Abu Sin |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! MF2 |
| ! FG14 | o Torsten Semmler |
| o Melanie Brunke | ! MF4 |
| ! FG17 | o Martina Fischer |
| o Ralf Dürrwald | ! P1 |
| ! FG21 | o Christina Leuker |
| o Patrick Schmich | ! Presse |
| o Wolfgang Scheida | o Susanne Glasmacher |
| ! FG31 | o Maud Hennequin |
| o Ute Rexroth | ! ZIG |
| o Maria an der Heiden | o Mikheil Popkhadze |
| o Christian Wittke
(Protokoll) | ! ZIG1 |
| ! FG32 | o Sofie Gillesberg Raiser |
| o Michaela Diercke | ! BZgA |
| | o Andrea Rückle |
| ! FG33 | ! ZBS7 |
| | o Michaela Niebank |

	<p>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rückläufiger, kontinuierlicher Trend weiterhin in fast allen Bundesländern ○ Seitwärtstrend in BE ○ Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, SA, BB. <p>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geringste 7-T-Inzidenzen vor allem in den östlichen BL ○ Höchste 7-T-Inzidenzen in den nördlichen BL: NI, SH ○ 62 LK mit 7-T-Inzidenz < 250 ○ 241 LK mit 7-T-Inzidenz zwischen 250 – 500. ○ 1.000. Stärkster betroffener Landkreis ist LK Kassel mit einer 7-Tage-Inzidenz von 1.204,2 / 100.000 Einw. <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutlicher Rückgang insgesamt ○ Rückgang in allen AG ○ Geringste Inzidenzen bei AG 75-79, 80 – 84 und 0-4 ○ Höchste Inzidenzen bei Schulkindern und jungen Erwachsenen <p>! COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum. <p>! Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Destatis-Zahlen bestätigen keine Beobachtung von Übersterblichkeit <p>!</p> <p>! ITS-Belegung und Spock (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Stand 18.05.2022 werden 932 COVID-19-PatientInnen auf Intensivstationen der ca. 1300 Akutkrankenhäuser behandelt ▪ Rückgang in der COVID-ITS-Belegung ▪ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +727 in den letzten 7 Tagen ▪ Abnahme in den Neuaufnahmen ▪ Todeszahlen weiterhin auf hohem Niveau ○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchgehender Rückgang in allen Bundesländern ▪ Rückgang in BE langsamer als in anderen nord-östlichen BL; MV mit Seitwärtsbewegung ○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad 	<p>MF4 (M. Fischer)</p>
--	---	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückgang in allen Behandlungsgruppen. Nur noch sehr wenige ECMO-Patienten. ▪ Seitwärtsbewegung bei sehr schweren Fällen (ECMO + mit invasiver Beatmung) ▪ Einschätzung Betriebssituation nach Uni-/Maximalversorger und Grund-/Regelversorger: <ul style="list-style-type: none"> ! Uni-/Maximalversorger mit hoher Anzahl Kliniken mit gewissen Einschränkungen z.B. aufgrund von Personalmangel ! Grund-/Regelversorger optimistischeres Bild da weniger schwerwiegende Fälle ○ Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen AG Rückgang, Trend nach unten setzt sich fort ▪ Leichter Anstieg in absoluten Anzahlen bei AG 80+ und 0-17. ▪ Prozentual dominierend AG 60+ ▪ SPoCK: Trend Rückgang setzt sich prognostisch in allen 5 Kleeblättern fort, allerdings mit weniger starken Abfall; Reduktion wird flacher. ! Syndromische Surveillance (Folien hier) ! GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Rate in KW19 leicht gestiegen auf 4,8 % (Vorwoche 4,4 %) liegt insgesamt noch im vorpandemischen Bereich ▪ Gesamtwert 19. KW bei 4.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.400) ▪ Bei Kindern minimal gesunken (von 11,4 % auf 11,0 %), bei den Erwachsenen leicht gestiegen (von 3,3 % auf 3,8 %) ▪ 5 AGs: Anstieg bei 5-59J. (bei den 5-14 J. ARE-Rate=10,5 % à über 10% letztmalig in 11/2020 (Grippewelle) ▪ ILI gesamt relativ stabil im Vergleich zur Vorwoche (von 1,2 % auf 1,3 %) 	<p>FG36 (S. Buda)</p>
--	---	---------------------------



	<p>Sommerniveau, seit KW 13/2022 steigender Anteil Influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in den AG ab 35 Jahre: um die 25-35% COVID-19-Diagnosen bei SARI <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt 2,1 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 1.700 Krankenhausaufnahmen aufgrund COVID-SARI in D. ▪ Deutlicher Rückgang in KW19 insgesamt ▪ AG 80+ in KW 19/2022: 15/100T, ebenfalls Rückgang; leicht unter Niveau Jahreswechsel <p>! Entwicklung COVID-SARI 9.KW bis 19. KW 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ COVID-SARI-Fälle und COVID-SARI mit Intensivbehandlung: kein weiterer Rückgang, Stabilisierung bzw. leichter Anstieg in AG 5-34 <p>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>! 131 Eisendungen in KW19</p> <p>! In KW19 SARS-CoV-2 Positivenrate von 13,7%</p> <p>! Andere endemische Coronaviren nur sporadisch nachgewiesen</p> <p>! Omikronspezifische PCR hat BA.2 zu 100% nachgewiesen</p> <p>! Nachweis am stärksten in AG der 5-15-jährigen</p> <p>! Deutlicher Anstieg der Influenza-Aktivität erkennbar: Dominiert von H3N2-Viren. Ein H1N1-Fall nachgewiesen</p> <p>! Sequenzierung eines Falls mit abweichendem Variantvirus konnte abgeschlossen werden. Ergebnis der Sequenzanalyse zeigte ein C22 Schweineinfluenza-Virus. Der Fall wurde der WHO gemeldet. Landesstelle führt Kontaktverfolgung durch.</p> <p>! Minimaler Anstieg bei PIV. Alle anderen Viren (HRV, HMPV, RSV) sind derzeit zu vernachlässigen.</p> <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <p>! Rückgang in Testungen (-100.000 im Vergleich zur Vorwoche)</p> <p>! Leichter Rückgang der positiv Getesteten (- 60.000); Positivenanteil weiterhin hoch bei knapp unter 40%</p> <p>! Laborauslastung sehr niedrig in allen BL; Grund: Indikationsstellung in ambulanten Praxen.</p> <p>! Durchgeführte Testungen nach BL: In beinahe allen BL Rückgang der durchgeführten Testungen und Niveau geringer im Vergleich zum Vorjahr</p>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
--	---	--

- ! Durchgeführte Testungen nach Einrichtungstypen: Rückgang in allen Kategorien (Arztpraxen, KH und Andere). Höchste Anzahl der Testungen in KH (vorher Arztpraxen und Andere)
- ! Testungen nach AG: Meiste Testungen bei 80+-Jährigen
- ! Größter Positivenanteil bei Kinder-/Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- ! **Molekulare Surveillance, VOC-Bericht** (Folien [hier](#))
- ! VOC-Anteile: Omikron dominierend mit 99,8%
- ! BA.2 71,7%, BA.2.9 18,8%, BA.2.3 2,0%, BA.5 1,4%
- ! Keine Nachweise für andere VOCs außer Omikron
- ! BA.5 in D: 99/305 Sequenzen in KW18/22; Insgesamt darunter keine Hospitalisierung, kein Todesfall
- ! BA.4 in D: 23/58 Sequenzen in KW 18/22; Insgesamt darunter keine Hospitalisierung, kein Todesfall

Diskussion

- ! Rufen wir die Influenzawelle aus? Warum (nicht)?
 - Virologische Definition einer Grippewelle ist seit KW17 erfüllt. Gering ausgeprägte, absolute Zahlen sind zu berücksichtigen. Die Influenza-Aktivität ist bisher nur geringfügig erhöht und auf niedrigem Niveau.
 - Kommunikation einer Grippewelle auf niedrigem Niveau sinnvoll

- ! Wie ist die Einschätzung bzgl. der Entwicklung von BA.5?
 - Bitte um detailliertere Auswertungen zu BA.5 an Hr. an der Heiden herantragen
 - Formulierung Ausbreitung von BA.5 als unwahrscheinlich zu betiteln aus Wochenbericht herausnehmen
 - Hinweis, dass BA.5 Fälle bisher mit keinerlei Hospitalisierungen / Todesfällen einhergehen, was auf eine geringere Schwere hindeutet.
 - Aus bisherigen Diskussionen ist nicht ableitbar, dass BA.5 in D dominant werden könnte



2	<p>Update Impfen</p> <p>Daten zu Impfstoffe für Kinder unter 5 Jahren vorhanden. Das Thema wird als nächstes behandelt. Daten zu den Impfdurchbrüchen sind weiterhin in der Auswertung</p> <p>STIKO</p> <p>Stellungnahme Verfahren Kinderimpfung 5-11 Jahre und Genesenenimpfung. Finale Entscheidung in STIKO-Sitzung heute Nachmittag.</p>	FG 33 (Wichmann)
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Viele Entscheidungen davon abhängig, wie wir als RKI den Herbst 2022 einschätzen. Hilfreich wäre die Erstellung von 3 Szenarien mit einer jeweils dazugehörigen Eintrittswahrscheinlichkeit CWA bisher keine klare Entscheidung ob das Projekt weitgeführt werden soll Expertenrat veröffentlicht bald Stellungnahme zum Herbst und möglichen Szenarien Als Grundlage wird ein Modell benötigt, das voraussichtlich im Juli zur Verfügung gestellt werden kann mit dessen Hilfe dann Sensitivitätsanalysen durchgeführt werden könnten Hr. Bosnjak bietet als Abt. 2 an, Indikatoren zur Entwicklung der psychischen Gesundheit als Standard mit in die Lagebeurteilung aufzunehmen. Soll ab sofort einmal monatlich im Krisenstab berichtet werden.</p>	FG21 (Schmich) Schaade
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Praes.

<p>7</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Bereits vorhandene Infomaterialien zur Influenza: Impfempfehlungen der STIKO und Erregersteckbrief 2 Merkblätter COVID in Vorbereitung für die Zielgruppe der Genesenen und der Risikogruppen</p> <p>Presse</p> <p>Wie ist der aktuelle Stand zur reduzierten Berichterstattung am Wochenende?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückmeldung von BMG steht weiterhin aus. Es gilt der Ministervorbehalt. 2. Notizen der BMG-RKI Abstimmung dazu hier Twitter-Botschaft begleitend zum Wochenbericht: 3. Vorschlag Fokus auf BA.5 mit viel Unsicherheit behaftet 4. ggf. sinkende Hospitalisierungsrate als Schwerpunkt 5. ggf. Schutz vulnerabler Gruppen <p>P1</p> <p>Flyer Verhaltensempfehlungen_COVID Herbst/Winter 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Entwurf hier 7. Verhaltensempfehlungen sollten ganzjährig und für immer gelten 8. Zunächst anderes Dokument in den Vordergrund stellen und an dem für Herbst/Winter im Hintergrund weiterarbeiten <p>Allgemein</p> <p>FAQ: Wann ist SARS-CoV-2 endemisch, und was bedeutet das? Entwurf hier Räumliche Eingrenzung (in einer Region) wurde vorgenommen und ergänzt ist als fließender Übergang zu sehen; keine scharfe Trennlinie Text sollte so einfach wie möglich formuliert werden Abgleich mit RKI-Fachwörterbuch erfolgt</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Hennequin)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>FG36 (Buchholz)</p>
<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>Wochenbericht am 26.05 (Christi Himmelfahrt), Vorschlag Übersendung am Mittwoch, den 25.05. , Montag den 30.05. oder gar nicht.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Verkürzter Wochenbericht soll am Mittwoch kommen. Inhalte die dann voraussichtlich wegfallen: Syndromische Surveillance, Intensivregister, VOC 	<p>Alle</p> <p>Rexroth</p>



	Zukünftiger Umgang mit der Erlassbearbeitung 10. BMG tritt unseren Wunsch entgegen, dass der Generalerlass aufgehoben wird 11. Hr. Rottmann (BMG) strebt Kompromiss an; bisher keine Rückmeldung	Schaade
9	Dokumente Erläuterungstext zur Infografik Entisolierung 12. Mitteilung an das BMG über das Lagezentrum	Alle ZBS7
10	Labordiagnostik ! Aktualisierung der Basisdaten und Hinweise zur Testung ! 2 Berichte an BMG in Zusammenhang mit Testkapazitäten geschickt; keine Rückmeldung bisher	Abt. 1 (Mielke)
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement Rückmeldung über Telemedizin in Südafrika; dort aktuell keine Änderungen der Fallentwicklungen auf Intensivstationen	ZBS7 (Niebank)
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
15	Information aus dem Lagezentrum Himmelfahrt und Brückentag mit Abwesenheitsnotiz im nCoV-Lage Postfach	FG31
16	Wichtige Aufgaben und Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.05.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:02 Uhr



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 25.05.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Ute Rexroth

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Claudia Sievers |
| o Lothar H. Wieler | ! FG33 |
| o Lars Schaade | o Ole Wichmann |
| o Esther-Maria Antão | ! FG36 |
| ! Abt. 1 | o Udo Buchholz |
| o Martin Mielke | o Silke Buda |
| ! Abt. 3 | o Kristin Tolksdorf |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! FG37 |
| ! FG14 | o Julia Hermes |
| o Melanie Brunke | o Sebastian Haller |
| ! FG17 | ! MF4 |
| o Ralf Dürrwald | o Martina Fischer |
| ! FG21 | o Janina Esins |
| o Patrick Schmich | ! P1 |
| o Wolfgang Scheida | o Ines Lein |
| ! FG31 | ! Presse |
| o Ute Rexroth | o Ronja Wenchel |
| o Maria an der Heiden | ! ZIG |
| o Amrei Wolter (Protokoll) | o Anna Rohde |
| o Meike Schöll | o Mikheil Popkhadze |
| ! FG32 | o Johanna Hanefeld |
| o Michaela Diercke | |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Datenstand: WHO, 24.05.2022 Fälle: 523.786.368 (-2,7% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 6.279.667 (CFR: 1,2%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. Top 10 Länder: USA, China, Deutschland, Australien, Japan, Italien, Südkorea, Frankreich, Portugal, Spanien 2. In Europa insgesamt fallender Trend WHO epidemiological update 3. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien insbesondere in Europa (z.B. Spanien, Dänemark, England testen nur Risikogruppen, Personen die Behandlung im KH benötigen und Personen die mit RG arbeiten; Österreich hat den Anzahl PCR pro Einwohnenden reduziert) Karte mit 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnenden in Europa 4. Fallzahlen insgesamt rückläufig in Europa 5. Auffälliger Anstieg jedoch in Portugal Länderfokus: Portugal 6. Fallzahlsteigerung seit Anfang Mai 2022 7. Test Positivenrate gestiegen auf 44%, R-Wert 7 Tage bei 1,15, leicht gefallen 8. leichte Steigerung der Covid-19 Krankenhausbelegung, ITS oder Todesfälle erkennbar 9. BA.5 dominant, geschätzt bei 79% (23.05.22) 10. Geschätzte Wachstumsrate 13% höher als BA.2 11. Verdopplungszeit 6 Tage (vgl. mit Deutschland) 12. Bislang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere 13. Erstauftreten in KW13, Dominanz in KW19, Erste Anzeichen Anstieg ITS Patienten und Todesfälle KW21 14. Bislang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere bei BA.5 15. Länderfokus: Spanien 16. schwankende Fallzahlen 17. Positivenanteil stieg zuletzt an 29% 18. R-Wert 7-Tage >1 seit 20.04.2022 19. Es werden nur Risikogruppen getestet, symptomatische Personen, die keiner Risikogruppe angehören, werden nicht getestet. 20. Kein erhöhter Anteil BA.4 oder BA.5 bislang nicht dominant 21. Random sample sequenzierung (KW18): BA.2.12.1, BA.4 und BA.5 insgesamt <2% 22. Spezif. PCR (KW19) je nach Region: 1. BA.1 + BA.3: 0-13,1% 2. BA.4 + BA.5: 0,2-4,9%</p>	ZIG1 (Rohde)

Diskussion:

Verzicht der Tabelle der Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle, wird in der nächsten Sitzung weggelassen. Weltweiter und europäischer Überblick reicht, Aussagekraft ist überdies eingeschränkt durch unterschiedliche Teststrategie in Ländern.

Spanien erwartet, dass BA.4 und BA.5 dominant werden, derzeit noch keine Bewertung zur Krankheitsschwere in europäischem Kontext möglich, wird in den nächsten Wochen beobachtet. Es wird erwartet, dass sich Varianten mit Immunevasion entwickeln werden. Die Spanischen Kolleg*innen erwarten die Dominanz von BA.5 in den kommenden Wochen.

KORREKTUR: Portugal hatte Spitzeninzidenz von 4000 bei BA.1 Dominanz. Spitzeninzidenz bei BA.2 Dominanz „nur“ 850. Spanien hatte Spitzeninzidenz von 2100 bei BA.1 Dominanz und bei BA.2 Dominanz „nur“ 230- bereits eine BA.2 Welle. Bei allen Überlegungen zu Übertragbarkeit der Lage (insb. Hospitalisierung) ist auch zu bedenken, dass die Bevölkerung beider Länder besser grundimmunisiert sind als die Deutsche (beide 86% im Vgl. zu Deutschland mit 76%), aber weniger Auffrischimpfungen stattgefunden haben (PRT: 63%, ESP: 53%, GER: 65%).

National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien [hier](#)

SurvNet übermittelt: 26.159.106 (+49.141), davon 138.643, (+158) Todesfälle

7-Tage-Inzidenz: 281.8/100.000 Einw.

Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.540.202 (77,6%), mit vollständiger Impfung 49.613.602 (59,7%)

Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:

23. Rückläufiger, kontinuierlicher Trend weiterhin in fast allen Bundesländern

24. Höchste 7-Tages-Inzidenz im Norden

25. Niedrigste 7-Tages-Inzidenz im Osten

26. Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, SA, BB.

- Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis
 - Geringste 7-T-Inzidenzen vor allem in den östlichen BL
 - Höchste 7-T-Inzidenzen in den nördlichen BL: NI, SH
 - Meisten LK Inzidenz zwischen 250 und 500
- 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen
 - Deutlicher Rückgang von KW19 auf KW20 um insgesamt von 491 Fällen pro 100.00 Einw.
 - Rückgang in allen AG
 - Geringste Inzidenzen bei AG 75-79, 80 – 84 und 0-4
 - Höchste Inzidenzen bei Schulkindern und jungen Erwachsenen (10-14Jährige)
- COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum
 - Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum seit KW 12

FG32
(Diercke)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtwert 19. KW bei 4.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.500) ▪ Bei Kindern gestiegen (von 9,9% auf 11,7%), bei Erwachsenen ebenso gestiegen (von 3,6% auf 4,2%) ▪ ILI gesamt gesunken im Vergleich zur Vorwoche (von 1,3% auf 1,1%) <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KonsInz insgesamt gesunken in KW 19: 949 (Vorwoche: 1.183) ▪ KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren, aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit ▪ KI liegt in allen AGs über den Werten der letzten 2 Jahre (Pandemie); Im Vergleich zu den anderen Vorjahren: KI liegt in fast allen AGs mit Ausnahme der Kleinkinder (0-4J.) über den Werten vor der Pandemie zur 20. KW <p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet ▪ Rund 160 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einw. ▪ Gesamtzahl von rund 130.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in DE <p>! ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARI-Fallzahlen und SARI-ICU-Fallzahlen seit KW16 weitestgehend stabil ▪ Aktuell auf Sommerniveau ▪ Nochmaliger Rückgang in KW20 <p>! KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil COVID-19 an SARI 18%, leichter Rückgang zur Vorwoche ▪ Anteil Influenza an SARI 1-6% seit KW13/2022 <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau, seit KW 13/2022 steigender Anteil Influenza, in AG 15-34 Diagnosen von Influenza (Cave: kleine Fallzahlen insgesamt) 	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG37 (Haller)</p> <p>FG32</p>
--	---	---



	<p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutlicher Rückgang in KW 20/2022 ▪ AG 80+ ebenfalls Rückgang, leicht unter Niveau Jahreswechsel 2021/22 <ul style="list-style-type: none"> ○ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten ○ Andere endemische Coronaviren nur sporadisch nachgewiesen ○ Deutlicher Rückgang Nachweise im Sentinel ○ Rhinoviren verzeichnen den stärksten Anstieg, stärkste Viren im Sentinel ○ H3N2 leichter Anstieg, Trend ist eher rückläufig ○ Altersverteilung: 5-15-jährigen am stärksten betroffen (über 30%), Influenzaaktivität wird durch diese AG beeinflusst. ○ 16-34-Jährige leichter Anstieg, insgesamt rückläufig im Sentinel ○ Testkapazität und Testungen (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Anteil Positiver ist rückläufig, 80-Jährige am häufigsten getestet ○ Arztpraxen und „andere“ verzeichnen einen Rückgang in der Anzahl der Testungen ○ In KH wird weiterhin stabil getestet, hier Rückgang der Positivenrate ○ Positivenanteil-Rückgang stabil über alle AG ○ Molekulare Surveillance, VOC-Bericht (Folien hier) ○ VOC-Anteile: Omikron dominierend mit 99,8% ○ Leichter Anstieg BA.5, geht auf Kosten von BA.2 (69%) ○ Anzahl Nachweise BA.4 und BA.5 verdoppelt, aber noch im niedrigen Bereich ○ Rückgang von BA.1, leichter Rückgang BA.2, leichte Zunahmen BA.5 (2,5%) ○ Nachweise Rekombinanten nehmen zu, Gesamtzahl in Proben. Keine großen Änderungen zu Vorwochen <p>Diskussion</p>	(Sievers)
--	---	-----------

	<p>Entwicklung der Lage von BA.4 und BA.5 Nicht nur relative, sondern absolute Entwicklung abbilden, um mögliche Wellen berechnen zu können. In Kommunikation mit Herrn an der Heiden, Frau Sievers erfragt aktuellen Stand und stellt ihn in der nächsten Besprechung vor.</p>	
2	<p>Update Impfen</p> <p>Am 24.05.2022 ist die 20. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung erschienen. Neu ist die generelle Impfempfehlung für 5-11-Jährige mit zunächst einer Impfstoffdosis. Aufklärungsbögen wurden mit dem PEI abgestimmt und aktualisiert, ebenso wurde das Faktenblatt zu Impfungen und die FAQ aktualisiert, ein Video wurde produziert, welches auf der STIKO Seite publiziert wird. International großes Interesse, auch medial. Anfrage von WHO Genf bezüglich einer Vorstellung. Derzeit bearbeitet FG33 monoklonale Antikörper und Affenpocken sowie das Problem der Meldedaten. Weitere Überlegungen umfassen die Publikation eines Monatsberichtes zum Impfen, Publikation soll voraussichtlich in zweiter Juniwoche erfolgen, SORMAS wird von den Meldedaten voraussichtlich komplett rausgenommen Aktueller Stand SORMAS: 105 betroffene Gesundheitsämter, Rückmeldung an SORMAS von 29 Gesundheitsämter, 15 Gesundheitsämter haben eine Datenbereinigung vorgenommen. Weiterhin kommen fehlerhafte Impfdaten an, eine eindeutige Identifikation des Fehlers konnte noch nicht erfolgen, da es kein eindeutig erkennbarer Fehler ist, sondern auch systematische unterschwellige Fehler auftraten.</p> <p>ToDo <i>Bitte um ein klares Protokoll und Dokumentation/Aktenlage der Problemmeldungen mit SORMAS in Hinblick auf weitere Nachfragen. Die Veraktung kann über das Lagezentrum laufen.</i></p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
3	<p>Internationales</p> <p>Das südkoreanische Public Health Institut (KNIH) hat um Kontaktaufnahme bezüglich Nachfolgegespräche um Corona gebeten. Die Kontaktaufnahme lief über ZIG, Bitte von ZIG um Kolleg:innen der nationalen Lage, die hierzu mit dem KNIH in einen etwa zweistündigen Austausch gehen möchten. Frau Rexroth hat einer Teilnahme zugesagt. Eine Rückmeldung soll bis zum 27.05 an ZIG erfolgen, ZIG übernimmt die Terminfindung</p> <p>ToDo: <i>Bitte um Rückmeldung bis Freitag, 27.05.2022, bezüglich einer Teilnahme eines Austausches mit dem südkoreanischen Public Health Institut an ZIG/Frau Hanefeld.</i></p>	<p>ZIG1 (Hanefeld)</p>



4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Derzeit Verhandlungen bezüglich der Zukunft der digitalen Projekte: auf externe Rückmeldung wird gewartet, mögliche Änderungen müssen der Bevölkerung zeitig kommuniziert werden DEA ruht aktuell, Kosten konnten um die Hälfte reduziert werden Absetzung eines Tweets über Ablauf der technischen Gültigkeit der Zertifikate</p>	FG21 (Schmich)
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet) xxx</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Verhinderung der Teilnahme des Präs. aufgrund eines anderen Termins Stellungnahme „Pflege“ ist fertig, gestern Publikation auf Seite Kanzleramt (10. Stellungnahme ist schon zirkuliert) Stellungnahme Herbst/Winter soll diese Woche fertig sein</p>	Präs
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet) Aktivitäten neu: xxx</p> <p>Presse</p> <p>DPA berichtet keine Tageswerte an Sonntag und Montag Im Jour Fixe ansprechen, ob seitens des RKIs auch die Publikation am Montag wegfallen kann Jour Fixe okay, dass Sonntag nicht publizieren. Montag auch weglassen? Minister besteht auf Bericht am Montag, wird in Jour Fixe mit reingebracht.</p> <p>P1</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>ToDo <i>Besprechung der Berichterstattung der Tageswerte am RKI am Montag in der kommenden Jour-Fixe.</i></p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>

<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Diskussion des Erlass ID 5390: wissenschaftliche Basis zu Aussage in „Strategieanpassung im Kontext der Ausbreitung der Omikron-Variante (BA.1/BA.2)“ „Für die folgenden Überlegungen wird davon ausgegangen, dass von akut erkrankten Personen ein höheres Infektionsrisiko ausgeht als von asymptomatisch Infizierten, dass das Infektionsrisiko bei relevanten respiratorischen Erregern nach wenigen Tagen deutlich sinkt) und dass grundsätzlich das Setting mit dem höchsten Risiko der Übertragung die Haushalte sind.“ Zusammentragung diverser Studien zur asymptomatischen Übertragung/Shedding hierzu von Seiten Hrn. Buchholz hier Dieser Ansatz versucht, ein pragmatisches Vorgehen für die drei führenden Atemwegsinfektion darzulegen Bei Beantwortung des Erlasses Bitte um Rückkopplung, dass es um einen pragmatischen Ansatz zur Risikoreduktion geht Relevanten Daten kommen aus Haushaltsstudien anstatt aus Shedding Studien. IAR finalisierter Bericht wurde heute zirkuliert (hier), Themen, die noch nicht diskutiert wurden, werden sukzessiv ab nächster Woche auf die Agenda des Krisenstabes gesetzt Agenda Krisenstab: Zusammenfassung der Punkte 10-15: 13-15 wird als ein gemeinsamer Punkt zusammengefasst. Bei Bedarf kann Thema angemeldet werden</p> <p>ToDo <i>Bitte um vollständige Angabe der Literaturzitate und Quellen bei Beantwortung des Erlasses der ID 5390, sodass der Minister selbstständig nachlesen kann.</i></p>	<p>Alle (Buda)</p> <p>Abt. 3</p>
<p>9</p>	<p>Dokumente</p> <p>Dokument „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ Inhaltliche Änderungen: Überarbeitung des Kapitel 4: 4.2 Bewohnende, die das Heim auch verlassen. Hier Differenzierung zwischen Verhalten in der Einrichtung (vulnerable Gruppe) und Aktivitäten außerhalb Ergänzung Impfnachweispflicht Personal Nachfrage bei Frau Niebank, Presse soll es angepasst online stellen, Bitte um schnelle Umsetzung</p> <p>ToDo <i>Bitte um schnelle Umsetzung und Onlinepublikation des Dokumentes.</i></p>	<p>FG37 (Hermes)</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##</p>	<p>FG17</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ ZBS1	ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum aufgrund geringerer COVID-19-Aktivität wird das Lagezentrum zukünftig in eine Koordinierungsstelle überführt. Parallel wird der Krisenstab eine Lagebesprechung. Dies entspricht der Stufe 2 des RKI-internen Krisenplans, keine medienwirksame Kommunikation nach außen, sondern Änderungen in Signatur Generalerlass des BMG wurde nicht eingestellt, nur im dringenden Bedarf (Vorbereitung GMK, IFG-Anfrage, sehr wichtige Presseanfragen) wird Kontakt von Seiten des BMG aufgenommen. Änderung für die Positionen Internationale Kommunikation angedacht Berichterstattung läuft derzeit noch nicht vollständig in Fachgebieten, ist in Arbeit	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung als Lage-AG: Mittwoch, 01.06.2022 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:24 Uhr



Lagebesprechung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 01.06.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ! Institutsleitung | ○ Claudia Sievers |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Justus Benzler |
| ○ Lars Schaade | ! FG34 |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Matthias an der Heiden |
| ! Abt. 1 | ! FG36 |
| ○ Martin Mielke | ○ Walter Haas |
| ! Abt. 2 | ○ Silke Buda |
| ○ Michael Bosnjak | ○ Stefan Kröger |
| ! Abt. 3 | ○ Kristin Tolksdorf |
| ○ Osamah Hamouda | ! FG37 |
| ! FG14 | ○ Tim Eckmanns |
| ○ Melanie Brunke | ! ZBS7 |
| ! FG17 | ○ Michaela Niebank |
| ○ Ralf Dürrwald | ! P1 |
| ! FG21 | ○ Ines Lein |
| ○ Patrick Schmich | ! Presse |
| ○ Wolfgang Scheida | ○ Susanne Glasmacher |
| ! FG31 | ○ Ronja Wenchel |
| ○ Ute Rexroth | ! ZIG1 |
| ○ Amrei Wolter (Protokoll) | ○ Carlos Correa-Martinez |
| ! FG32 | ! BZgA |
| ○ Michaela Diercke | ○ Andrea Rückle |

	<p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <p>13. Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum seit KW 12 (in KW12 Peak beobachtet)</p> <p>Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <p>14. Destatis-Zahlen bestätigen keine Beobachtung von Übersterblichkeit</p> <p>15. Im Vergleich zum Vorjahr auf ähnlich hohem Niveau</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <p>GrippeWeb</p> <p>ARE-Rate in KW21 relativ stabil bis leicht gesunken auf 4,8%</p> <p>Entspricht einer Gesamtzahl von knapp 4 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</p> <p>Liegt insgesamt über dem vorpandemischen Bereich in KW21</p> <p>Bei Kindern gesunken, bei Erwachsenen stabil</p> <p>Bei Kindern, besonders deutlich bei den Kleinkindern, liegt die aktuelle ARE-Rate über den vorpandemischen Werten zur 21.KW</p> <p>ILI gesamt deutlich gesunken im Vergleich zur Vorwoche</p> <p>ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <p>Hinweis auf Feiertag in KW21, dadurch ggf. geändertes Konsultationsverhalten und Praxisschließtage</p> <p>KonsInz insgesamt gesunken in KW21</p> <p>KonsInz (gesamt) liegt durch deutlichen Rückgang nun im Bereich der Vorjahre zu dieser Zeit</p> <p>Rückgang in allen Altersgruppen</p> <p>KW21 ca. 460.000 Arztbesuche wegen ARE in DE</p> <p>ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <p>16. Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet</p> <p>17. Rund 80 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einw.</p> <p>18. Gesamtzahl von rund 70.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in DE</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <p>19. SARI-Fallzahlen aktuell etwas unter Sommerniveau, seit KW20 nochmaliger Rückgang</p> <p>20. SARI-ICU stabil auf Sommerniveau</p> <p>KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</p> <p>Anteil COVID-19 an SARI 18%, leichter Rückgang zur Vorwoche</p> <p>Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 22% (Vorwoche 16%)</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22):</p> <p>SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau</p> <p>In den AG ab 35 Jahre: zwischen 16-25% COVID-19-Diagnosen bei SARI</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17</p>
--	---	------------------------------------



	<p>21. Weiterer leichter Rückgang in KW21</p> <p>22. AG 60-79 und AG80+ noch nicht ganz wieder auf Sommerniveau</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Durch Feiertage verringerte Anzahl an Probeneinsendungen (n=83) Deutlicher Rückgang Nachweis der Coronaviren im Sentinel 3,6% Positivenquote von SARS-CoV-2 im Sentinel Stärkstes Virus im Sentinel ist mit 6% HKU1 Inflenzaviren leicht rückläufiger Trend, Positivenrate von 12%, Rhinoviren stärkerer Nachweis als Inflenzaviren HMPV-Welle ist voraussichtlich durchgelaufen, kein Nachweis von RSV</p> <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) Kapazitäten sind hoch, Inanspruchnahme ist zurückgegangen Anzahl Testungen und Anzahl positive Befunde sind zurückgegangen 28,8% positiv</p> <p>ARS-Daten In allen Bundesländern ist ein Rückgang zu verzeichnen Positivenanteil ist überall zurückgegangen, auch dort, wo wenig getestet wird Im Krankenhaus wird weiterhin viel getestet, dort auch Rückgang des Positivenanteils In Arztpraxen noch ein Positivenanteil von 50%, kann mit Vorselektion und Bestätigung eines positiven Schnelltests zusammenhängen Höchste AG testet am meisten, dort geringer Positivenanteil Rückgang der Ausbrüche in medizinischen Einrichtungen und Alten- und Pflegeheimen</p> <p>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht (Folien hier) In Stichprobe KW20 konnte nur Omikron festgestellt werden BA.2 und BA.2.9 rückläufig, vermehrt BA.2.3, BA.5 und BA.2.12.1 Weitere Nachweise der Rekombinanten XE (+4), XM (+27) und XW (+7) Vermehrter Anstieg von BA.4 und BA.5 BA.5: 435 Fälle im Meldesystem seit KW10 7/435 hospitalisiert 0/435 verstorben BA.4 95 Fälle im Meldesystem seit KW15 0/95 hospitalisiert 0/95 verstorben Anzahl Fälle Gesamt schlüsselt sich in BA.1 auf, BA.2 übernimmt</p>	<p>(Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	---	--

	<p>Verlauf Inzidenz pro 100.000 Einw.: BA.2-Verlauf rückgängig, BA.5-Verlauf steigt an</p> <p>Diskussion</p> <p>Bedeutet eine Steigung der Fallzahlen von BA.5 eine weitere Welle? Kann dargestellt werden, wann BA.5 die dominierende Variante sein wird und andere Varianten ablöst? Kann es eine Cozirkulation zwischen den verschiedenen Varianten geben? Vermutlich exponentieller Trend, weitere Anstieg und Ablösen der anderen Varianten wird erwartet.</p> <p>Wann/ob Fallzahlen hochgehen, soll von Herrn an der Heiden dargestellt werden</p> <p>Bei Anstieg der Fallzahlen Krankheitslast berücksichtigen und nicht reines Testen</p> <p>Kann es zu einer Fehlinterpretation der sinkenden/steigenden Inzidenzen durch Nachbearbeitung von liegengebliebenen Meldungen bei Gesundheitsämtern kommen? Wird dies berücksichtigt?</p> <p>Kann durchaus dazu kommen, dass GÄ (wie bspw. Marzahn) Nachmeldungen raussendet, FG32 hat dies im Blick und untersucht die Vollständigkeit der Daten</p> <p>Eventuell Einschränkungen durch fehlende Finanzierung bei ARS in SARS bzgl. der Validierung der Daten in den GÄ. Wird abseits der Lagebesprechung im kleineren Kreis erneut diskutiert</p> <p>Darstellung der Dashboard Zahlen am Sonntag & Montag (Feiertag)</p> <p>Expliziter Wunsch des Ministers, dass Sonntag keine Daten o. Tagesbericht aktualisiert wird</p> <p>Fraglich Darstellung im Dashboard (Anzeige 0 vom Vortag oder Summe aus den zwei Tagen zuvor)</p> <p>Wenn Nichtdarstellung mehr Arbeit mit sich bringt, sollen die Zahlen dennoch auf dem Dashboard erscheinen, aber keine E-Mail ans BMG versendet werden. Disclaimer-Text wird von FG32 vorbereitet</p> <p>Händische Erhebung der Testzahlenerfassung wird eingestellt, Bericht an BMG ist in Vorbereitung.</p>	
<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>STIKO</p> <p>xxx</p>	<p>FG 33</p>
<p>3</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>



4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Letzter Freitag: Meeting im Jour Fixe mit Abteilung 5 und Abteilung 6, derzeit keine klare Entscheidung, wie mit der CWA weiter verfahren wird. Entscheidungsvorlagen liegen dem Minister vor</p> <p>Corona Einreise Verordnung: ab heute keine Nachweise bei Einreise nach DE, muss in Zertifikaten nachgebildet werden. Bis dato noch keinen Auftrag hierzu aus dem BMG erhalten, ist Voraussetzung für Umsetzung</p> <p>Vorläufig vorletzte Version 2.23 CWA in Appstore: Abgelaufene Zertifikate können über die App aktualisiert werden</p>	FG21/FG32 (Schmich, Benzler)
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Publikation der Stellungnahme Herbst/Winter nächste Woche Derzeit keine weiteren Stellungnahmen in Planung</p>	
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Veröffentlichung des neuen Online-Portals zu Long-Covid am 02.06.2022 um 10 Uhr. Pressemitteilung, Mitteilung über Facebook, Twitter. RKI ist hier kooperationsbeteiligt, Bereitstellung eines Social-Media Kits und Texte zur Bewerbung des neuen Portals werden von der BZgA bereitgestellt. Information ging an P1 und socialmedia@rki.de, sollen auch noch an WenchelR@rki.de übersendet werden. Auf der Seite finden Betroffene und Angehörige, sowie Arbeitgeber:innen/Arbeitnehmer:innen Informationen zu Long Covid</p> <p>Erregersteckbrief zum Corona Virus auf Deutsch ist seit einigen Tagen online, andere Fremdsprachen (reguläre und ukrainisch) folgen</p> <p>Aktualisierung Einreiseverordnung und infektionsschutz.de</p> <p>Presse</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Social Media</p> <p>Soll BA.5 aktiver kommuniziert werden? Bei derzeitiger unklarer Prognose noch nicht, erstmal abwarten</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG21 (Scheida)</p>

	<p>P1</p> <p>Auf Instagram wird ein Diagramm zu VOC gezeigt, dort ist die Entwicklung von BA.5 zu sehen. Dies kommentieren mit begleitenden Informationen? Nicht offensiv kommentieren, beschreibender Satz kann erfolgen (Anstieg von BA.5)</p>	P1 (Lein)
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	Alle Abt. 3
9	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>Abt.1</p> <p>Bearbeitung des Erlasses zur Schätzung der benötigten Pool-PCR-Kapazitäten für Kitas und Grundschulen in DE bei unterschiedlichen 7-Tages-Inzidenzen</p> <p>Diskussion Wurde in AG Diagnostik besprochen, zum kongruenten Abgleich der Zalen mit dem Herbst/Winter-Strategiepapier an Herrn Wieler und Herrn Schaade übersendet Beibehaltung der PCR-Diagnostik bei Aufnahme in KH, PCR-Kapazität in Heimen, bei medizinischer Diagnostik bei Risikogruppen. Welche PCR-Kapazitäten müssen vorgehalten werden? Kapazitäten werden nur vorgehalten, wenn gewissen Auslastung gewährleistet ist, da ansonsten wirtschaftlicher Verlust für Labore, bei fehlendem Signal bauen Leistungsträger ab Vermittlung vom RKI, dass nicht mehr containment im Vordergrund steht, sondern mittlerweile andere Werkzeuge (u.a. syndr. Surveillance), Diskussion daher neutral fassen. Narrativ, dass wir mit der Entwicklung der Impfstoffe und Verbreitung von Antikörpern in einer anderen Situation sind. Darstellung im Papier, in welcher Phase der Pandemie Deutschland sich befindet. Grundsätzlich wird die Vorhaltung von PCR-Testungen auch für andere Erreger (abseits von SARS) benötigt.</p>	Abt.1/Alle (Mielke)
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p>	



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19

	nicht berichtet	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>Es kam ein Erlass vom BMG zur Verlängerung der Verordnung der Hospitalisierungsmeldungen. RKI sollte in Form von Mengenabschätzung und Begründung eine Rückmeldung geben. Die Hospitalisierungsmeldungen, die Ende Juli ausgelaufen wären, wurden bis Ende des Jahres verlängert. Diese sollen von einer Verordnung ins IfSG überführt werden. Im Wartungszentrum zur DEMIS wird heute eine Schnittstelle zu den Krankenhäusern freigeschaltet. Aus den Krankenhaus-Informationssystemen kann ab heute Abend direkt übermittelt werden.</p> <p>Bei Rückfragen von KH können diese sich an ihre KISS-Softwarehersteller wenden. Die Voraussetzung, dass KH elektronisch melden können, sind nun gegeben, es erfolgt noch die organisatorische und technische Umsetzung.</p>	FG32 (Diercke)
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Deeskalation des Lagezentrums zu einer Koordinierungsstelle. Verschiedene Positionen wurden hierfür reduziert. Die internationale Kommunikation ist stark eingeschränkt, die KoNa zwischen Österreich und Bayern wird nicht weitergeführt.</p> <p>Interne KoNa ist eingestellt.</p> <p>Reduzierung der Presse Liaison Hotline.</p> <p>Es kommen weiterhin (auch sehr dringliche) Erlasse rein. Die Arbeitszeiten der Koordinierungsstelle wurden reduziert (10-16 Uhr), dies erschwert die zeitliche Beantwortung von Erlässen, die evtl. nach Dienstschluss eingehen.</p> <p>Morgen fehlt die Schichtleitung und Sichtung, Bitte um Kolleg:innen aus anderen Abteilungen, hier einzuspringen.</p> <p>Wird per Mail auch noch adressiert.</p> <p>FG34 und FG35 derzeit stark eingespannt aufgrund von Affenpocken.</p>	FG31 (Rexroth)
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 08.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:38 Uhr

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 08.06.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG34
! Institutsleitung	○ Matthias an der Heiden
○ Lothar H. Wieler	! FG36
○ Lars Schaade	○ Walter Haas
○ Esther-Maria Antão	○ Silke Buda
! Abt. 1	○ Stefan Kröger
○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 2	! FG37
○ Michael Bosnjak	○ Julia Hermes
! Abt. 3	○ Tim Eckmanns
○ Osamah Hamouda	! ZBS7
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Michaela Niebank
! FG12	! MF4
○ Annette Mankertz	○ Martina Fischer
! FG14	! Presse
○ Melanie Brunke	○ Susanne Glasmacher
! FG17	○ Ronja Wenchel
○ Ralf Dürrwald	! ZIG
! FG21	○ Johanna Hanefeld
○ Wolfgang Scheida	! ZIG1
! FG31	○ Romy Kerber
○ Ute Rexroth	! BZgA
○ Ariane Halm (Protokoll)	○ Miriam Dreesbach





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 31.05.2022, Folien hier Abnehmendes globales Infektionsgeschehen (-11% Fälle, -24% Todesfälle) Aufgrund geänderter Teststrategien mit Vorsicht zu interpretieren Nach Kontinent Afrika Fallzahlen insgesamt -23% im Vergleich zur Vorwoche, Anstieg in manchen Ländern Todesfallzahlen: seitwärts-Trend, Fallzahl-Abstieg spiegelt sich hier noch nicht wider Amerika Wenig Veränderung in Fallzahlen, doch sinkende Todesfallzahlen (-29%) Im Süden, z.B. in Chile und Argentinien, teilweise steigender Trend, eventuell wegen der Wintersaison oder der Verbreitung von BA.2.12.1 Asien Generell sinkende Fallzahlen Nur sehr leicht sinkende Todesfallzahlen Anstiege in Indien, Katar und VAE Ozeanien Fall- und Todesfallzahlabstieg generell Höchste Todesfallzahlen Australien und Neuseeland Europa Weiterhin sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-14% und -30%) Fallzahlanstiege in Frankreich, Österreich, dann Deutschland Portugal mit einer Inzidenz von knapp 1500 aktuell am stärksten betroffen Anstieg in Frankreich und Österreich ggf. wegen Maßnahmen- Stopp, in Österreich werden keine Masken mehr getragen Länderfokus China Sinkende Zahlen in Peking Lockerung der COVID-19-Einschränkungen Personen können wieder zur Arbeit Restaurantbesuch möglich für jene, die 3 Tage in Folge negativ getestet wurden Schulen, Restaurants und Touristenattraktionen waren geschlossen aber Schulen öffnen in den kommenden Tagen Inzidenz 35/100 000 EW Virusvarianten, Quelle GISAid und WHO SitRep Zahl der eingereichten Sequenzen ist weiterhin rückläufig Auch diese Daten sind mit Vorsicht zu interpretieren wegen geänderter Surveillance- und Sequenzier- und Probeentnahmestrategien Omikron BA.2 dominiert aber entwickelt sich langsam zurück</p>	ZIG1



	<p>(aktuell 75%), BA.1 ist auch rückläufig BA.4 und BA.5 nehmen weiter zu, die BA.5-Zunahme ist am deutlichsten von 1 auf 2% Häufigste Variante nach BA.2 jetzt BA.2.12.1, nach US CDC hat sie einen Anteil von 62% in USA und von 80% in Region 2(?) Länderfokus USA Fallzahlanstieg seit Mitte April, seit Mai stabil Intensivbettenbelegung leicht ansteigend Kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere wegen BA.2.12.1</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet neu übermittelt 84.655, davon 145 Todesfälle Nach dem langen Wochenende weniger zuverlässig, vermutlich folgen noch Fall-Todesfall-Nachmeldungen 7-Tage-Inzidenz Aktuell 240/100.000 Einw. Vor dem Wochenende ging der Anstieg in ein Plateau über, Daten der letzten 2-3 Tage sind unnatürlich niedrig Unklar, wie viele Nachmeldungen noch kommen und ob sich der Anstieg fortsetzen wird LK mit Inzidenzen >500 im Westen von Nord bis Süd Inzidenz nach Altersgruppen: letzte Woche leichte Anstiege in vielen AG, besonders bei jüngeren Erwachsenen, bei 20-35-jährigen aktuell am höchsten Todesfälle Rückläufig, in den vergangenen 14 Tagen 928 Todesfälle Aktuell keine Übersterblichkeit, alles im „normal üblichen“ Bereich</p> <p>DIVI Intensivregister, Folien hier 644 COVID-19-Patienten auf IST der 1300 Akutkrankenhäuser in Behandlung, Belegung ist rückläufig, jedoch etwas abgebremst 479 Neuaufnahmen auf IST in letzten 7 Tagen, leichte Zunahme Nach BL Insgesamt IST-Belegung-Rückgang (Gesamtbettenanzahl) In 3 BL (HB, Sachsen-Anhalt, HE) erneut leichter Anstieg In BW, BY in ein Plateau übergegangen, restlichen BL moderater Rückgang Behandlungsbelegung nach Schweregrad Anzahl schwerer Fälle mit invasiver Beatmung ist in ein Plateau übergegangen, diese liegen länger und werden länger behandelt Belegungs-Rückgang von Fällen mit leichter Behandlung Betriebssituation verbessert sich, weniger KKH-ITS melden eingeschränkte Situation, regulärer Betrieb nimmt stark zu und Personalmangel ist rückläufig aber bleibt angespannt Belegung nach AG In fast allen AG Rückgang bzw. Plateau Lediglich leichter Anstieg in absoluten Zahlen der Gruppe der</p>	<p>AL3</p> <p>MF4</p>
--	---	-----------------------



	<p>70-79-jährigen In Gruppe der 18-29-jährige leichter Anstieg in prozentualer Anzahl, insgesamt vor allen ältere Gruppen betroffen SPoCK Prognose nächste 20 Tage: es wird für alle 5 Kleeblätter eine Plateaubildung vorhergesagt Diskussion: Ist 2-wöchentliche Vorstellung der IST-Zahlen möglich? Ja, solange keine steigende Fallzahlen gerne</p> <p>Testkapazität und Testungen Diese Woche kein Bericht hierzu Folien hier zu ARS-Daten von letzter Woche Es wurde mehr getestet als in der Vorwoche, aber davor war Himmelfahrt Bei mehr Testungen auch höherer Positivenanteil Nach BL stratifizierte Testanzahl Fast überall wurde etwas mehr getestet (in NRW deutlich mehr) Positivenanteil sinkt nicht mehr, sondern bleibt stabil bzw. leicht ansteigend, dies zieht sich durch alle BL Arztpraxen: deutlich mehr Testungen, Positivenanteil steigend In KKH ist beides eher gleichbleibend Nach AG Mittlere AG 15-59 Jahre werden mehr getestet Bei Kindern nicht mehr so viele Testungen Positivenanteil ist bei 5-14-jährigen mit weniger Testungen sinkend, bei Kindern mit gleich viel Testungen leichter Anstieg, Positivenanteil steigt vor allem wegen 15-59-jähriger Bei über 80-jährigen noch gleichbleibend Anstieg der Fälle von 15-59-jährigen und Positivenanteil Interpretation der Positivenanteile ist schwierig, da nur PCR-Tests gesehen werden und nicht mögliche vorher durchgeführte Antigentests Letzte Woche Publikation des letzten COVID-19 und Impfsituation-Monitoringberichts in Langzeitpflegeeinrichtungen, ab diesem Monat Meldepflicht Grundimmunisierung stagniert bei 93%</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien hier GrippeWeb Anstieg der ARE-Raten bezogen auf alle AG bis auf 0-4-jährige Raten liegen über dem Niveau der vorpandemischen Bevölkerungs-ARE, höher als die übliche Sommersenke AGI ambulanter Bereich Nachholeffekt der kurzen Himmelfahrtswoche sichtbar mit zu erwartendem Peak Relativ stabiles Niveau von ARE-Arztbesuchen mit knapp 900.000 in KW 22 Niveau aller ARE insgesamt höher als im vorpandemischen Sommer Hypothese: durch Omikronmaßnahmen konnten andere Atemwegserreger nicht so zirkulieren und tun dies nun durch weggefallene Maßnahmen stärker ARE-Konsultationen wegen COVID-19 Diagnose: leichter</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------



	<p>Anstieg, eventuell auch Nachholeffekt kurzer KW 21 ICOSARI Im stationären Bereich weiter sinkende Inzidenz schwerer Atemwegsinfektion inkl. ITS Nicht nur SARI, auch Anteil COVID-19 an SARI ist gesunken und liegt bei 13%, bei ITS bei 12% Influenzainzidenz im KKH ebenfalls Nach offizieller Definition ist die Influenzawelle seit 2 Wochen vorbei (2022 lediglich KW 17-20)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten SARS-CoV-2 Nachweise sind generell rückläufig Im Vergleich zur Vorwoche leichter Anstieg auf 6% aber nach wie vor auf niedrigem Niveau SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren Altersverteilung: hauptsächlich 34-60-jährige Influenza: hauptsächlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich Kinder und Jugendliche, keine älteren AG, Welle scheint vorbei zu sein ARE-Aktivität steigend, primär humane Rhinoviren, gefolgt von Parainfluenzaviren, ein paar humane Metapneumoviren (HMPV), keine RSV-Nachweise</p> <p>Molekulare Surveillance, Folien hier Anteil Omikron ist unverändert, alle Sublinien zsm. 100%, keine anderen Varianten wurden nachgewiesen BA.2 überwiegt mit 63%, gefolgt von BA.2.9 mit 15% BA.5 hat sich anteilig verdoppelt auf 10%, BA.2.12.1 ist auch angestiegen Rekombinantennachweise unverändert und gleichbleibende Zuwächse, keine Veränderung der wöchentlichen Anteile L452 Mutation: BA.4, BA.5, BA.2.12.2 sowie manche BA.2-Linien haben diese aufgewiesen, möglicher immune Escape (nicht bestätigt) BA.5 und BA.4-Eigenschaften Nach Meldedaten unverändert Fallzahl steigt bei beiden an Anteil hospitalisierter bei BA.5 (BA.4 keine Hospitalisierung) hat sich nicht vergrößert (eher verringert) Keine Verstorbenen für beide Expositionsorte: BA.5 verschiedene europäische Länder, Großteil aus/mit Infektionsort Deutschland, BA.4 ein Fall aus dem Ausland (Spanien) Wachstum BA.4 und BA.5 über die 180 Tage ab erster Sequenzierung ist vergleichbar Verhältnisse zwischen Gesamt- und Stichprobenzahl waren unterschiedlich zwischen beiden Varianten, für die Auswertung wird die Stichprobe genutzt da bei den anderen Zahlen der Grund für Sequenzierung nicht immer bekannt ist, dies wird sich mit der neuen Corona-VO ändern</p> <p>Modellierung Trend BA.4 und BA.5 (Ende Folien molekulare Surveillance)</p>	<p>FG17</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------



	<p>Inzidenz und Anteil von BA.5 steigend, bei BA.2 beides rückläufig Wenn aktueller Trend sich fortsetzt, wäre in KW 24 der Anteil der beiden (Summe BA.4 & BA.5) über 50% und deren Dominanz erreicht, dann würde ein Fallzahlenanstieg folgen Modellierung basiert auf Sequenzdaten bis KW 21, durch die Feiertage gibt es noch keine aktuelleren belastbaren Daten Vorschlag einer Formulierung für den Wochenbericht (s. Folie 8), wird zirkuliert und abgestimmt</p> <p>Diskussion Gibt es Hinweise auf das serielle Intervall und R-Wert für die neuen Varianten? BA.1 (mit 3,3 Tagen) war schneller als BA.1 mit 3.8), zu BA.4 und BA.5 ist noch keine Aussage möglich R-Wert ist auch noch nicht quantifizierbar In KW 20 knapp 9.300 Sequenzen, reicht die Anzahl der sequenzierten Genome noch aus, um den Anteil repräsentativ erfassen zu können? Varianten BA.4 & BA.5 Ist Anstieg bei jungen Erwachsenen auf deren Verhalten oder auf neue Varianten zurückzuführen? Nur Gesamtzahl wurde genutzt, keine AG-Aufschlüsselung Sequenzenmapping ist nur für Meldedaten-Teil möglich Anzahl von BA.5 Anstieg ist sicher auch an das Verhalten gekoppelt, auch mögliche saisonale und andere Effekte Es sind kleine Zahlen, stimmt aber mit der Interpretation von Portugal und Österreich überein Es ist ein Wiederanstieg der Infektionszahlen zu erwarten, BA.4 und BA.5 werden dazu beitragen, wurde gestern auch bereits in BMG-Morgenlage erwähnt In der Schweiz sind BA.4 und BA.5 bereits dominant Anstieg ist nicht allein durch immune Escape erklärbar Dies sollte ggf. in der Zusammenfassung auf Seite 1 im Wochenbericht erwähnt werden BA.4 und BA.5 alleine werden nicht zur Sommerwelle führen, sondern zusammen mit anderen Aspekten Was soll die Botschaft der Modellierung sein? Ebene Empfehlungen: RKI hat COVID-19-Empfehlungen nicht fallengelassen, diese sind noch stets im Wochenbericht erwähnt Ebene politisch: macht ggf. auch andere Maßnahmen daraus, Ampel Koalition diskutiert dies gerade aktiv, Daten müssen Minister vorgelegt werden da relevant für die Diskussion Ferien: aktuell haben BY und BW Pfingstferien (diese Woche das Saarland), das wird Einfluss auf Meldezahlen haben, in KW 25 sind alle noch einmal in der Schule und dann beginnen nach und nach die Sommerferien Botschaft: wir können uns im Sommer ohne Vorsicht nicht sicher fühlen, Interpretation muss vorsichtig formuliert werden, die Extrapolation beruht auf Daten bis zur kurzen KW 21, eventuell Effekte der Feiertage und Schulschließung erwähnt werden Dies sollte in Form eines wissenschaftlichen Papiers diese</p>	<p>FG34</p> <p>Alle</p>
--	---	-------------------------



	<p>Woche an den Minister geschickt werden, lieber nicht länger warten um nicht (später/zu spät) das offensichtliche zu sagen</p> <p>Was ist RKI' s Meinung zu Auffrischungsimpfung? Dies und Influenza werden Themen für den Herbst Impfwirkung besser je näher sie zeitlich am maximalen Geschehen dran ist Nach 3-maliger Impfung erneute Impfung im Sept/Okt sinnvoll, Nov aus logistischen Gesichtspunkten eventuell schwieriger Besser frühere Auffrischung unter Berücksichtigung der Logistik und um Ärzten die Zeit zu geben (ab Ende August/Sept) Lediglich 80% der Älteren hat eine Auffrischimpfung, diese wird im Herbst keinen bedeutenden Schutz mehr geben Ist STIKO-Entscheidung, wird in diese Richtung gehen</p>	
2	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Keine Anpassung</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat</p> <p>Corona Expertenbeirat Stellungnahme Langangekündigte Stellungnahme ist fertig Sperrfrist heute 15 Uhr, es gibt eine PK mit Hr Grömer, Fr Betsch, Hr Sander usw. in der sie vorgestellt wird Präs teilt finale Stellungnahme RKI hat diese massiv mitgestaltet Morgen kommen Staatssekretärin Fr Draheim und Fr Teichert ans RKI und wollen das Surveillancesystem sehen und ob dieses die zukünftigen Forderungen erfüllen kann Zwischenbilanz zu gut/schlecht gelaufenem und wie die Zukunft aussieht ist in Vorbereitung</p>	Präs
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Teaser auf Startseite soll angepasst werden an Sommersituation und neues Bild und andere Optik zu erhalten, wird zur Abstimmung geteilt Perspektivisch: wann könnte COVID-19-Teaser entfernt</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>werden? Im Zuge einer allgemeinen Deeskalation ist dies zu überdenken – vielleicht bei Start der Sommerferien? Auch zu berücksichtigen, wie deeskalierend dies ankommt... Am 7. Juli beginnt die Sommerpause, dann sollte überlegt werden ob Anfang/Mitte Juli Teaser entfernt/ausgetauscht wird Minister will nicht deeskalieren, auch zu bedenken</p> <p>P1</p> <p>Nicht anwesend Verhaltenstipps für die Sommerzeit Frage von BMG zu in Bezug auf Empfehlungen für Reise, Ferien usw. Inhalte z.B. „wenn du auf Reisen gehst, kontrolliere deinen Impfstatus, usw.“, „auch im Sommer ist COVID-19 nicht weg, schütze dich so und so...“ BZgA eruiert ob dies bei ihnen geplant ist Schule, KiTa, Nahverkehr sind (auch) Probleme, warum dies anders behandeln? Vergleichbar erwähnt BfR-Monitor noch stets Händewaschen vor/über Lüften Die Gewichtung sollte gut überdacht werden (auch anhand der Umfrageergebnisse von Fr Betsch) Letzten Sommer gab es einen Flyer, könnte angepasst werden</p> <p><i>ToDo: Aufgabe - P1 soll Sommerflyer von 2021 überarbeiten, in fachlicher Zusammenarbeit mit FG36</i></p>	<p>VPräs/alle</p>
--	--	-------------------



8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>FG36 hat heute einen Erlass bis morgen 15 Uhr erhalten Auftrag: Konzept zuliefern inklusive Interpretation/Empfehlung für Schulen und Kindergärten auf Grundlage von Studien, welche in der Herbststrategie umzusetzen sind RKI Herbststrategie steht noch nicht, Stellungnahme existiert Minister möchte Konzept in KW 25 öffentlich vorstellen Mögliche Erwähnungen: Impfung, Masken weniger, Lüften beschreiben analog Empfehlungen des Expertenbeirats Testungen an Schulen Testungen nicht prioritär erwähnen, dies hängt von genereller Strategie zu Bevölkerungstestungen ab Minister ist generell stark für Testungen, Bürgertestungen werden vorerst weitergeführt Schultestungen müssen auch mit anderen Ressorts abgestimmt werden RKI sollte den Eltern/Bevölkerung nicht vermitteln, dass die Kinder ein Problem sind, andere Gruppen haben vermutlich eine viel höhere Dunkelziffer da sie nie systematisch getestet wurden Testen an Schulen hat aus RKI-Sicht an Bedeutung verloren, Alternativen z.B. Möglichkeit stichprobenartiger Testung per PCR (1,5%) Lollitesten bei Kapazitäten Antigentesten 2-3-mal die Woche beschreiben was jeweils mit diesen erreicht werden kann</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG36/alle
9	<p>Dokumente</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG17/ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG32



14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Einreisende aus Portugal Anfrage aus GA zu Personenreinreise aus Portugal wurde durch Koordinierungsstelle an AL1 weitergeleitet Hilfslosigkeit wie mit Rückreisenden aus Portugal vorzugehen ist, wo BA.5 dominant ist Wie soll mit Personen, die im Kontext von Portugalreisen erkranken, umgegangen werden (zumal Sequenzierungsergebnisse erst später kommen), ist eine besondere Containment-Strategie notwendig? Variante zirkuliert bereits in relevantem Umfang in Deutschland, aktuell kein Beleg für Eigenschaften, die besondere Maßnahmen durch ÖGD erfordert Wird auch in Deutschland dominante Variante werden Rechtlich gesehen ist besondere Strategie bei Virusvariantengebieten zulässig, aktuell gibt es keine definierten Virusvariantengebiete</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>BMG Generalerlass Wurde diese Woche geändert, theoretisch Rückkehr zum normalen Geschäft Es gibt jedoch diverse Ausnahmen hierzu, somit werden weiterhin sehr viele (oft dringende/kurzweilige) Anfragen ans RKI kommen Sehr kurzfristige Dinge können aufgrund der veränderten Dienstzeiten nicht mehr effektiv über die Koordinierungsstelle koordiniert werden Koordinierungsstelle ist aktuell vom 10-16 Uhr besetzt, automatische Abwesenheitsnotiz wird eingestellt um hierüber zu informieren</p>	FG31
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:58

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 15.06.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda / Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
 - Patrick Schmich
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Christian Wittke (Protokoll)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
 - Justus Benzler
- ! FG36
- Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger
- Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Julia Hermes
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
 - Marieke Degen
- ! P1
 - Ines Lein
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
- ! ZIG1
 - Anna Rohde
- ! BZgA
 - Linda Seefeld





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 13.06.2022, Folien hier Eher konstantes globales Infektionsgeschehen (+5% Fälle, +2% Todesfälle) Nach Kontinent Afrika Fallzahlen insgesamt -8% im Vergleich zur Vorwoche Todesfallzahlen: -29% im Vergleich zur Vorwoche Amerika Steigende Fallzahlen (+12%) und Todesfallzahlen (+29%) Vorrangig steigend auf dem südamerikanischen Kontinent Asien Leicht sinkende Fallzahlen (-1%) Leicht steigende Todesfallzahlen (+6%) Ozeanien Fall- und Todesfallzahlabstieg generell (-29% und -14%) Leichte Entspannung in Australien und Neuseeland Europa Steigende Fallzahlen (+12%) im Vergleich zur Vorwoche Sinkende Todesfallzahlen (-27%) Fallzahlanstiege in Deutschland, Niederlande, Italien, Belgien, Frankreich Sinkende Inzidenzen in Portugal auf hohem Niveau Länderfokus Portugal Fallzahlsteigerung seit Anfang Mai 2022 (KW17/18) Positivenanteil steigt weiter (Stand 23.05.2022: 50%) R 7-Tage: 0,98 (Madeira 1,29) 10% der Fälle hospitalisiert, stabil seit Jahresbeginn Stabile ITS Belegung, steigende Todesfälle BA.5: 1. Erstaufreten KW13 2. Dominanz KW19 3. 79% (23.05.2022) 4. 84% (KW22) 5. Seit KW19 steigende Todesfallzahlen 6. geschätzte Wachstumsrate 13% höher als BA.2 7. Verdopplungszeit 6 Tage 8. Bistlang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere Umfrage im PHIRI Netzwerk 09.06.2022, international keine neuen Maßnahmen aufgrund von BA.4 und BA.5 in: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Estland, Finnland, Italien, Irland, Kroatien, Litauen, Niederlande, Rumänien, Slowakei, Slowenien, UK und Zypern 9. Malta hat Deeskalation gestoppt und behält Maskenpflicht in vulnerablen Settings (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Nachweispflicht bei Einreise (Negativer Test/Genesen/Geimpft) bei.</p>	ZIG1 (Rohde)



	<p>Overall Excess Mortality ist derzeit überhöht, aber ggf. auch auf andere Faktoren zurückzuführen u.a. Hitzewelle Weiterhin keine Anzeichen für erhöhte Krankheitsschwere bei BA.5</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet neu übermittelt 92.344, davon 112 Todesfälle 7-Tage-Inzidenz Aktuell 472/100.000 Einw. LK mit Inzidenzen >500: + 17 (155/411) LK mit Inzidenzen >1.000: + 1 (9/411) Bisher >35 Mio. Meldungen über DEMIS SARS-CoV-2-DEMIS-Meldungen korrespondieren mit Anzahl an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer Anstiege in allen BL Höchste Inzidenzen in SH, NI, HE, HB, NRW Geringste Inzidenzen in: TH, SN, ST, BB, BE Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis Hohe 7-Tage- Inzidenzen vorrangig im Nordwesten 157/411 LK mit 7-Tage-Izendenz > 500/ 100.000 Einw. Heatmap – Wöchentliche COVID-19-Inzidenz (pro 100.000 Einw.) Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige) Verdoppelung der Inzidenz in AG 25-29 Jahre von etwa 300/100.000 Einw. auf 600/100.000 Einw. im Vergleich zur Vorwoche COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Rückgang seit KW12, Trend setzt sich weiterhin fort Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland In den vergangenen Wochen keine Beobachtung von Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren</p> <p>Testkapazität und Testungen, Folien hier Es wurde mehr getestet als in der Vorwoche Anstieg der Anzahl Testungen auf 619.298 (Vorwoche: 596.741) Bei mehr Testungen auch höherer Positivenanteil Positivenanteil von 33% auf jetzt 42% gestiegen Nach BL stratifizierte Testanzahl Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und Woche 10. wenig Veränderung, geringe Zunahme im mittleren Alter (35-60-Jährige) Anzahl positive Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und Woche 11. Anstieg in allen Altersgruppen 12. Altersgruppe 5-14-Jährige dominierend Positivenanteile nach AG und Woche 13. 15 bis unter 60-Jährige dominierend und mit steilster Zunahme</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	---



	<p>Syndromische Surveillance, Folien hier GrippeWeb Anstieg der ARE-Raten insbesondere in der AG 15-34-Jährige ARE gesamt eher stabil (Anstieg 3 %): 5,3 % (Vorwoche: 5,1 %) Raten liegen über dem Niveau der vorpandemischen Bevölkerungs-ARE, höher als die übliche Sommersenke AGI ambulanter Bereich Im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: eher stabil (Anstieg 4 %). Rückgang bei Kindern bis 14 Jahre, Anstieg bei den (jungen) Erwachsenen ab 15 Jahren (Anstieg zwischen 10-20%) in KW23: knapp 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in D ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner seit KW 22/2022 wird insgesamt ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet in etwa 240 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose pro 100.000 Einw. z.T. deutlicher Anstieg in allen AG, mit Ausnahme der 80- Jährigen ICOSARI SARI-Fallzahlen in KW 22/2022 etwas gestiegen (ungewöhnlich viele Nachmeldungen), in KW 23 eher stabil auf Sommerniveau Anteil COVID-19 an SARI 18% (Vorwoche: 13%) wieder gestiegen, auch wieder einige Influenza-Fälle (v.a. in den AG 0- 4 und 80+!) Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 13% (Vorwoche: 15%), keine Influenza-Fälle mit Intensivbehandlung Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI scheinbar Talsohle in KW 21/22, leichter Anstieg in KW 23/2022 insgesamt und in allen Altersgruppen</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten SARS-CoV-2 Anstieg in vergangenen 2 Wochen SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren Altersverteilung: höchste Fallzahlen bei über 60-Jährigen und geringste Fallzahlen bei 0-4-Jährigen Influenza: hauptsächlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich 5-34-Jährige, leichter Anstieg, insgesamt niedriges Niveau mit 8% Positivenrate ARE-Aktivität steigend, primär humane Rhinoviren, gefolgt von Parainfluenzaviren, ein paar humane Metapneumoviren (HMPV) mit rückläufiger Tendenz, keine RSV-Nachweise</p> <p>Molekulare Surveillance, Folien hier Anteil Omikron ist unverändert, alle Sublinien zsm. 100%, keine anderen Varianten wurden nachgewiesen</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>BA.2 überwiegt mit 50%, gefolgt von BA.5 mit 24% und BA.2.9 mit 11%</p> <p>BA.5 hat sich anteilig verdoppelt auf knapp 24%</p> <p>Rekombinantennachweise: durch Re-Zuweisungen Sprünge bei XG auf 41 (+38) und XM auf 459 (+99)</p> <p>Ansonsten weiterhin stabil, unverändert und gleichbleibende Zuwächse</p> <p>L452 Mutation: BA.4, BA.5, BA.2.12.2 sowie manche BA.2-Linien haben diese aufgewiesen</p> <p>BA.5-Eigenschaften:</p> <p>2324 Fälle im Meldesystem seit KW 09/22 bis einschl. KW22/22</p> <p>Hospitalisiert: 23 (1.0 %); 1419 (61 %) NA</p> <p>Verstorben: 0 (106 NA)</p> <p>Fallzahl steigt bei beiden an</p> <p>Expositionsart: 29x EUR außer DE, Afrika (2), Amerika (2), Asien (3)</p> <p>Meldesystem: 26/1101 Verdachtsfälle</p> <p>BA.4-Eigenschaften:</p> <p>431 Fälle im Meldesystem seit KW 15/22 bis einschl. 22/22</p> <p>Hospitalisiert: 3 (0.7 %); 269 (62 %) NA</p> <p>Verstorben: 1 (13 NA)</p> <p>Expositionsart: 1x EUR außer DE, Afrika (2), Amerika (2)</p> <p>Meldesystem: 7/201 Verdachtsfälle</p> <p>Diskussion</p> <p>10% Hospitalisierungsrate in Portugal. Werden hier häufiger die schweren Fälle diagnostiziert?</p> <p>14. Vermutlich ja. Testung in Deutschland tendenziell eher sensitiv.</p>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
2	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>CWA – Ergebnisse der Privacy-Preserving Analytics (2021)</p> <p>Auswertung nach Device und Betriebssystem</p> <p>Täglich etwa 15 Mio. übermittelte Datensätze</p> <p>Erhöhter Risikostatus bei Personen, die sich für einen Test registriert haben</p> <p>Höhere Positivenrate bei jenen mit erhöhten Risikostatus;</p> <p>Unterschiede im Winter weniger ausgeprägt als ab Frühjahr.</p> <p>Grund ggf. strengere Corona-Regeln + mehr Awareness im</p>	<p>FG32 (Benzler)</p>



	<p>Winter. Anteil Positivenrate nach Risikostatus: 1. Bei PCR-Tests Anstieg der Positivenrate über den Winter über alle Risikostatus hinweg; ab Frühjahr weiter Anstieg der Positivenrate bei erhöhten Risikostatus (bis zu 75%) und Rückgang bei allen anderen Risikostatus. 2. Bei Antigen-Test gleiches Bild mit Positivenrate bis zu 13% bei hohem Risiko und unter 5% bei allen anderen Risikostatus. Schnelles Testen innerhalb von 1-2 Tagen nach Statusänderung in CWA Fazit: Jene mit einer roten Kachel haben eine deutlich höhere Positivenrate als jene mit einer grünen Kachel</p>	
5	<p>Aktuelle Risikobewertung keine Anpassung</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (nicht berichtet)</p>	Präs
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA Merkblätter zur Corona-Schutzimpfung aktualisiert Merkblätter für Eltern zu einem zusammengefasst Neues Merkblatt für Risikogruppen Veröffentlichung Merkblatt für Genesene Ende der Woche</p> <p>Presse Bundespressekonferenz am Freitag, 17.06. mit Hr. Schaade Kernaussagen für Lagebericht und BPK Orientierung an letzten Wochenbericht und Tweets Verhaltensregeln und Impfungen in den Vordergrund stellen</p> <p>P1 Aufgabe - P1 soll Sommerflyer von 2021 überarbeiten, in fachlicher Zusammenarbeit mit FG36 In Auftrag, Deadline nächste Woche</p>	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse (Wenchel / Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>



8	RKI-Strategie Fragen Allgemein (nicht berichtet) RKI-intern Sprechen wir aktuell von einer Sommerwelle? Begriff momentan eher vermeiden, da er vermutlich vom RKI auch nicht gefordert wird Fokus auf wissenschaftliche Definition der einzelnen Wellen Einigung: Begriff Sommerwelle vermeiden	Alle
9	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
10	Labordiagnostik (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)	Alle
13	Surveillance Verbesserung Hospitalisierungsmeldungen über DEMIS seit März 2022 können KH über das DEMIS-Meldeportal auch Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 elektronisch an die GÄ melden Nutzung bisher gering, da manuelle Eingabe in DEMIS erforderlich Schnittstelle wurde zur Verfügung gestellt, sodass automatisierte Meldung aus den KIS an DEMIS erfolgen kann Problem derzeit: Nur wenige KIS-Anbieter haben diese Schnittstelle bisher umgesetzt Ggf. Vorbereitung Brief des RKI an die KH Treffen am Freitag, 17.06. mit KH und KIS-Anbietern Bereitstellung Adressatenliste Ansprechpartner der KIS-Anbieter	FG32 (Diercke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nicht berichtet)	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle Generell ruhiger geworden, keine akuten Anliegen, vereinzelte Anfragen	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle



17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:16 Uhr



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 06.07.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG35			
!	Institutsleitung	o	Christina Frank		
	o	Lars Schaade	!	FG36	
!	Abt.2	o	Walter Haas		
	o	Michael Bosnjak	o	Silke Buda	
!	Abt. 3	o	Stefan Kröger		
	o	Osamah Hamouda	!	FG37	
	o	Tanja Jung-Sendzik	o	Tim Eckmanns	
!	FG12	!	Presse		
	o	Annette Mankertz	o	Susanne Glasmacher	
!	FG14	o	Ronja Wenchel		
	o	Melanie Brunke			
!	FG17	!	P1		
	o	Ralf Dürrwald	o	Ines Lein	
!	FG23				
	o	Antje Gößwald	!	MF4	
!	FG25				
	o	Christina Poethko-Müller	o	Janina Esins	
!	FG31	!	ZBS7		
	o	Ute Rexroth			
	o	Maria an der Heiden	o	Agata Mikolajewska	
	o	Christian Wittke (Protokoll)	!	ZIG1	
!	FG32	o	Anna Rohde		
	o	Michaela Diercke	!	BZgA	
!	FG33	o	Astrid Rose		
	o	Thomas Harder			





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 06.07.2022, Folien hier Steigendes globales Infektionsgeschehen (+13% Fälle, +3% Todesfälle) Mit Ausnahme von Afrika auf allen Kontinenten steigende Fallzahlen Nach Kontinent Afrika Fallzahlen insgesamt -19% im Vergleich zur Vorwoche Todesfallzahlen: -34% im Vergleich zur Vorwoche Amerika Steigende Fallzahlen (+5%) und Todesfallzahlen (+17%) Asien Steigende Fallzahlen (+13%) Sinkende Todesfallzahlen (-6%) Ozeanien Fall- und Todesfallzahlanstieg generell (+17% und +7%) Europa Steigende Fallzahlen (+19%) im Vergleich zur Vorwoche Sinkende Todesfallzahlen (-11%)</p> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 EW in Europa 22 Länder mit >40% Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche Höchste Inzidenz in Zypern (1.225), Frankreich (1.175), Luxemburg (917), Italien (916) und Österreich (817) BA.5 in EU Dominanz in den meisten EU Ländern in KW23 Portugal: Dominanz KW19, sinkende Fallzahlen ab KW23 BA.5 Welle: sinkende Fallzahlen ab ca. KW28 erwartet Europa – Anpassung Impfpfählung 2. Auffrischimpfung wegen BA.5 Frankreich und die Niederlande empfehlen 2. Auffrischimpfung ab 60 Jahren, Norwegen ab 65 Jahren Dänemark wird ab 01.10.2022 allen ab 50 Jahren eine Einladung zur 2. Auffrischimpfung schicken Teststrategien international [ID5545] Kostenloses Selbsttests aktuell nur noch in den USA Kostenpflichtige Selbsttests mit starker Empfehlung in Niederlande, Portugal, Italien, Spanien PCR-Tests kostenlos sehr unterschiedlich in für eingeschränkte Personengruppen verschiedenen Ländern Österreich bietet der Allgemeinbevölkerung 5 kostenlose Selbsttests und 5 kostenlose PCR pro Person und Monat an Omikron Sublinie BA.2.75 Aus Medienberichten in Indien(fälle in 10 Bundesstaaten), vereinzelte Fälle in UK, Kanada, Neuseeland, Australien Einzig verfügbares Offizielles Statement aus Ministry of</p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p>



	<p>Health in Neuseeland: Aktuell besteht keine Evidenz Maßnahmen anzupassen</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet neu übermittelt 130.728, davon 122 Todesfälle 7-Tage-Inzidenz Aktuell 678,8/100.000 Einw. LK mit Inzidenzen >500: + 0 (305/411) LK mit Inzidenzen >1.000: - 1 (38/411) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer Anstieg hat sich verlangsamt in allen BL Höchste Inzidenzen in SH, NI, SL, HB, NRW Geringste Inzidenzen in: TH, SN, ST, BB, BE Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis Weiterhin hohe 7-Tage- Inzidenzen vorrangig im Nordwesten 305/411 LK mit 7-Tage- Inzidenz > 500/ 100.000 Einw. Heatmap – Wöchentliche COVID-19-Inzidenz (pro 100.000 Einw.) Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige) Geringste Inzidenz bei 0-4-Jährigen und 65+ Jährigen Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland Leichter Anstieg von Sterbefallzahlen ggf. aufgrund der Hitzewelle</p> <p>Intensivregister, SPoCK (Folien hier) DIVI-Intensivregister Mit Stand 06.07.2022 werden 1.059 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +938 in den letzten 7 Tagen Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen</p> <p>Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten Relativ gleichmäßig über Deutschland verteilt (Ausreißer Hamburg und Bremen)</p> <p>Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad Zuwachs bei leichten und Rückgang bei schweren Behandlungen Anstieg in absoluten Zahlen durch die ältere Generation (60+ Jahre): 76% ist über 60 Jahre</p> <p>SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen Die Prognosen sagen einen Zuwachs der IST-Belegung in allen BL voraus.</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien hier GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 26. KW 2022 bei 5.400 ARE (Vorwoche: 5.500) pro 100.000 Einwohner.</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	--	--



	<p>Entspricht einer Gesamtzahl von 4,5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (25. KW: ca. 4,6 Millionen). ARE gesamt: stabil 5,4 % (Vorwoche: 5,5 %); Vorwochenwert ist um 0,1 Prozentpunkte „gestiegen“ Trend bisher stabil, kein Rückgang zu erkennen Anstieg bei Kindern (von 9,3 % auf 10,7 %), bei Erwachsenen gesunken (von 4,9 % auf 4,5 %) Raten liegen deutlich über dem Niveau der vorpandemischen Bevölkerungs-ARE AGI ambulanter Bereich Im Vergleich zur 25. KW 2022: stabil, Rückgang in allen Alters-gruppen durch Nachmeldungen für KW25 ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW 26. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gesunken. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 26. KW 2022 Rund 420 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose /100.000 EW (=Gesamtzahl von rund 350.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in D) ICOSARI SARI-Fallzahlen in KW 26 weiter eher stabil auf Sommerniveau SARI-ICU seit KW 24 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI 3,1 COVID-SARI pro 100.000 Entspricht ca. 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D. Stabil im Vergleich zur Vorwoche Entwicklung COVID-SARI 16. KW bis 26. KW 2022 Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 abgeschwächt in KW 26 Wieder mehr Intensivbehandlungen in AG 60-79 (Nachmeldungen für KW 26 wahrscheinlich) Anstieg Todesfälle in AG 80+ (KW 24 und 25, Nachmeldungen für KW 26 wahrscheinlich)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten SARS-CoV-2 Plateau in vergangenen Wochen In KW26 20% SARS-CoV-2 Nachweise SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren Altersverteilung: höchste Fallzahlen bei über 60-Jährigen und geringste Fallzahlen bei 0-4-Jährigen Influenza: 5,3% Nachweise ausschließlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich 16-34-Jährige. ARE-Aktivität Anstieg bei Parainfluenzaviren. HRV leicht abnehmend, vereinzelt HMPV und kein RSV Nachweis.</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>Molekulare Surveillance, Folien hier Der Trend der letzten Wochen setzt sich fort BA.5 überwiegt nun deutlich mit 77% gefolgt von BA.2 (16,1%), BA.4 (6,7%) und BA.2.12.1 (3,6%) BA.5 wird aufgeteilt in in Sublinien (BE.1 26,7%, BA.5.1 25,3%, BA.5.2.1 8,5%, BA.5.2 6,3%) BA.5-Eigenschaften: Seqs: 21.938 davon 12.699 in Stichprobe 8.191 Fälle im Meldesystem bis 05.07.2022 Hospitalisiert: 144 (1.8 %); 6438 (79 %) NA Verstorben: 3 (3x 60-79; 1x 80+) BA.4-Eigenschaften: Seqs: 2.701 davon 1.541 in Stichprobe 1.551 Fälle im Meldesystem bis 05.07.2022 Hospitalisiert: 22 (1,4 %); 996 (64 %) NA Verstorben: 1 Gesamtgenomsequenzierungen & CorSurV 05.07.2022 Knapp 1 Mio. Gesamtgenomsequenzen, davon 473.446 in Stichprobe</p> <p>Erste Ergebnisse von CoMobu 2: Seroprävalenz von Antikörpern gegen SARS-CoV-2, Anteil Geimpfter und Infizierter bis Ende Februar 2022 (Folien hier) Corona Monitoring bundesweit 2021 ist eine Kooperation zwischen RKI und SOEP Nettostichprobe von 11.162 Themenspektrum in Fragebogen: Infektion, Impfung, Informiertheit, aktueller Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten Zeitraum vor allem bis Ende 2021 Seroprävalenz von IgG-Antikörpern in erwachsener Bevölkerung wurde bundesweit auf 91 Prozent geschätzt (85% bei 14-17-Jährigen) 10% der Erwachsenen in D hatte eine SARS-CoV-2 Infektion. (Bevölkerung 60+: 7%) Etwa ein Drittel der Bevölkerung wurde mit einem besonders guten Schutz vor einem schweren Verlauf eingeschätzt Limitationen: Nur Privathaushalte. Unterschätzung durch methodische Unsicherheiten, Selektions-Bias</p> <p>Diskussion</p> <p>Gibt es eine Darstellung zu der Zahl der Betreibbaren ITS- Betten pro Tag, der Nenner der Kapazitätsauslastung dürfte sich aufgrund der Erkrankungssituation im Personal stark ändern -> Möglicherweise unterschätzt die Zahl der belegten Betten die tatsächliche Situation? Die Zahl der betreibbaren Betten sind seit Januar um etwa 5% gesunken. Dafür spielt der Faktor Personal natürlich eine Rolle. MF4 informiert bei Auffälligkeiten. Situation SH: In der EpiLag wurde erwähnt, dass Anstieg der Fälle auf die Kieler Wochen zurückzuführen ist.</p>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG23 (Gößwald)</p> <p>Alle</p>
--	---	--



	Anregung die BA.5 Sublinien in den Grafiken farblich ähnlich zu gestalten, so dass sie erkennbar zusammengehören CoMiBu ist nur auf einer größeren Ebene regional stratifizierbar, nicht kleinräumig	
2	Update Impfen Morgen erscheint der neue Monatsbericht zum COVID-19 Impfgeschehen in Deutschland STIKO Tagung letzte Woche; Evidenz hinsichtlich einer möglichen Veränderung der Empfehlung einer 2. Auffrischimpfung wird bis zur nächsten Sitzung am 20. Juli umfassend aufbereitet	FG 33 (Harder)
3	Update digitale Projekte (nicht berichtet)	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung Vorschlag Satz zu Long-COVID-19 (Folien hier und hier) Studienfrage: Einschätzung der Effektivität einer Impfung gegen COVID vor einer Infektion in Hinblick auf Long-COVID Systematisches Review – Methodik PICOS Abschlussbericht voraussichtlich im Herbst Nach Ein- und Ausschlusskriterien werden 69 Studien gesichtet Soll zunächst nicht in die aktuelle Risikobewertung einfließen bevor endgültige Ergebnisse da sind Keine Änderung bei aktueller Risikobewertung	FG25 (Poethko-Mueller)
5	Expertenbeirat (nicht berichtet)	Praes
6	Kommunikation BZgA nicht berichtet Presse Social Media Taskforce gibt morgen eine Einleitung für den Wochenbericht mit Fokus auf akute Atemwegserkrankungen. P1 Verhaltenstipps für den Sommer sind online. Es wurde bereits dazu getwittert.	BZgA Presse (Wenchel) P1 (Lein)



7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	Alle
8	<p>Dokumente</p> <p>Zwischenbericht COVID-19 Datenstand vom 01.01.2022 wird zeitnah finalisiert Vorschlag: Absegnen durch Abteilungsleitungen Nicht finale, noch nicht vollständig im Haus abgestimmte Entwurfsvorlage sollte zeitgleich an Wissenschaftlichen Beirat und Abteilungen übermittelt werden (Zieldatum 15.07.22)</p>	FG31 (Rexroth)
9	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Lückenhafte Besetzung aufgrund von Krankheitsständen, Urlaub und anderen Prioritäten wie z.B. die Affenpocken-Lage keine eigene Kompensation möglich; es drohen Ausfälle</p> <p>Vorschläge Frequenzreduktion Berichterstattung Insbesondere Veränderung Frequenz des Wochenberichts; Texte und Inhalte ggf. kürzen Anregung Montagsberichterstattung zu hinterfragen, keine sinnvollen Daten Thema wird mit in den nächsten Jour Fixe genommen</p>	FG31 (Rexroth)
10	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	Alle

Ende: 13:13 Uhr

Lage-AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 07.09.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG25
 - Christa Scheidt-Nave
 - Rebekka Mumm
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG32
 - Jakob Schumacher
- Miriam Beneragama
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Anna Rohde
- ! BZgA
 - Andrea Rückle





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Weltweit: Fall- und Todesfallzahlabnahme (Datenstand: WHO, 06.09.2022) Todesfall-Zuwachs auf dem amerikanischen Kontinent (13%) 7-T-I in Russland, ein paar osteuropäischen Ländern, Australien, Südkorea und Japan hoch Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz: Im Vergleich zur Vorwoche leichte Entspannung<u>weitere Entspannung in den meisten europ. Ländern</u>, in DK und Schweden <u>auch durch hellere Kategorie auf Karte zu sehen</u>, Probleme mit Meldungen aus Griechenland und Schweiz Russland und Ukraine In beiden Ländern Fallzahlenanstieg im Vergleich zur Vorwoche Russland: Anstieg lässt nach, Gipfel scheint sich abzuzeichnen Ukraine: 7-T-I zeigt einen 41% Anstieg im Vergleich zur Vorwoche, Datenstand jedoch etwas unklar (KW-35?)<u>06.09.2022 (Der DS aus dem Report im WHO AEM meeting war unklar, vermutlich KW 35, dort Trend +26%)</u> Verfügbare Informationen zur Krankenhaus (KKH)-Belegung zeigen einen 20% Anstieg, 40% der PCR und 14% der durchgeführten Antigentests sind positiv ECDC Guidance: Projektion der Pandemie bis 2032 (29.08.2022) Berechnung von Langzeitszenarien basierend auf mehreren Einflüssen, Pathogeneigenschaften, Immunologie, Virologie, gesellschaftliche Faktoren, medizinische Interventionen Kontinuum mit Variationen der möglichen Szenarien Bestenfalls: Gefahr verringert, alle EU/EEA Länder können gut mit der Situation umgehen, bis schlimmstenfalls neue Pandemie Daran anschließend EMA und ECDC Empfehlungen, inkl. bezüglich des Einsatzes von adaptierten Impfstoffen: Sollten nach Prioritätsgruppen (mit erhöhtem Risiko eines schweren Verlaufs) verabreicht werden, immunsupprimierte, ältere Menschen, Bewohnende und Arbeitende in Einrichtungen, schwangere Frauen, etc.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Parameter sind generell weiter rückläufig SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.344.032 (+46.495), davon 147.981 (+120) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 217,2/100.000 Einw. DIVI Intensivregister 741 (-25) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.768.042 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.439.225 (76,3%),</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL3</p>



	<p>Auffrischimpfungen 51.586.068 (62,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Abnahme ist verlangsamt aber stetig, um ca. 10-12% Geografische 7-T-I Verteilung 1 Kreis mit >500 (aktuell keine weiteren Informationen verfügbar), 70% unter 250 Aktuell möglicherweise Kreise mit hohen Inzidenzen aufgrund stattfindender Bierfeste Altersgruppen Rückgang in allen AG, einschließlich Schulkinder 5-15 Anstieg nach Ferienende scheint vorbei zu sein Auch bei hochaltrigen (75+) Inzidenz deutlich rückläufig Todesfälle Rückgang der Zahlen Etwas erhöhte Werte in den letzten 2 Wochen aber insgesamt abnehmender Trend Wöchentliche Sterbefallzahlen immer noch leicht erhöht aber keine deutliche Übersterblichkeit ITS-Belegung und Spock (14-tägig) (nicht berichtet) Syndromische & virologische ARE-Surveillance, Folien hier GrippeWeb Werte im Vergleich zu letzter Woche leicht angestiegen, aber im Bereich von früheren Saisons nach Ende der Ferienzeit und somit nicht unüblich Insbesondere bei Schulkindern Anstieg, dies ist ebenfalls vor dem/mit dem Herbst nicht unerwartet ARE-Konsultationen Zahlen insgesamt im Vergleich stabil ARE-Konsultationen mit COVID-19-Diagnose: in meisten AG COVID-19 spezifische Besuche rückläufig, entsprechend dem Rückgang in der generellen Welle ICOSARI Insgesamt aber auch intensivmedizinische SARI-Inzidenz stark zurückgegangen, etwas erhöhtes Sommerniveau, aber auch in früheren Saisons üblich Anteil COVID- an SARI Fällen zurückgegangen (-19%), bei Intensivpatienten -17% Zu Influenza noch nichts Bedeutsames zu erkennen SARI-Fälle nach AG In allen AG auf Sommerniveau Leichter Anstieg bei <15-jährigen Bei 80-jährigen über den Werten der Vorjahre Anteil COVID-19-Diagnosen bei >80-jährigen leicht gesunken Meldedatenvergleich mit Hospitalisierungsinzidenz Meldedaten- liegen oberhalb von COVID-19-SARI-Fällen Deutlicher Rückgang von COVID-19-Fällen bei AG 80+ AGI virologische Surveillance Deutlicher Rückgang von SARI-Nachweisen auf 7% Dennoch SARS-CoV-2 in diesem Jahr stärkste Zirkulation im Sentinel In KW35 kein einziger Nachweis endemischer Coronaviren, generell überschaubare Anzahl dieser Influenzaviren:</p>	<p>FG36</p> <p>FG17</p>
--	---	-------------------------



	<p>leichter Rückgang von H3N2 seit langem in KW35 1. Nachweis von H1N1 bei Influenza eher unüblich, das ganze Jahr eine Zirkulation zu haben Rhinoviren am häufigsten nachgewiesene Viren (23%), dann Parainfluenza (~13%) dann SARS-CoV-2 Insgesamt keine Besonderheiten Testkapazität, Testungen, ARS, Folien hier Testzahlen In absoluten Zahlen leichter Rückgang (-3%) Positivenanteil von 34 auf 32% zurückgegangen Testkapazität bei 2,7 Mio. pro Woche, gleichbleibend Knapp halbe Mio. PCR-Tests in KW35 Insgesamt seit Beginn >140 Mio. PCR-Tests erfasst SARS in ARS Generell in den BL leichter Rückgang, mancherorts gleichbleibend Positivenanteil geringfügig rückläufig mit gewissen regionalen Unterschieden Nach Einrichtungen -In Arztpraxen seit ein paar Wochen deutliche Rückgänge -Langsamere Abnahme in KKH -Positivanteile in allen drei Bereichen rückläufig -Insgesamt rückläufiger Trend zu Testungen hat aber keinen Einfluss auf Turnaround-zeit (zwischen Abnahme und Test) Altersverteilung -In jüngeren AG (Kinder & Jugendliche) Tests auf niedrigem Niveau aber stabil durchgeführt -In anderen AG leichter Rückgang - Positivanteile parallel in allen AG rückläufig Ausbrüche in Einrichtungen: Rückgang der aktiven Ausbrüche im Vergleich zur Vorwoche, ebenso Abnahme der Anzahl von übermittelten Todesfällen in beiden Einrichtungstypen Molekulare Surveillance, VOC, Folien hier Gesamtbild ist unverändert Gleichbleibend hoher Anteil von BA.5 mit 96,4%, minimal gesunken, minimale Steigerung von BA.2 (0,9%) Nachgewiesene Hauptsublinien: BA.5.1 (26%) und BA.5.2 (25%), gefolgt von BA.5.2.1 (14%) Mutation S:R346X: siehe Folie zu BA.4 und BA.5 Sublinien, die diese Mutation aufwiesen haben</p> <p>Diskussion Bierfeste und LK-Inzidenzen Sollte dies vor Oktoberfest thematisiert werden? Nein, jede/r sollte wissen, dass Maske tragen sinnvoll ist, RKI empfiehlt Tragen von Masken in Innenräumen Bier trinken ist mit Maske nicht möglich, jede/r entscheidet aktiv, sich dem auszusetzen (oder nicht) Übergeordnetes Ziel ist, schwere Erkrankungen in der Bevölkerung zu verhindern Bei Ausbleiben von neuer, gefährlicherer Variante, besser nicht zu viel Aufregung produzieren</p>	<p>AL3</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	------------------------------------



	<p>Auftretende Todesfälle: wo treten diese auf, in Heimen oder im KKH? Kommen Patienten aus Heimen gar nicht mehr ins KKH?</p> <p>>80-jährige generell deutlich höheres Risiko, versterben ggf. mit Verzug aber zum Großteil im KKH</p> <p>Zunahme von Todesfällen erscheint vergleichsweise hoch</p> <p>Eine deutliche Änderung würde registriert werden, so lange parallel (in Testungen und Ausbrüchen) ein Rückgang zu sehen ist, ist ein solcher nicht wahrscheinlich</p> <p>Präsentation „Veränderung der Symptomatik bei den verschiedenen SARS-CoV-2 Varianten, Folien hier</p> <p>Analyse der Angaben zu Symptomen in den Meldedaten bei unterschiedlichen Varianten von SARS-CoV-2</p> <p>Methode</p> <p>Vergleich von 3 Datenquellen mit einander</p> <p>IfSG-Meldedaten Deutschland</p> <p>CIS aus UK (Zufallsstichprobe von Personen von Adresslisten und frühere Umfragen, Selbstbeprobung)</p> <p>REACT-1 aus UK (Zufallsstichprobe NHS-Patientenregister, nicht dieselben Personen, die sich mehrmals beproben aber auch Selbstbeprobung)</p> <p>Analyse des Verlaufs des Anteils von berichteten Symptomen symptomatischer Fälle</p> <p>Ergebnisse der wichtigsten Symptome aus Meldedaten</p> <p>Allgemeinsymptome relativ stabil</p> <p>Halsschmerzen Anstieg bei Omikron</p> <p>Husten und Schnupfen Anstieg seit Pandemiebeginn</p> <p>Fieber Hoch während Alpha, bei Omikron ebenso höher</p> <p>Deutlicher Anstieg von Durchfall und Dyspnoe</p> <p>Rückgang von Pneumonien</p> <p>Deutlicher Abfall von Geschmacks- und Geruchsverlust mit Omikron</p> <p>Vergleich mit UK Daten</p> <p>Geruchs- und Geschmacksverlust hat mit Omikron deutlich nachgelassen, etwas unterschiedlich in verschiedenen AG</p> <p>Halsschmerzen: kontinuierlicher Anstieg auch in UK mit Omikron, gewisse Variationen nach AG</p> <p>Husten Anstieg über den Pandemieverlauf</p> <p>Fieber unterschiedlich: in DE Abfall, bei REACT-1 Anstieg, bei CIS eher gleichbleibend</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Meist Übereinstimmung in allen drei Erhebungssystemen, gegenseitige Validation über verschiedene Methoden hinweg</p> <p>Veränderte Symptomatik zwischen Varianten und unterschiedlich je nach AG</p> <p>Omikron: deutliche Abnahme von Geschmacks- und Geruchsverlust, jedoch Zunahme von Erkältungssymptomen</p> <p>Diskussion</p> <p>Ist hierzu eine Publikation vorgesehen? Eine short communication ist geplant</p> <p>Ist eine Zunahme von Dyspnoe bei Abnahme von Pneumonien</p>	<p>FG36</p>
--	--	-------------



	<p>plausibel? Ja, diese können dissoziiert werden (z.B. vaskulär bedingte Dyspnoe) Frage BZgA: Werden die dargestellten Ergebnisse zu den Symptomveränderungen im Verlauf auch in RKI-Dokumenten widergespiegelt werden, z.B. durch aktualisierten Erregersteckbrief? Steckbrief ist aktuell eingefroren (Ressourcenmangel), die Ergebnisse dieser Analyse sollen rasch der Fachöffentlichkeit präsentiert werden</p>	
2	<p>Update Impfen (nicht berichtet)</p>	FG 33
3	<p>Internationales (nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte (nicht berichtet)</p>	FG21
5	<p>Ziele: Evidenzsynthese von Häufigkeit, Dauer und Beeinträchtigungsgrad, Risiko- und Schutzfaktoren, Identifizierung von Forschungslücken, etc. Ergebnisse Meist unkontrollierte Kohortenstudien 70% in high income countries 10%/nur wenige der Studien enthielten Kinder und Jugendliche Ergebnisnutzung: Visualisierung durch Evidence Maps, Studienrepositorium Nutzung der Ergebnisse für Fachöffentlichkeit Systematisches Review Manuskript wurde eingereicht Höheres Risiko für gesundheitliche Langzeitfolgen im Vergleich zu Grippefällen oder test-negativen Kontrollen Nächste Schritte Folgeprojekt im Rahmen des 9PP Maßnahme 6 wurde beantragt und bewilligt, kontinuierliche Zusammenarbeit Vertiefendes Update, nun Fokus auf Erwachsene (WHO Falldefinition für Kinder ist noch in Arbeit): Häufigkeit, Dauer, Auswirkung von Long COVID-19, besonders betroffene Personen Diskussion Ergebnisse und Aktivitäten sollten sichtbar gemacht werden Variantenspezifischen Unterschiede Durchseuchung der Bevölkerung wurde bis zu Omikron verhindert, die meisten Menschen wurden mit Omikron infiziert Ergebnisse beziehen sich auf Varianten vor Omikron Bei Symptomgegenüberstellung scheint Omikron in mehreren Aspekten ganz anders zu sein Disclaimer hierzu ist in der Publikation enthalten und</p>	FG 25 (Rebekka Mumm)



	<p>diskutiert, ebenso in den FAQs Bisher gibt es wenige Studien, die zu Omikron und Long COVID-19 aussagekräftig sind Symptome scheinen sich zu ändern, auch bei Omikron gibt es Long COVID-19, angesichts der Massen von Infektionen bleibt dies ein Risiko und PH Problem Auch die Impfung bringt eine andere Dynamik mit hinein, auch hier zu dünne Evidenz/Studienlage, viel ist noch unklar Evidenzsynthesen sind sehr wichtig, trotz vorherrschender Ressourcenprobleme</p>	
6	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kann das RKI eine Anpassung dieser, z.B. Herunterstufung der Gefährdung, entscheiden? Dies müsste mit dem BMG abgestimmt werden Eine Verlangsamung des Rückgangs ist sichtbar, erneuter Anstieg in 2-3 Wochen ist nicht ausgeschlossen, wird aktuell nicht angepasst</p>	Alle
7	<p>Expertenbeirat</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Vorbereitung der Inhalte auf Impfempfehlung für angepasste Impfstoffe Frage: (wie) soll Möglichkeit der antiviralen Behandlung kommuniziert werden? RKI hat Empfehlungen hierzu veröffentlicht, diese werden regelmäßig überarbeitet, kein zusätzlicher, intensiver Kommunikationsbedarf Medizinische Gabe eines Antiinfektivums sollte nicht pauschal empfohlen oder beworben werden, Existenz der Medikamente jedoch bekannt sein, Klärung über Indikation liegt bei der Ärzteschaft Informationsmaterial für behandelnde Ärzte ist vorhanden, beinhaltet auch unterschiedliche Bewertungen, sollte allen zur Verfügung stehen Könnte ggf. erneut über die Ärztekammern kommuniziert werden, ZBS7 nimmt dies mit</p> <p>Presse</p> <p>Hinweis A bis Z Seite zu COVID-19 ist aktuell in Überarbeitung, Dank an die Personen, die die unterstützen IT4 stellt Wochenenddienste ein, montags ist die Fallzahlentabelle aktuell leer (Nullen in der Tabelle), soll sich hier etwas ändern? Nein, bleibt wie gehabt erhalten Grund: Die meisten Gesundheitsämter übermitteln am Wochenende nicht mehr, bisher gab es einen IT4 Dienst am Sonntag um diese wenigen Daten einzufügen, dies wird nun nicht mehr der Fall sein</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>Tägliche Situationsberichte auf Deutsch und Englisch noch notwendig? Könnten diese abgeschafft werden? Nein</p> <p>P1</p> <p>Flyer ist in Arbeit</p> <p>Anfragen/Aufgaben vom BMG</p> <p>Wie kann mit Aufträgen bzw. Beiträgen zur Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen am Institut besser umgegangen werden? Beispiel von FG36: Von FG33 erhaltener, durch eine Agentur (Aufgabenstellung durch BMG an Agentur ist RKI unklar) vorbereiteter Beitrag zu COVID-19 zur Kommentierung Dieser beinhaltet gewisse problematische, jedoch keine infektionsepidemiologischen Aspekte, es geht mehr um die Kommunikationsart und Botschaftensteuerung (keine fachliche Frage) Sollten dieserart kommunikative Aufgaben zunächst an RKI-Kommunikationsexperten gehen? Wie kann dies in der Abstimmung verbessert werden? Marieke Degen bespricht mit Presse und Christina Leuker in P1, wie es anders organisiert werden könnte</p> <p>Wochenbericht</p> <p>Tenor Entspannung der Lage wird darin umgesetzt Risikoeinstufung ist jedoch im Bericht mitbeinhaltet und könnte ggf. als Diskrepanz in der Einschätzung wahrgenommen werden Inzidenz liegt noch stets bei 230, Infektionsdruck bleibt bestehen Absatz wird weggestrichen, auf Nachfrage folgt Erklärung, dass Betonung nicht erwünscht war, aber Risikobewertung bestehen bleibt</p>	<p>P1</p> <p>FG36/Presse /P1/VPräs</p>
<p>9</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>Definition Reinfektion Definition der Reinfektion wurde vor einiger Zeit von FG36 mit FG32 abgestimmt Nachfrage in der EpiLag diese Woche weist auf, dass aktuell eine veraltete Definition online ist, diese sollte entfernt und durch eine fachlich besseren Definition ersetzt werden Sollte damals noch einmal an das BMG geschickt werden, unklar, wie weit dies gekommen ist damals FG32 und FG36 stimmen die Definition ab, muss diese vor Publikation ans BMG geschickt werden? (tut mir leid, Antwort habe ich nicht gehört)</p>	<p>Alle</p> <p>FG36</p>



	<p>Wunsch aus AGI am Dienstag an Abt. 2 Abt 2. soll am Freitag in einer Gruppe zur Indikatorendiskussion und notwendigen Informationen, sowie der technischen Umsetzung vertreten sein Ute Rexroth schickt eine Email an AL2</p>	FG31
10	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance Status Pandemieradar</p> <p>Wird seit Montag durch FG32 koordiniert, Folien hier Minister hat im 7-Punkte-Plan einen Pandemieradar angekündigt und beworben Identifizierte notwendige Schritte: Auftrag existiert noch nicht Bearbeitende OEs am RKI Auswahl Indikatoren: Indikatoren-Vorschlag erstellt, Minister hat noch nicht entschieden Veröffentlichung als OpenData Visualisierung wird als problematischster Schritt gesehen Wahrscheinlich Nutzung der RKI-Trendseite Anpassung von Indikatoren und Layout Risiko, dass es nicht genau den Wünschen/Versprechungen entspricht Wissenschaftliche Aufbereitung im Wochenbericht Journalistische Aufbereitung 2 Indikatoren sind noch zu klären Viruslast im Abwasser, Datenfluss noch in Diskussion, Abstimmung UBA und BMUV, Klärung von Datenschutz/-weitergabe Bettenbelegung, neues Gesetz erlaubt Erhebung über Konfort-Client, genaue Kennzahlen noch nicht klar, Nenner nicht bestimmbar Diskussion BMG hat offene Ausschreibung abgelehnt und das RKI aufgefordert dies zu entwickeln Einzige zeitnahe Alternative ist, den aktuellen Trendbericht zum Pandemieradar zu erweitern, zunächst kein Widerspruch vom BMG (auch angesichts der Zeitknappheit) Abstimmung FG32 und AL3 was noch möglich ist in der kurzen Zeit Bei unspezifischen Vorgaben entwickelt RKI, was es für sinnvoll hält, 80% des Pandemieradars ist bereits im RKI Trendbericht beinhaltet</p>	FG32



14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Wegen Einreise-VO steht ein baldiger Austausch an</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Koordinierungsstelle Weiterhin sehr schwierig, die Schichten der KS zu besetzen, nicht genügend dauerhaftes Personal, um mehrere KS zu betreuen Unterstützung durch AL und FG ist wichtig Ggf. Abordnung von anderen Abteilungen? Solange die Aufgaben und Anfragen in so hoher Dichte kommen, wird dies ohne KS direkt in die fachlichen OEs einschlagen, möglicherweise erneut gesteigert im Herbst Dies ist Institutsaufgabe, viele sind überlastet, vom Grundsatz besteht Verständnis, aber Repriorisierung ist möglicherweise notwendig VPräs geht dies erneut an</p> <p>BMG Aufträge Gespräch VPräs & BMG letzte Woche (Rottmann und Teichert) Diskussion der Art wie aktuell Aufträge ans RKI erteilt werden Gewisses Verständnis am BMG vorhanden Wird sich nicht sofort ändern, aber Sorge ist angekommen</p> <p>Medienleak 2 Interne Vorgänge zwischen BMG und RKI wurden der Presse zugespielt (Bsp. Wörtliche Zitierung in der Süddeutschen) VPräs hat BMG gesagt, dass dies nicht ausschließlich vom RKI kommen muss Bitte alle zur Kenntnis nehmen, dass es nicht akzeptabel ist, dieserart Kommunikation an die Presse weiterzugeben RKI-MA sind der Verschwiegenheit verpflichtet und Leaks sind keine Bagatelle, sondern ein Verstoß gegen die Dienstpflicht</p>	<p>FG31/VPräs /FG36</p> <p>VPräs</p> <p>VPräs</p>
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.09.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:13

Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 23.11.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - o Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
 - o Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - o Osamah Hamouda
- ! FG11
- ! FG12
- ! FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Marc Thanheiser
- ! FG17
 - o Thorsten Wolff
 - o Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - o Patrick Schmich
 - o Wolfgang Scheida
- ! FG23
- ! FG24
- ! FG25
 - o Christina Poethko-Mueller
- ! FG31
 - o Ute Rexroth
 - o Antonia Hilbig
 - o Nadine Püschel (Protokoll)
- ! FG32
 - o Michaela Diercke
 - o Claudia Sievers
- ! FG33
 - o Ole Wichmann
- o Thomas Harder
- o Jonathan Fischer-Fels
- o Vanessa Piechotta
- ! FG34
- ! FG35
- ! FG36
 - o Walter Haas
 - o Udo Buchholz
 - o Stefan Kröger
 - o Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - o Tim Eckmanns
- ! ZBS1
- ! ZBS7
 - o Agata Mikolajewska
- ! MF2
- ! MF3
- ! MF4
 - o Janina Esins
- ! P1
 - o Ines Lein
- ! P4
- ! Presse
 - o Marieke Degen
 - o Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - o Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
 - o Sarah Esquevin
- ! ZIG2
- ! ZIG4
- ! BZgA
 - o Linda Seefeld
- ! BMG

	<p>Belegung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstorbenen-Anteil nimmt ab ○ In allen Altersgruppen Abwärtstrend zu erkennen ○ Kinder-ITS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Patient*innen mit RSV stark angestiegen (neonatologische und pädiatrische Belegung) ▪ Anzahl der Patient:innen mit Influenza auf pädiatrischen Stationen ebenfalls mit Zuwachs <p>! Diskussion, wie vergleicht sich der Anstieg RSV zu den Zahlen in den Vorjahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erst zu Beginn 2022 mit Erfassung der Daten begonnen, keine Datenquellen vorhanden ○ https://dgpi.de/rsv-survey-update/ Beginn Oktober 2021, keine großen Vergleichswerte ○ SPoCK-Prognose: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird Abwärtstrend vorhergesagt ▪ SPoCK-Prognosen werden zum Ende des Jahres eingestellt (keine weitere Förderung erhalten) <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE gesamt: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wert (gesamt) lag in KW46 bei 8.300 ARE (Vorwoche: 6.700) pro 100.000 Einwohner 2. Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg insbesondere bei Schulkindern (5-14 J.) und den ab 35-jährigen ○ Are-Konsultationen: <ol style="list-style-type: none"> 3. Im Vergleich zur 45. KW 2022 insgesamt deutlich gesunken 4. ca. 1.600 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW 5. Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg bei Kindern bis 14 Jahre; Rückgang bei den Erwachsenen ab 15 Jahre ○ SEED^{ARE} mit COVID-19 Konsultationen bis zur 46. KW <ol style="list-style-type: none"> 6. Rund 130 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose /100.000 EW 7. Werte im Vergleich zur Vorwoche bei den 0-bis 14-jährigen Kindern stabil geblieben und in den anderen Altersgruppen gesunken ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Inzidenz <ol style="list-style-type: none"> 8. SARI-Fallzahlen sind in der 46. KW 2022 insgesamt leicht gestiegen 9. bleibt deutlich erhöhtes Niveau im Vergleich zu vorpandemischen Saisons 10. SARI mit Intensivbehandlungen in der vergangenen Woche noch etwas erhöht, nähern sich den vorpandemischen Saisons an 11. weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier bereits sehr hohe Fallzahlen; 	<p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	-----------------------------

	<p>Darstellung der Kacheln überdenken, strukturierter nach Krankheitslast, Schwere, Dynamik, Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbesserungsvorschläge können gern ans Team gesendet werden ○ Im Wochenbericht muss Zunahme und Grund der Atemwegserkrankungen durch andere Erreger, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen klar dargestellt werden ○ Stärker auf ARE-Wochenbericht hinweisen -> Tweet ○ ARE-Wochenbericht ist unter dem Teaser auf der RKI-Webseite verlinkt ○ ARE-Wochenbericht bisher nicht getweetet, allgemeine Zustimmung ○ Grafik für ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 46. KW 2022 gut, aber nicht für Tweet geeignet ○ FG21 sieht sich ARE-Wochenbericht an, gestaltet Vorschlag für Tweet, Thread, Rücksprache mit FGs 	
<p>3</p>	<p>Update Impfen</p> <p>! Impfmonitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unklar, ob digitales Impfmonitoring 2023 weitergeführt wird; Corona-Virus-Impfverordnung wird nicht verlängert <p>STIKO</p> <p>! 23. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ STIKO spricht eine COVID-19-Impfempfehlung für vorerkrankte Kinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren aus und aktualisiert ihre Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu vulnerablen Personen. ○ 24. Aktualisierung noch vor Weihnachten geplant (u.a. Novavax als Booster Empfehlung) <p>! Vorstellung Studie: Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection und COVID-19 primary series and booster vaccination and immune imprinting, (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Studie: Welche zusätzlichen Risiken entstehen nach einer Reinfektion mit SARS-CoV-2 (https://www.nature.com/articles/s41591-022-02051-3) ○ Diskussion: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beide Studien gehen über Aussagen hinaus, was aus Daten ableitbar wäre 2. Definition der Reinfektion, handelt es sich tatsächlich um Reinfektion oder Infektion nach erfolgter Impfung? 3. Es handelt sich um Reinfektion Abstand von 6 Monaten 4. Spekulatives Niveau 	<p>FG 33 (Fischer-Fels)</p> <p>(Harder)</p>
<p>4</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>

5	Update digitale Projekte (nicht berichtet)	FG21
6	Aktuelle Risikobewertung ! Anpassung der Risikobewertung der Gesamtbevölkerung durch COVID-19 von hoch auf moderat? ! Diskussion: o Zeitlichen Vorlauf bedenken o Unklar, ob nach den Festtagen Situation wieder anders ist o Aktuelle Risikobewertung bildet nicht ganz aktuelle Situation dar o Vorschlag an BMG reichen und in nächster Lage-AG diskutieren o <i>ToDo</i> : Risikobewertung überarbeiten (Entwurf)	FG36 (Haas)/Alle
7	Daten aus der Gesundheitsberichterstattung ! Evidenzsynthese zum Effekt der SARS-CoV-2 Schutzimpfung auf Long COVID im Vergleich von Personen mit und ohne Grundimmunisierung , Folien hier	(FG25) Christina poethko-mueller
8	Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>) Herr Wieler konnte nicht teilnehmen Auch im Expertenbeiräte über aktuelle Krankheitsrisiko durch COVID-19 gesprochen; hier wird auch wahrgenommen, dass andere Atemwegserkrankungen dominieren Thema: Immunität, wie lang hält Immunität an, Biomarker fehlt Weitere Themen: Long COVID, Tests, wie kann zukünftig das Krankheitsgeschehen noch erfasst werden, Diskussion zu PCR-Test und Antigentests, Ergebnisse noch offen Präsenzsitzung am 11.12. und 12.12. in Schwerin Zukunft des Expertenbeirates ebenfalls noch unklar	Leitung
9	Kommunikation BZgA (nicht berichtet) Presse (nicht berichtet) P1 ARE Wintertipps Flyer wurde in weitere Sprachen übersetzt, sind seit letzter Woche auf Webseite verfügbar	BZgA (Linda Seefeld) Presse P1

14	Transport und Grenzübergangsstellen keine	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle Berichterstattung zwischen den Feiertagen 2022 Initiativbericht ans BMG erfolgt, dass zwischen Weihnachten und Neujahr Berichterstattung runtergefahren wird; Daten sind nicht aussagekräftig RKI möchte ebenfalls zwischen den Feiertagen Berichterstattung einstellen, Ressourcen schonen Rückmeldung vom BMG vertagt auf 16.12.22, abhängig von der epidemiologischen Lage zu dem Zeitpunkt, Entscheidung steht weiter aus Wurde den Ländern in AGI und Epi-Lag mitgeteilt, diese entscheiden dann selbst	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.12.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:57 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 22.06.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade /

Teilnehmende:	!	FG34
! Institutsleitung	!	FG35
○ Lothar H. Wieler		○ Klaus Stark
○ Lars Schaade		○ Hendrik Wilking
○ Esther-Maria Antão	!	FG36
○		○ Walter Haas
! Abt. 1		○ Silke Buda
○ Martin Mielke		○ Stefan Kröger
! Abt. 2	!	FG37
○ Michael Bosnjak		○ Muna Abu Sin
! Abt. 3		○ Julia Hermes
○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS1
! FG11	!	ZBS7
! FG12		○ Michaela Niebank
○ Annette Mankertz	!	MF2
! FG14	!	MF3
○ Melanie Brunke	!	MF4
! FG17		○ Janina Esins
! FG21	!	P1
○ Wolfgang Scheida		○ Christina Leuker
! FG23	!	P4
○ Robin Houben	!	Presse
! FG 24		○ Ronja Wenchel
○ Thomas Ziese		○ Susanne Glasmacher
○ Anke Christine Saß		
! FG25	!	ZIG
○ Christa Scheidt-Nave		○ Johanna Hanefeld
! FG31		○ Mikheil Popkhadze
○ Ute Rexroth	!	ZIG1
○ Claudia Siffczyk		○ Sarah Esquevin
! FG32	!	ZIG2
○ Michaela Diercke	!	ZIG4
! FG33	!	BZgA
○ Ole Wichmann		○ Nina Horstkötter







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Datenstand: WHO, 20.06.2022 Abnahme Fälle in Afrika, Amerika, Asien Anstieg in Ozeanien Leichte Anstieg der Fallzahlen in Europa: Überall Zunahme BA.5, Info DK: BA.5 dominierende Variante Portugal: Datenstand 13.06: insgesamt leicht abnehmende 7TI und Stabilisierung, Azoren und Madeira Plateau bzw. leichte Zunahme, Krankenhaus- und ITS-Belegung: Anfang Juni Stabilisierung bzw. leichte Abnahme; 10% der Fälle hospitalisiert, stabil seit Jahresbeginn; Todesfälle: leichte Zunahme; BA.5 88% aller sequenzierten Fälle. Positivenanteil steigt weiter (Stand 23.05.2022: 50%), allerdings Teststrategie angepasst: Fokus auf Symptomatische</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Altersverteilung: Anstieg in allen Altersgruppen zu beobachten; allerdings keine Verdopplung. Höchste Inzidenz in Altersgruppe 20-50 27.454.225 Fälle insgesamt (+119.232), Todesfälle 140.462 (+104), bisher kein Anstieg bei den Todesfällen zu beobachten 7-Tage-Inzidenz: 488,7/100.000 Einw. Impfmonitoring: mit vollständiger Impfung 63.329.221 (76,2%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Seltsam abgeflacht; verändertes Testverhalten muss berücksichtigt werden Geografische Verteilung: der hohen Fallzahlen v.a. im Nordwesten. Östliche und südöstliche BL bisher nicht so stark betroffen. Testkapazität und Testungen (nicht berichtet) ARS-Daten: Folie hier Berichts-Rhythmus angepasst an Testzahlerfassung (14- tägig). Aktive Ausbrüche befinden sich auf einem niedrigen Niveau, aber leichte Zunahme zu beobachten. Alten- und Pflegeheime: 119 (Vorwoche 94); Med. Einrichtungen: 45 (wie in Vorwoche). VOC-Bericht und mol. Surveillance (Folien hier) Datenstand 20.06.2022: Delta weggelassen, da seit KW20 kein Nachweis mehr. BA.1 und BA.3 werden ebenfalls nicht mehr nachgewiesen. BA.2 44,1%, BA.5 49,7 %; BA.4 5,8%. BA.4 und BA.5: kein so starker Anstieg mehr, keine Verdopplung in Anteilen im Vergleich zur Vorwoche zu beobachten. Es kann momentan von einem BA.5-75% ausgegangen werden.</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG31</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>



	<p>Nachweis Rekombinanten: Anteil, der in der Stichprobe gefunden Rekombinanten wird jetzt im Wochenbericht ausgewiesen. Bisher keine an BA.5-Verstorbene übermittelt. Eine Person mit BA.4 verstorben.</p> <p>Exposition/Infektionsorte werden nur in geringem Umfang erfasst. Eintrag von außen (Amerika, Asien Afrika) gering, Hauptinfektionsort: Deutschland.</p> <p>Wachstum scheint sich leicht abzuschwächen.</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <p><u>Grippeweb</u>: ARE Raten leicht gestiegen bzw. stabil. Deutlich über den vorpandemischen Werten. Der Wert (gesamt) lag in der 24. KW 2022 bei 5.300 ARE (Vorwoche: 5.000) pro 100.000 Einwohner; Entspricht einer Gesamtzahl von 4,4 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (23. KW: 4,2 Millionen); Altersgruppe 0-4 und 5-14-Jährige machen den höchsten Anteil aus. Erwachsene: eher stabil geblieben bzw. leicht gesunken.</p> <p><u>AGI, Arztkonsultationen</u>: Im Vergleich zur 23. KW 2022: Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen, 5- bis 14-Jährige stabil, Rückgang bei den Erwachsenen ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW; ca. 800.000 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland.</p> <p>Werte deutlich höher als zeitgleich in vorpandemischen Saisons. Es kann ein sensitiveres Arztbesuchsverhalten angenommen werden. <u>ICSARI, SARI Inzidenz</u>: keine großen Veränderungen; übliches Sommerniveau.</p> <p>Anteil COVID an SARI und ITS: leichter Anstieg</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>Anstieg SARS-CoV2 Positivenrate (22%), nur 65 Proben eingesandt, entspricht ziemlich genau Anteil COVID-bestätigter Diagnosen an allen ARE Besuchen. Andere humane Coronaviren spielen kaum eine Rolle. H3N2 Nachweise: leichter Rückgang. Kaum RSV, HMPV-Nachweis. Rhino und Parainfluenza beide detektierbar, aber niedriges Niveau.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier)</p> <p>Anstieg zu verzeichnen, 780 PatientInnen (672 Vorwoche); Neuaufnahmen: 705 in den letzten 7 Tagen (Vorwoche 541, vor 2 Wochen: 479). Verstorbenenanzahl seit Anfang Juni stabil, bisher keine deutliche Zu- oder Abnahme. Anstieg eher bei leichten Behandlungen zu beobachten, nicht bei invasiven. Zunahme Personalmangel: evtl. indirekt durch Infektionen bedingt. Altersverteilung: Belegung hauptsächlich durch Altersgruppe Ü60. Prognosen für die nächsten 10 Tage: keine starke Weiterentwicklung des Trends für Gesamtdeutschland, aber Anstieg im Osten und Süden vorhergesagt.</p> <p>ITS-Daten werden auch nächste Woche im KS vorgestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychische Gesundheit: (nicht berichtet) <p>Fragen/Diskussion: leicht höherer Hospitalisierungsanteil bei BA.5 gegenüber früheren Zeiten - könnte das daran liegen, dass</p>	<p>FG36</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>MF4</p>
--	--	---



	<p>eher die schwereren Fälle diagnostiziert werden? – Eventuell ja. Portugal 10%: hier wohl auch hauptsächlich schwere Fälle. Vergleich COVID-SARI I mit /THI: eher MIT als AUFGRUND VON COVID-19 hospitalisiert.</p> <p>Es kann hier nicht nach Virus-Varianten differenziert werden. Trotz Zunahme BA.4 und BA.5 wird momentan keine höhere Pathogenität beobachtet.</p> <p>Hier wieder sehr gut zu beobachten, dass wir Systeme brauchen, die weitestgehend unabhängig von Testverhalten agieren</p>	
2	<p>Update Impfen und STIKO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. STIKO und ZBS 7: Positionierung zum Einsatz monoklonaler AK zur Prophylaxe und PeP geplant. 2. COVID-19 Impfung für Kleinkinder: im Rolling Review-Verfahren bei EMA, ob Spikevax und Comirnaty auf U5 Altersgruppe ausgedehnt wird. 3. Monatsbericht Impfen/Impfeffektivität. Freigabe durch BMG steht aus. Problematik mit Impfdaten vor allem auf Probleme mit SORMAS zurückzuführen. Gemeinsam mit HZI auf Fehlersuche; seit 8 Wochen wird keine Imfeffektivität mehr ausgewiesen; viele Anfragen hierzu. Entscheidung zur Publikation kommt wohl nicht vor nächster Woche. 4. Frage: Effektivität von Impfungen gegen BA.5? – bisher nur Wirksamkeitsvergleich zwischen BA.1 und BA.2 Studien zeigen, dass BA.1 und BA.2- Infizierte Ungeimpfte wesentlich schlechter vor BA.5 geschützt sind als Geimpfte. 5. Modellierung: Wann kann mit ersten Modellierungen für den Herbst gerechnet werden? Neuer Mitarbeiter Michael Höhle beginnt zum 01.07. Modelle mit sehr vielen Unsicherheiten im Vergleich zum letzten Jahr behaftet: werden durch komplexes immunologisches Geschehen immer komplizierter und es kann hier kaum noch differenziert werden zwischen (mehrfach) geimpft und genesen. Vergleiche zum Vorjahr sehr unsicher (LSHTM). WHO diskutiert komplett neue Modelle. Daten neuer Impfstoffe müssen zudem mit eingehen. Anfang Sept z.B. bivalenter Impfstoff von Moderna erwartet (indirekter Effekt auf Transmission?). Modellierungen müssten zudem über COVID-19 hinausgehen und Influenza und RSV miteinschließen: es müsste eher ein ARE- anstatt COVID-Szenario modelliert werden. 	FG 33
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21



<p>5</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung BA.4 und 5 nicht erwähnt; neutral formulieren „aktuell zirkulierende Omikron Varianten“ anstatt Varianten direkt zu benennen. Textliche Anpassungen werden zirkuliert zur Kommentierung bis nächste Woche</p>	<p>Abt. 3</p>
<p>6</p>	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Papier über Lessons Learned in Planung, in Taskforce zirkuliert Herr Karagiannidis stellte am 21.06. im Auftrag des BKamt Vertretungen der Länder die Stellungnahme Herbst/Winter vor. Klinische Perspektive standen stark im Fokus. Unterschiedliche Systeme zur Einschätzung der Dynamik bestehen bereits, werden aber oft nicht wahrgenommen. Zur Kritik, es lägen keine Info zu Ausbrüchen in KH oder Pflegeeinrichtungen vor, wurde von Länderseite auf RKI-Berichte verwiesen und darauf, dass Meldungen stark von Belastung der Ämter abhängen. Vorschlag (Präs) den ExpertInnenrat ins Haus einzuladen (gemeinsam mit Beirat pandemische Atemwegsinfektionen): Darstellung unserer Arbeit und Systeme, um Verständnis im Expertenrat für existierende Systeme, Strukturen und Prozesse zu verbessern. Geschäftsordnung liegt vor, Vertretungen der einzelnen Mitglieder bei Nicht-Teilnahmen nicht vorgesehen. Externe Experten/innen dürfen eingeladen werden.</p>	<p>Leitung, AL3, FG36</p>
<p>7</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merkblatt für Genesene: COVID-Impfung nach überstandener Infektion? - Neue Themenseite zu Infektion und Impfung in Vorbereitung (wann und wie oft sollten Genesene sich impfen lassen?) - Impfbuch für alle: www.dasimpfbuch.de wird zum 01.07 deaktiviert und in infektionsschutz.de integriert. <p>Presse</p> <p>Keine Themen Botschaft COVID Wochenbericht: Aufgreifen der wichtigsten Sätze aus der Zusammenfassung: Aktuell leichte Abflachung des Anstiegs zu beobachten, aber Inf.druck durch Omikron weiterhin sehr hoch. Twitter-Meldung soll sich auf Zusammenfassung des Wochenberichts beziehen – wird durch Social Media Taskforce bearbeitet</p> <p>P1</p> <p>Flyer Verhaltenstipps für den Sommer (hier): Kommentare bis</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



	<p>24.06. DS erbeten. „Wenn's eng wird – Maske“: In Innenräumen generell sollte MNS getragen werden, egal wieviel Abstand. Praktische Beispiel: evtl. ergänzen und auf Menschen ausdehnen, die sich kennen (Familienfeiern, Aufenthaltsräume), Smartes Lüften: Arbeitsplatz einschließen. Testen? Nur bei Besuch/Treffen mit Risikogruppen, nicht allgemein empfehlen, weil man sonst wieder in 2G/3G Bereich kommt.</p> <p>Symptome: sehr unterschiedliche Wahrnehmungen, was Symptome sind. Hier sollte nochmal sensibilisiert werden</p>	
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Soll eine eigene RKI-Strategie für den Herbst geschrieben werden? Dokumente wurden vom RKI vorbereitet, aber nicht vom BMG freigegeben. Jetzt liegt Stellungnahme des Expertenrats liegt vor, zu der RKI beigetragen hat. BMG legt mit Bezug zur Stellungnahme des Expertenrates eigenen 7-Punkte-Plan vor. Inhaltlich würde durch RKI-Papier nichts Entscheidendes hinzukommen, was von der Stellungnahme des Expertenrates oder BMG-Papier abweicht. Wenn es Abweichungen gäbe, wäre das kommunikativ schwierig auffangbar. Modellierungen als Datengrundlage schwierig. – Entscheidung: dagegen.</p>	Alle
9	<p>Dokumente</p> <p>Regelmäßiges Screenen auf SARS-CoV-2 in Einrichtungen. Anfrage des BMG zur Bewertung der Notwendigkeit zum Screening SARS-CoV-2 und Influenza wie in Herbst/Winter Papier des Expertenrates vorgeschlagen? Regelmäßige SARS-COV-2 Testung sollte beibehalten werden. Bei symptomatischen Personen, und sobald die Grippe-Welle offiziell begonnen hat, ebenfalls auf Influenza testen.</p>	FG37
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 nicht berichtet</p> <p>ZBS1 nicht berichtet</p>	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Kleinere Anpassungen bei COVRIIN-Empfehlungen</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>Initiative von BMG SARS-COV-2-Negativtests in IfSG wieder mit aufzunehmen (wurde im Nov 2020 gestrichen). Vorschlag RKI auch Influenza hier zu berücksichtigen.</p>	FG 31
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p>	FG31



	nicht berichtet	
15	Information aus der Koordinierungsstelle Hinweis an alle, dass im KS besprochene Informationen vertraulich behandelt werden müssen.	FG31
16	Wichtige Termine Keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:30 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 29.06.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade/ Annette Mankertz

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
- ! FG11
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Maria an der Heiden
 - Christian Wittke (Protokoll)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Ole Wichmann
- ! FG34
- ! FG35
 - Christina Frank
- ! FG36
 - Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger
- Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
 - Julia Hermes
- ! ZBS1
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - Christian Herzog
- ! MF2
- ! MF3
- ! MF4
 - Janina Esins
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! P4
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
 - Romy Kerber
- ! ZIG2
- ! ZIG4
- ! BZgA





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Datenstand: WHO, 28.06.2022 Globaler Anstieg (+17% i. Vgl. zur Vorwoche); Todesfallzahlen bleiben stabil Abnahme Fälle in Afrika, Ozeanien, Asien Anstieg in Amerika, Europa 7-Tages-Inzidenz in Europa: Deutlich steigende Fallzahlen (+35%) bei zeitgleich sinkenden Todesfällen (-10%): Höchste 7-T-Inzidenzen in Portugal, Luxemburg, Griechenland, Österreich, Malta, Deutschland, Italien und Frankreich (absteigende Reihenfolge; alle bei einer 7-T- Inzidenz zwischen 500 – 750 pro. 100.000 Einw.) Virusvarianten weltweit & BA.2.12.1/BA.5 BA.1: < 1%, BA.2: 36%, BA.2.12.1: 31% ! 17% (69 Länder), BA.4: 6% ! 9% (58 Länder), BA.5: 16% ! 25% (62 Länder) Länderfokus USA: BA.2.12.1 hat Peak in KW21 erreicht, sinkt seitdem und ist aktuell bei 42%; BA.5 steigt seit Ende April und ist aktuell bei 37% USA: Fall- und Todesfallzahlen seit Ende Mai stabil; Zunahme bei Hospitalisierungen & IST-Belegung seit Mitte April</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier 7-Tages-Inzidenz weiter leicht steigend 28.048.190 Fälle insgesamt (+133.950), Todesfälle 141.022 (+175), 7-Tage-Inzidenz: 646/100.000 Einw. Impfmonitoring: mit vollständiger Impfung 63.342.616 (76,2%) SARS-CoV-2-Meldungen zuletzt stärker gestiegen als an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Differenz zwischen BL geht sehr stark auseinander: in SH + NI 7-T-Inzidenzen von bis zu 1.000 / 100.000 Einw. während östliche BL deutlich geringer. Geografische Verteilung: Deutliches Ost-West-Gefälle sowie Nord-Süd-Gefälle. Weiterhin am stärksten betroffen sind die nördlichen BL/LK. Am stärksten betroffene AG: 25-29-Jährige mit Inzidenzen von bis zu 1.000 Am geringsten betroffene AG: 0-4-Jährige; jedoch Anstieg in allen AG Sterbefälle in vergangenen Wochen auf ähnlichem Niveau; mit Anstieg der Fallzahlen ist auch ein Anstieg hier zu erwarten Destatis Sterbefallzahlen zeigen aktuell keine Übersterblichkeit</p>	<p>ZIG1 (Kerber)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>Testkapazität und Testungen: Folien hier Deutliche Zunahme um 200.000 in KW25 (insgesamt 888.500 Testungen). Positivenanteil mit steigender Tendenz bei aktuell 50%. Positivenanteile und Anzahl getesteter Personen in allen Altersgruppen ansteigend. Anzahl der aktiven Ausbrüche nehmen sowohl in den medizinischen Einrichtungen zu als auch in den Alten- und Pflegeheimen. Bericht zu Impfquoten in Pflegeeinrichtungen (9.395 übermittelte Einrichtungen) (April 2022): Regionale Unterschiede, im Osten geringer als im Westen. Sowohl bei Bewohnenden als auch Beschäftigten.</p> <p>VOC-Bericht und mol. Surveillance (Folien hier) Datenstand 27.06.2022: VOC-Anteile von Omikron. KW24: BA.1 <0,1%, BA.2 26,6%, BA.3 0%, BA.4 7,4% BA.5 65,7% und BA.2.12.1 3,9% (passend zum internationalen Bild). BA.5 wurde in den letzten 2 Wochen zur dominierenden Sublinie. Nachweise der Rekombinanten mit stabilem Bild. Die Daten zu Anzahl und Anteilen der Rekombinanten aus der Stichprobe sind nun als Tabelle zum Download aufgeführt und werden im Berichtstext nicht separat aufgeführt. BA.5: 8191 Fälle in KW25, Hospitalisiert: 92 (1%), 4732(58%) NA, Verstorben: 1, Infektionsort: Afrika (2), Amerika (2), Asien (4) BA.4: 1232 Fälle in KW25, Hospitalisiert: 15(1%), 784(59%) NA, Verstorben: 1, Infektionsort: Afrika (2), Amerika (2) 25.06.2022: 983.331 Vollgenomsequenzierungen CorSurV verlängert ab 01.07.2022: Einschränkung der Anlässe, Einschränkung der Vergütung (150€), Abstufung des Umfangs angepasst.</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) <u>Grippeweb</u>: ARE Raten leicht gestiegen bzw. stabil. Deutlich über den vorpandemischen Werten. Der Wert (gesamt) lag in der 25. KW 2022 bei 5.400 ARE (Vorwoche: 5.400) pro 100.000 Einwohner; Entspricht einer Gesamtzahl von 4,5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (24. KW: 4,5 Millionen); Altersgruppe 35-59-Jährige besonders starker Anstieg (4,4% auf 5,1%); Rückgang bei Kindern (von 11,1 % auf 8,6%), bei Erwachsenen insgesamt gestiegen (von 4,5 % auf 4,9 %) <u>AGL, Arztkonsultationen</u>: Im Vergleich zur 24. KW 2022: Anstieg in allen Altersgruppen ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW; ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland. Werte deutlich höher als zeitgleich in vorpandemischen Saisons. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: deutlich gestiegen (Anstieg: 30 %). Liegt in KW 25 insgesamt mit 1.442 (Vorwoche: 1.112) über dem Bereich der Vorjahre zur 25. KW, aber auch in allen AGs deutlich höher. <u>ARE mit COVID-19 Konsultationen</u>: in KW 25/2022 sind die Werte in allen Altersgruppen unter 80 Jahre deutlich gestiegen, bei den ab 80-Jährigen stabil</p>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---

	<p>geblieben seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre <u>ICSARI, SARI Inzidenz</u>: keine großen Veränderungen; SARI-Fallzahlen in KW 25 weiter eher stabil auf Sommerniveau. SARI-ICU nach Anstieg in Vorwoche etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau. Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 24%) seit Tiefpunkt in KW 22 (13%) wieder deutlich gestiegen; Anstieg betrifft alle Altersgruppen Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 35% (Vorwoche: 32%), ebenfalls starker Anstieg ab KW 24/2022 Anteil Influenza in den letzten Wochen zwischen 1 – 2% (SARI) bzw. unter 1% (SARI-Intensiv) COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz: deutlicher Anstieg in KW 25/2022 insgesamt; starker Anstieg insbes. in AG unter 15 und ab 60 Jahre. Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 gleichermaßen deutlich (auch mit Intensivbehandlung) Anstieg Todesfälle in AG 80+ (KW 24, Nachmeldungen für KW 25 wahrscheinlich) <u>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</u> Anstieg SARS-CoV2 Positivenrate (64%), zwischen 80-90 Proben eingesandt. Meiste Einsendungen aus Kinderarztpraxen. Mit 19,5% sind SARS-Cov-2 Viren dominant (steigende Tendenz zuletzt). Andere humane Coronaviren spielen kaum eine Rolle. H3N2 Plateau auf einem Niveau von 8%. Nachweise: leichter Anstieg bei Parainfluenza-Viren (PIV), nur wenige HRV, HMPV-Nachweis. Kein RSV. Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) Anstieg zu verzeichnen, 980 PatientInnen (780 Vorwoche); Neuaufnahmen: 905 in den letzten 7 Tagen (Vorwoche 705). Inzwischen ist auch ein leichter Anstieg der verstorbenen ITS-PatientInnen zu verzeichnen. Anstieg des Anteils der COVID-19-Patient*innen ist relativ gleichmäßig über Deutschland verteilt. Inzwischen auch ein Anstieg bei Patient*innen mit schwerer Behandlung und invasiver Beatmung. Mit dem Anstieg der COVID-19 Zahlen steigt auch die Auslastung/Belastung sowie der Personalmangel. In den absoluten Zahlen wird der Anstieg durch die älteren Patient*innen (60+) vorangetrieben. 77% der aktuellen IST-Belegung sind Person mit 60+ Jahren. Der größte Zuwachs ist aktuell bei Personen im Alter 80+ zu verzeichnen. Die Prognosen sagen allgemeine einen Zuwachs der IST-Belegung im Kleeblatt Ost voraus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychische Gesundheit: (nicht berichtet) <p>Diskussion Zunahme der Hospitalisierungen im Ost-Kleeblatt bei</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Esins)</p> <p>Alle</p>
--	---	---



	<p>zeitgleich geringeren Inzidenzen. Systematische Untererfassung? Systematische Verzerrungen nicht unwahrscheinlich Grenznahe Regionen im Osten zum Westen eher ähnlich die ARS-Zahlen scheinen auf geringere Testzahlen im Osten hinzuweisen, Thüringen z.B. hat deutlich höhere Positivrate Führt BA.5 zu einer erhöhten Anzahl von schweren Verläufen oder geht das mit der erhöhten Fallanzahl einher? Es wird zu einem großen Teil mit der Zunahme an Fällen begründet. Weiteres ist nicht bekannt.</p>	
2	<p>Update Impfen und STIKO</p> <p>Treffen mit Moderna heute Vorstellung aktueller Daten zum Variantenimpfstoff Treffen mit BMG heute zu Impfdurchbruchdaten Geplante Publikation in einem Monatsbericht Treffen mit STIKO morgen Unter Einbezug von BMG, PEI Planung weiteres Vorgehen Themen bzgl. Zulassung Impfstoff Kinder im Alter von 6 Monaten bis 5 Jahren, Empfehlung Impfstoff 4. Dosis</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>CWA Update heute 18 Uhr mit vorerst letzter Version 2.24 Corona WarnApp wird fortgeführt bis Mai 2023</p>	<p>FG21 (Scheida)</p>
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Aktuelle Version zirkuliert hier Änderungsvorschlag: Spezifische Omikronvarianten streichen Generische Formulierung erwünscht Redaktionelle Anpassungen</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>

7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA Keine Themen</p> <p>Presse Keine Themen</p> <p>P1 Sommerflyer wurde über den Verteiler verschickt Kleinere Anpassungen, Anmerkungen bitte bis heute Abend Veröffentlichung morgen</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern IfSG Entwurf Hinweis auf Möglichkeit der Kommentierung Sehr umfangreiche Änderungen, gehen weit über COVID-19 hinaus RKI soll auch Bettenbelegung erfassen Krankenhäuser sollen bis Herbst verpflichtet werden, alle Hospitalisierungsmeldungen über DEMIS abzusetzen</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
9	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>FG37</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Änderung TestVO hier <ul style="list-style-type: none"> ○ Neuentwurf für die Coronavirus-Testverordnung sieht vor, dass die Bürgertests weitergeführt werden </p>	<p>FG36</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>



13	Surveillance Anweisung des BMG positive Antigen-Nachweise mit in Lageberichterstattung auszuwerten Erfüllen bei uns nicht die Referenzdefinition Konzept wird aktuell entwickelt Uns übermittelte Daten diesbezüglich sind unvollständig, lückenhaft und dementsprechend wenig aussagekräftig Bitte in die Berichterstattung die Anzahl der Antigentests übermittelnden GÄ mit erwähnen	FG 32 (Diercke)
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle Erinnerung an RKI interne Befragung zum Lagemanagement Derzeit läuft eine hausinterne Befragung zum COVID-Lagemanagement. Bitte um Teilnahme und Weiterverbreitung im Team sowie unter Kolleg*innen Dauer etwa 10 – 15 Minuten Teilnahme noch bis 06.07.2022 möglich. Abrufbar unter folgenden Link: https://befragungen.rki.local/SE/1/Lagezentrum/	FG31
16	Wichtige Termine Keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:30 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 13.07.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Christina Frank	
	○ Lars Schaade	!	FG36
	○ Esther-Maria Antao	○ Silke Buda	
!	Abt.2	○ Stefan Kröger	
	○ Michael Bosnjak	!	Presse
!	FG14	○ Susanne Glasmacher	
	○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel	
!	FG17	○ Marieke Degen	
	○ Ralf Dürrwald		
!	FG21	!	P1
	○ Patrick Schmich	○ Christina Leuker	
	○ Wolfgang Scheida		
!	FG25	!	MFI
	○ Christa Scheidt-Nave	○ Martina Fischer	
	○ Maria Silva de Almeida		
!	FG31	!	ZBS7
	○ Maria an der Heiden	○ Agata Mikolajewska	
	○ Amrei Wolter (Protokoll)		
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
!	FG32	○ Sofie Gillesberg Raiser	
	○ Claudia Sievers	!	BZgA
!	FG33	○ Andrea Rückle	
	○ Thomas Harder		



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 12.07.2022, Folien hier Mit Ausnahme von Afrika auf allen Kontinenten steigende Fallzahlen Europa berichtet die meisten Fälle (etwa 50%) Kleiner Rückgang der Todesfälle, die meisten gemeldeten Todesfälle aus Amerika Karte mit 7-Tage-Inzidenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12 Länder mit >40% Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche (Estland, Kosovo, Rumänien, Polen, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Ungarn, Bulgarien, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Slowenien) 2. 11 Länder mit Inzidenzen über 500/100.000 Einwohnern (Zypern, Frankreich, Italien, San Marino, Griechenland, Monaco, Luxemburg, Österreich, Malta, Deutschland, Andorra), davon nur Zypern, Italien und Andorra die gleichzeitig Fallveränderung >20% haben 3. Inzidenzen gehen in Portugal, England und Norwegen zurück 4. BA.5 Dominanz in den meisten EU Ländern in KW23 5. BA.5 Welle: sinkende Fallzahlen ab ca. KW28 erwartet <p>Andere Berichte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berechnungen aus Dänemark: Hybridimmunität (Omikron + Impfung) schützt besser als Impfung allein. Vergleich von Personen, die eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht haben während Omikron dominant war mit Personen, die in der gleichen Periode keine bestätigte SARS-CoV-2 Infektion hatten mit einer Odds Ratio von 0,075 7. Vorläufige Analysen deuten darauf hin, dass sich der Impfstatus der mit BA.4 und BA.5 infizierten Fälle nicht signifikant von dem der mit BA.2 infizierten Fälle unterscheidet, was darauf schließen lässt, dass der durch die Impfstoffe gewährte Schutz wahrscheinlich mit dem zuvor beobachteten vergleichbar ist. 8. Länderfokus Indien: Omikron Subvariante 2.7.5 erstmals in Indien sequenziert (KW21), Verlauf in Indien seit 10.02.22, Fallzahlen steigen wieder an. BA.2 und BA.5 wurden in Indien sequenziert. Bisher liegen noch keine Sequenzen aus dem Juli vor, letzte Sequenzen aus dem Juni. Dort lagen 4.000 Sequenzen vor, 155 hiervon waren BA.2.7.5. Verteilung in 13 Regionen. 13.-27.6 war BA.2 dominant (78%), gefolgt von BA.5 (20%). <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 29.308.100 (+127.611), davon 142.139</p>	<p>ZIG1 (Gillesberg-Raiser)</p>



	<p>(+104) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 691,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.714.929 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.338.510 (61,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 9. Effekt Kieler Woche mit hohen Fallzahlen in SH hat sich aufgelöst, Abnahme der Inzidenzen 10. In allen Bundesländern stabile Entwicklung/Plateau Phase Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 11. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000 12. Abnahme in SH Heatmaps 13. Plateau, keine große Änderung zur Vorwoche 14. Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum 15. Plateau, keine Zuwächse Wöchentliche Sterbefallzahlen 16. Starke Übersterblichkeit auf starke Hitze im Juni zurückzuführen, nicht auf COVID-19</p> <p><i>Diskussion</i> Niedersachsen hat aufgrund technischer Probleme zu wenig Fälle gemeldet (18.000 erwartet, 6.000 gemeldet). NS hat sich an Pressestelle RKI gewendet. NS hat PM abgegeben, technisches Problem wurde gelöst.</p> <p>VOC-Bericht 17. BA.5 Anteil vergrößert sich auf 83% 18. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder rückläufig 19. Stagnation von BA.2.12.1 und BA.4 20. BE.1 und BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 21. Aufgrund der hohen Anzahl an Sublinien werden Grafiken nun anders aufbereitet. Einführung von zwei Graphiken. Erste stellt eine grobe Übersicht über VOC dar (Obervarianten), genauere Darstellung in zweiter Grafik. Hier werden die aktuell dominierenden Varianten diversifiziert in Sublinien dargestellt 22. Neue Linie BA.2.75 zunächst in Indien nachgewiesen. 5 Sequenzen, davon 3 in Stichprobe. Probenentnahme fand Anfang Juni statt. Aufgrund geringen Sequenzierungsumfangs und starker Verbreitung in verschiedenen Regionen, wird vermutet, dass es sich um eine Untererfassung handelt. Fälle verbreiten sich über Bundesländer, keine Reiseanamnese/Zusammenhang erkennbar 23. Keine Hospitalisierung der Fälle</p> <p>Syndromische Surveillance GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 27. KW 2022 bei 6.000 ARE (Vorwoche: 5.300) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 5,0 Mio. ARE in</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	--



	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (26. KW: ca. 4,4 Millionen).</p> <p>24. ARE gesamt: steigend 6 % (Vorwoche: 5,3 %); Vorwochenwert ist um 0,1 Prozentpunkte „gestiegen“</p> <p>25. Trend: kein Rückgang zu erkennen, nach stabiler Phase ansteigend</p> <p>26. Anstieg bei Kindern (von 10,5 % auf 12,1 %), bei Erwachsenen: 5,0 % (Vorwoche: 4,5 %)</p> <p>27. ILI gesamt: minimal gesunken (von 2,1 auf 1,9 %); (Wochenvorwert: 2,0 %);</p> <p>28. Rückgang bei den Kindern (bei Erwachsenen stabil) ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>29. In der 27. KW wurden bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche; aber: es gab für die Vorwoche noch eine Reihe von Nachmeldungen, sodass der Trend eher stabil ist</p> <p>30. Ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</p> <p>31. 27. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</p> <p>32. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: stabil, Liegt in KW 27 insgesamt mit 1.503 (Vorwoche: 1.554) minimal höher als in 26. KW ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>33. seit KW 22/2022 wird insgesamt wieder ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet, KW 27/2022 weitestgehend stabil im Vergleich zur Vorwoche SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe bis zur 27. KW 2022</p> <p>34. in KW 27/2022 sind die Werte in den Altersgruppen der 5- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche weitestgehend stabil geblieben, in den anderen Altersgruppen gesunken</p> <p>35. seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre ICOSARI</p> <p>36. SARI-Fallzahlen in KW 27 weiter eher stabil auf Sommerniveau</p> <p>37. SARI-ICU seit KW 24 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau</p> <p>38. Anteil COVID-19 an SARI ist in den letzten Wochen angestiegen, KW 27: 41 % (Vorwoche: 39 %)</p> <p>39. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 47 % (Vorwoche: 29 %), Anstieg im Vgl. zur Vorwoche Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>40. 3,7 COVID-SARI pro 100.000</p> <p>41. Entspricht ca. 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D. Entwicklung COVID-SARI 17. KW bis 27. KW 2022</p> <p>42. Seit KW 22 verzeichneter Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 hat sich abgeschwächt</p> <p>43. Anstieg Todesfälle in KW 24/25 in AG 80+ hat sich aktuell</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---------------------------------



	<p>nicht fortgesetzt</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>44. SARS-CoV-2 auf 26% angestiegen (5.höchster Wert im Sentinel), auffällig.</p> <p>45. Kein Nachweis von endemischen Corona Viren</p> <p>46. Alle AG betroffen, ältere AG nach wie vor am stärksten</p> <p>47. Influenza Viren H3N2 rückläufig (4% Positivenrate)</p> <p>48. Andere respiratorische Viren: PIV hohes Niveau (20%), gefolgt von Rhinoviren (14%), kein Nachweis von RSV</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>DIVI-Intensivregister</p> <p>49. Mit Stand 136.07.2022 werden 1.232 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>50. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung</p> <p>51. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.122 in den letzten 7 Tagen</p> <p>52. Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen</p> <p>53. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Anstieg der COVID-19-Patient:innen an den Betten liegt aktuell zwischen 3,5% und 7% 2. In Bremen liegt der Anteil aktuell um die 12%, in Hamburg um die 9% 3. SH Rückgang auf Plateau 4. NRW ist mit 3% auf 6% verhältnismäßig stark angestiegen <p>54. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil, die eine invasive Beatmung benötigen steigen an 2. 33% mit invasiver Beatmung 3. 43% unbekannte Behandlung, möglicherweise keine respiratorische Beatmung 4. Bei allen Behandlungsgruppen (außer ECMO) ist ein Anstieg zu verzeichnen. Absolut steigen die Zahlen der verschiedenen Behandlungsgruppen, prozentual zeigt sich nun insgesamt ein Trend, dass vor allem die leichten Behandlungen anteilig zunehmen und die schweren Behandlungen anteilig abnehmen 5. Der Zuwachs der Fallzahlen wird durch leichtere Behandlungs-Ebenen gesteuert <p>55. Einschätzung Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belastung und Personalmangel steigt, 60% der MB melden ganze oder teilweise Einschränkung der Betriebssituation 2. Personalmangel wird von 50% der Intensivstationen gemeldet <p>56. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben 2. Anteil der 60+ hat sich bei 75% eingependelt <p>57. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MFI (Fischer)</p>
--	---	---



	<p>Patient*innen Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p><i>Projekt-Vorstellung</i> Long-Covid-Aktivitäten am RKI-Überblick</p> <p>! Long COVID als Public Health Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sommer 2020: Erste Berichte in sozialen Medien zu „Long COVID“, zunehmend im Fokus von Wissenschaft und Politik o Frühjahr 2021: Initiativbericht und Etablierung einer Arbeitsgruppe zu Long COVID am RKI o Mai 2021: erste Inhalte zu Langzeitfolgen im SARS-CoV-2/COVID-19-Steckbrief, FAQs o Juni-Dezember 2021: Interministerielle Arbeitsgruppe Long COVID (IMA) unter Vorsitz des BMG o Dezember 2021: Projekt „Post-COVID-19“ BMG <p>! Epidemiologie und Public Health zu Long COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> o Regelmäßige Aktualisierung der wissenschaftlichen Evidenz, Literaturrecherche o Systematische Evidenzsynthesen zu Long COVID o Systematisches Review: schützt SARS-CoV-2 Schutzimpfung vor Long-COVID? (Zeitraum März-November 2022) <p>! Primärdatenerhebung: Seroepidemiologische Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> o CoMoLo-Follow-up und CoMoBu-Welle 2, Ergänzung von Befragungen für die Long Covid Forschung zu mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen der Pandemie im Vergleich von Erwachsenen mit und ohne SARS-CoV-2-Infektion <p>! Projekt: „Post-COVID-19“</p> <ul style="list-style-type: none"> o Dez.2021-Dez.2023, Analyse von Versorgungsdaten, Befragung Haus- und Kinderärzteschaft zu Long-COVID, Ausbau der Zusammenarbeit zwischen RKI und Partnern in Public Health und Gesundheitsversorgung, Selbsthilfeorganisation <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akute Infektionslage <ul style="list-style-type: none"> o Aus syndromischer Surveillance entsteht der Eindruck, dass die momentane Aktivität der Infektion/Verbreitung in der Bevölkerung ihren Höhepunkt erreicht hat. Wann zeichnet sich Rückgang ab? Es dauert, bis es bei sich Trend bei Älteren abzeichnet, kann dies an Hospitalisierung und tatsächlichen Todesfällen festgemacht werden? o Fallzahlen befinden sich derzeit auf einem Plateau. Zahlen auf Intensivstation und Hospitalisierung im Meldesystem verzeichnen noch Zunahmen. Daher kein Signal der Entspannung geben, sondern gleichbleibendes Niveau kommunizieren o Nach wie vor ist es eine Übertragung auf hohem 	<p>FG25 (Scheidt-Nave)</p>
--	---	---



	<p>Niveau. Seitwärtsbewegung reicht nicht aus, um eine Lage zu entspannen. Tenor für Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance soll in den Vordergrund (und vor Inzidenz) gestellt werden. Gut angekommen im letzten Wochenbericht. 	
2	<p>Update Impfen</p> <p>Veröffentlichung des Monatsberichtes letzte Woche Bearbeitung von Pressearbeit im Nachgang, keine große Reflektion in Presse, Bericht wurde von dpa aufgenommen. Presseanfrage der WELT mit 26 Fragen, bereits beantwortet, wurde bisher noch nicht publiziert Vorbereitung STIKO Treffen nächste Woche. Themen: ECDC Verlautbarung zweiter Booster Tendenz, ob STIKO ab 60 Jahren empfiehlt noch unklar Hr. Mertens am Montag im Gespräch mit Minister Voraussichtlich keine 4. Impfung für alle, eher Präzisierung der Risikogruppe</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden? ! Ob 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden soll, wird im STIKO Treffen nächste Woche besprochen ! Angepasste Impfstoffe werden vermutlich September/Okttober geliefert. Begrenzte Datenlage zum Nutzen der angepassten Impfstoffe beruht auf immunologischen Bridging Überlegungen. ECDC Verlautbarung wird so verstanden, dass nicht auf angepasste Impfstoffe gewartet werden soll ! Frage nach Zeitpunkt/Wirksamkeit: bei anderen Impfstoffen werden Variationen nicht in großen Studien untersucht. Intensiver Teil der Diskussion ist das Risiko der Einschränkung der Immunantwort, wenn immer wieder mit dem gleichen Impfstoff geboostert wird ! Frage zu anderen gebildeten Antikörpern: hierzu gibt es erste Daten von Moderna, werden in STIKO-Treffen nächste Woche vorgestellt. Erste Laborstudien (Klonalitätsfrage) werden dort ebenso diskutiert. 	<p>FG 33 (Harder)</p>
3	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Verhandlungen/Prüfungen, wie lang CWA über den 31.12 hinaus noch aktiv sein kann (finanziell/rechtlich) Handlungsempfehlungen in CWA aktualisiert Bewertung beim BMG angesiedelt</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kein Aktualisierungsbedarf</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>



	<p>Kontaktpersonen zu verschärfen?“ Ist eine Empfehlung des Bundes, wird zu gegebenem Zeitpunkt aktualisiert. Mit Blick auf Herbst Absonderungsempfehlungen so lassen. Kein aktives eigenständiges Anfassens derzeit Umgang mit „Erlassen“ von Consulting Firmen, hier Scholz&Friends Vermehrt Abstimmungsbegehren von Scholz&Friends (vom BMG beauftragte Agentur für Informationskampagnen) Gespräch mit BMG und Bitte um Abbestellung der Antragsstellungen durch Firmen Rücksprache mit Herrn Kautz; läuft normalerweise über Steuerungsgruppe Impfkampagne, diese sind urlaubsbedingt nicht zu erreichen, da sie einen neuen Adressaten benötigen, ging es an die Koordinierungsstelle Bitte vom BMG ans RKI, sich bezüglich der Aufgabenübernahme zu organisieren Beantwortung erforderte enorme Ressourcen Erneutes Vortragen durch VPräs in Jour Fixe, bis dahin Bitte um weitere Bearbeitung</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Zwischenbericht Übersendung der Entwurfsfassung an wissenschaftlichen Beirat am Freitag, 15.07.22 Bericht geht an Abteilungsleitungen für Rückmeldung, Frist bis 01.08.</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>
9	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:47 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 20.07.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Walter Haas

Teilnehmende:

- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Mardjan Arvand
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Susanne Duwe
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Maria an der Heiden
 - Ulrike Grote
 - Robert Caglar (Protokoll)
- ! FG32
 - Claudia Sievers
- ! FG33
 - Thomas Harder
- ! FG34
 - C. Frank
- ! FG36
 - Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! ZBS7
 - Christian Herzog
 - Agata Mikolajewska
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Romy Kerber
- ! BZgA
 - Andrea Rückle





	<ul style="list-style-type: none">▪ Weiterhin Abnahme der Fallzahlen in SH. Starker Rückgang in HH. Gesamtdeutsche Inzidenz im Seitwärtsverlauf auf hohem Niveau bei knapp unter 800○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis:<ul style="list-style-type: none">▪ Derzeit drei Landkreise mit Inzidenz über 2.000 (Vorwoche: 1)○ ARS-Daten<ul style="list-style-type: none">▪ Anzahl der Testungen unverändert trotz des neues Selbstkostenanteils von €3.▪ Zahl der positiven Tests leicht steigend○ VOC-Bericht<ul style="list-style-type: none">▪ BA.5 Anteil vergrößert sich auf 86,5%▪ Andere Varianten rückläufig oder nicht mehr nachgewiesen▪ Stagnation von BA.2.12.1 <i>Diskussion</i>○ <i>Frage ob die gegenwärtige Seitwärtsentwicklung der Zahlen in seinem Verlauf einem Plateau oder einem Anstieg entspricht wurde mit einem stabilen Stand auf allerdings sehr hohem Niveau beantwortet und sollte nicht als Entwarnung interpretiert werden.</i> ○ <i>Ebenfalls angesprochen wurde der weiterhin stark sinkende Verlauf in SH, welche auf den inzwischen stattgefundenen Genesungsprozess der Besucher der Kieler-Woche zurückzuführen ist (Drei Mio. Besucher bei sonst 300.000 Einwohnern).</i> ○ Syndromische Surveillance○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none">▪ Der Gesamtwert in KW 28 lag bei 5.500 ARE (Vorwoche 5.800) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 4.6 Mio ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (27. KW: ca. 4,8 Mio.).▪ Rückgang des Vorwochenwerts um 0,2%P; Trend leicht steigend bis stabil▪ Aktuell (5,5%) deutlich höher als in den Jahren 2006-2019○ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten<ul style="list-style-type: none">▪ Am meisten nachgewiesene▪ Generell im Sentinel rückläufige Zahlen, da eingesandte Probenzahl aufgrund von vermehrtem Urlaubsgeschehen der Ärzt*innen zurückgeht▪ SARS-CoV-2 bei 21% von eingesandten Proben▪ RSV nach langer Zeit wieder ansteigend▪ Influenza Viren H3N2 rückläufig (3% Positivenrate)○ Zahlen zum DIVI-Intensivregister<ul style="list-style-type: none">▪ Stand 20.07.2022 werden 1.330 COVID-19	
--	---	--



	<p>Patient*innen auf Intensivstationen behandelt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ COVID-ITS-Belegung weiterhin steigend ▪ 1.324 ITS-COVID-Neuaufnahmen in den letzten sieben Tagen (Vorwoche: 1.122) ▪ In allen BL (Ausnahme: Hamburg) steigt der Anteil der COVID-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten! Besonders in Berlin, Rheinland-Pfalz und dem Saarland ▪ Todesfälle mit positivem Test steigen an. Zahlen korrelieren mit Altersgruppen ▪ Fälle mit respiratorischem Unterstützungsbedarf steigen zuletzt wieder an. ECMO-Behandlungen weiter rückläufig! Zunahme leichter Behandlungsebenen; Rückgang schwerer Behandlungsmaßnahmen ▪ Steigende Fallzahlen führen zu einer zunehmenden Einschränkung (fast 60% teilweise oder vollständig) des Regelbetriebs von Meldebereichen! Ursächlich hauptsächlich Personalmangel 	
2	<p>Update Impfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute Diskussion: 4. Impfung ab 60 statt 70? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedriger als 60 derzeit unwahrscheinlich ▪ 4. Impfung derzeit noch unter 40% ○ Impfmeldepflicht Altenheime <ul style="list-style-type: none"> ▪ 17 Berichte vom RKI über das BMG an die Gesundheitsminister der BL weitergeleitet. Gelten im Grunde ab morgen als veröffentlicht. An die AGI durch die Koordinierungsstelle schicken. ▪ Pressestelle wendet sich an BMG bzgl. Textvorschlag für Ankündigung der 17 Berichte 	FG 33
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nächste Woche kommt CWA Version 2.25 ▪ BMG arbeitet an Projekt zur Hotline 	FG21
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Aktuell kein Handlungsbedarf; wird in einer der kommenden Sitzungen nochmal besprochen</p>	Abt. 3



6	<p>Expertenbeirat (nicht berichtet)</p>	
7	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse ! Heute fand ein Hintergrundgespräch zur CoMoBu-Studie statt, es waren sieben Journalisten anwesend, das Gespräch ist gut verlaufen. Morgen wird zum Thema eine Pressemitteilung verschickt und ein Factsheet mit den ersten Ergebnissen online gestellt.</p> <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
8	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 (nicht berichtet)</p> <p>ZBS1 (nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>

12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)	FG14
13	Surveillance (nicht berichtet)	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nicht berichtet)	FG38
15	Information aus der Koordinierungsstelle (nicht berichtet) ToDo: Weiterhin massive Probleme die Schichten zu besetzen – Bitte bereits eingearbeitete Freiwillige vor und auch Abteilungsübergreifend aktiv nachfragen. In 2 Wochen sieht es sehr schlecht aus und unter derzeitigen Voraussetzungen lassen sich neue Kräfte nur schlecht einarbeiten!	FG38
16	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none">○ Wissenschaftlicher Beirat, 20. + 21.07.2022<ul style="list-style-type: none">▪ Vorstellung COVID-19 Zwischenbericht, Vorstellung COVID-19 – Perspektive auf Herbst und Winter	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: **12:16 Uhr**



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 27.07.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Christina Frank	
	○ Lothar Wieler	!	FG36
	○ Esther-Maria Antao	○ Stefan Kröger	
!	Abt. 1	○ Kristin Tolksdorf	
	○ Martin Mielke	○ Udo Buchholz	
!	Abt.2	!	FG37
	○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns	
!	FG14	!	Presse
	○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel	
!	FG17		
	○ Susanne Duwe	!	P1
!	FG21	○ Ines Lein	
	○ Wolfgang Scheida		
!	FG26	!	MF4
	○ Lena Walther		
!	FG31	○ Janina Esins	
	○ Ute Rexroth		
	○ Ulrike Grote	!	ZBS7
	○ Christian Wittke (Protokoll)	○ Agata Mikolajewska	
	○ Juliane Seidel	○ Christian Herzog	
!	FG32		
	○ Claudia Sievers	!	ZIG1
	○ Justus Benzler	○ Sarah Esquevin	
!	FG33	!	BZgA
	○ Ole Wichmann	○ Oliver Ommen	





	<p>Hospitalisierten ab 60+.</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <p>8. Leichter Rückgang in nahezu allen BL; Peak scheint erreicht</p> <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <p>9. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000</p> <p>10. Anzahl der LK mit höheren Inzidenzen ist abnehmend</p> <p>11. Leichter Rückgang im Westen</p> <p>Heatmaps</p> <p>12. In der Gruppe der Hochaltrigen (80+) leichte zunehmende Inzidenz</p> <p>13. Leichter Rückgang in allen anderen AG</p> <p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <p>14. Todesfälle nehmen leicht zu</p> <p>15. Mit Nachmeldungen ist zu rechnen</p> <p>Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <p>16. Leichte Zunahme der Übersterblichkeit ggf. auf Hitzetage zurückzuführen</p> <p>Meldung von Antigentests</p> <p>17. Anhand der Meldungen von Antigentests keine Auswirkungen in Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie erkennbar</p> <p>18. Anteil der COVID-Fälle mit Antigennachweis geht bereits seit KW21 zurück und nicht erst seit der Umstellung der Teststrategie</p> <p>Anzahl DEMIS Meldungen aus Testzentren</p> <p>19. Meldungen aus Testzentren zeigen ebenfalls keine Veränderungen im Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie</p> <p>○ Testzahlerfassung Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Anzahl der durchgeführten Tests sinkend im Vergleich zur Vorwoche (aufgrund der Ferienzeit)▪ Positivenanteil bei 55% (steigende Entwicklung)▪ Kein nennenswerter Unterschied zwischen den BL, leichter Rückgang in allen BL▪ Rückgang Anzahl der Testungen pro 100.000 EW in allen Altersgruppen▪ Positivenanteil Anstieg nur in AG 80+▪ Meldepflicht stationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §20a Abs. 7<ul style="list-style-type: none">▪ Knapp 10% der Bewohnenden ist nicht geimpft, im Vergleich zu Beschäftigten und Gästen jedoch am besten durchgeimpft▪ Deutliche Unterschiede zwischen den BL: 11% der Bewohnenden in SN haben keine Impfung, während es in SH nur 3% sind <p>VOC-Bericht Folien hier</p> <p>20. BA.5 Anteil vergrößert sich um 2% auf insgesamt 88,8%</p> <p>21. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder rückläufig</p> <p>22. BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 mit 26,9%, danach</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36</p>
--	---	--



	<p>59. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben2. Anteil der 60+ hat sich bei 80% eingependelt3. Leichte Zunahme bei den unter 40-Jährigen <p>60. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen</p> <p>Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p>○ Psychische Gesundheit (alle 4 Wochen) Folien hier</p> <p>"Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung - Update der engmaschigen Mental Health Surveillance auf der Grundlage von RKI Surveydaten"</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Update depressive Symptome & weitere Indikatoren▪ Engmaschige Mental Health Surveillance. Datengrundlage: GEDA/COVIMO▪ Berücksichtigte Indikatoren:<ul style="list-style-type: none">○ Subjektive psychische Gesundheit○ Depressive Symptome○ Angstsymptome○ Einsamkeit○ Soziale Unterstützung▪ Datenauswertung: Graphische Zeitreihen, Predictive Margins aus linearen und logistischen Regressionen, gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region, standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bildung▪ Ergebnisse:<ul style="list-style-type: none">○ Wahrgenommene soziale Unterstützung in Pandemiezeiten geringfügig zugenommen○ Depressive Symptome nach Rückgang zu Pandemiebeginn mehrfach zugenommen○ Zunahme des Anteils mit auffälligem Niveau an depressiven Symptomen○ Einsamkeit nahm tendenziell ab○ Angstsymptome nahmen zu○ Subjektive psychische Gesundheit verschlechterte sich▪ Fazit:<ul style="list-style-type: none">○ Während das Erleben von Einsamkeit eher abnahm, verschlechterte sich die subjektive psychische Gesundheit. Zugleich deutete sich ein vermehrtes Auftreten von Angstsymptomen an (2021-2022)○ Die Stratifizierung der Ergebnisse nach Bevölkerungsgruppen zeigt teilweise Risikogruppen und resiliente Gruppen auf.○ Auffällig ist eine sprunghafte Dynamik seit Anfang 2022. Es wird sich zeigen, ob diese Entwicklungen vorübergehend waren.○ Die Entwicklungen finden im Kontext multipler kollektiver Krisen statt. <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gibt es Hinweise aus Verbrauchsdaten von Psychopharmaka	<p>FG26 (Walther)</p>
--	---	---------------------------



	<p>die mit diesen Ergebnissen korrelieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Solche Ergebnisse sind bisher nicht bekannt und werden aktuell in der Mental Health Surveillance nicht beobachtet ▪ Inwieweit sind die Erhebungsinstrumente validiert und wie robust gegenüber einer im Verlauf der Pandemie externen ansteigenden Thematisierung welche Selbstwahrnehmung beeinflusst? <ul style="list-style-type: none"> ○ Messvarianz der Instrumente ist ein großes Thema das genauer untersucht werden sollte und wird mitberücksichtigt. ▪ Wann und wie werden diese Daten publiziert? Bitte um weite, öffentliche Verbreitung dieses Themas mit Hintergrundgespräch der Presse. Vorschlag einer Vorstellung in Verbindung mit BPK. Bestärkung um Wichtigkeit. <ul style="list-style-type: none"> ○ Öffentliche Veröffentlichung ist für den Herbst angedacht ○ Pre-Print steht unmittelbar bevor <p>Vorstellung zur BA.5 Schwere Folien hier</p> <p>! WHO Überblick der Omikron VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisherige Informationen legen nicht nahe, dass BA.5 mehr schwere Verläufe verursacht oder schwerwiegender ist als BA.2 oder BA.4 <p>! BA.5 Schwere international – ausgewählte Studien (Pre-Prints)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Südafrika: Keine erhöhte Schwere von BA.4/BA.5 im Vergleich zu BA.1/BA.2 ○ Dänemark: Erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung bei BA.5, Impfeffektivität gegen BA.5 vergleichbar mit BA.2 ○ Portugal: BA.5 Fälle mit Booster-Impfung hatten ein um 3,4 höheres OR einer Hospitalisierung im Vergleich zu BA.2 Fällen. Zeitgleich keine Evidenz für eine reduzierte vaccine effectiveness. Fazit: COVID-19 Boosterimpfung bietet substanzialen Schutz gegen schwerwiegende Outcomes <p>! BA.5 in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beginn seit KW 17/18, Mehrheit seit KW23 <p>! Veränderung der Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Saisonale Faktoren sind zu beachten ○ Weitere Faktoren: Allgemeine Seroprävalenz, Maßnahmen-Compliance in Zusammenhang mit Verhaltensregel, Immunität durch Impfung seit Impfzeitpunkt <p>! BA.5 vs. BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansatz: Fälle mit Variantennachweis mittels Sequenzierung und vollständigen Angaben ○ Aktuell: Vergleich und Diskussion verschiedener Modelle inkl. Adjustierung für Meldewoche ○ Modelle in Diskussion, aber gemein ist bisher allen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ BA.5 führt nicht weniger zu schweren 	<p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	--------------------------



	<p>Verläufen als BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisherige Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr hohes Risiko für Hospitalisierung für Alte und hochaltrige Menschen ▪ Geringeres Risiko für Hospitalisierung für „Geboosterte“ vs. Grundimmunisierte <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Studien zu BA.5 vs. BA.2 aus Portugal und Dänemark: Höhere OR BA.5 bei Hospitalisierungsrate ohne Rückführung auf ggf. höhere Virulenz bei BA.5 <ul style="list-style-type: none"> ○ Es fehlen Informationen darüber, inwiefern der Faktor Seroprävalenz in die Berechnungen mit eingeflossen ist. In keinen der bisherigen Modelle zeigt sich ein geringeres Risiko für Hospitalisierungen oder schwerwiegenden Verläufen für BA.5 ▪ Anmerkung zur Änderung der Virulenz. Einbezug von Faktoren sinnvoller, die weniger abhängig von einer Blackbox wie z.B. das Testverhalten sind. Zuverlässiger Parameter für die Virulenz ist eine Vollerhebung jeden Patienten im Krankenhaus zu testen. Entsprechende Daten könnten zur Rate gezogen werden. Ein weiterer Aspekt eines qualitativen Parameters: Hospitalisierung bei Altersgruppen unter 60 Jahren. ▪ Bericht Impfquoten bei Beschäftigten, Betreuten und Gäste: Haben die Ergebnisse Konsequenzen bzw. gab es bisher schon Rückmeldungen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine konkreten Erwartungen an das RKI formuliert. Keinerlei Rückmeldungen bisher. ○ In der Presse wird über Forderungen berichtet, die Impfpflicht zurückzunehmen. Die Berichterstattung des RKI spielte dabei keine Rolle. 	
<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <p>STIKO Update Treffen heute Nachmittag. Themen: Monoklonale Antikörper als Prophylaxe, Novavax Ausdehnung der Zulassung auf Jugendliche, Ausdehnung der zweiten Boosterimpfung auf welche Bevölkerungsgruppe Bevorstehende Sommerimpfkampagne koordiniert durch das BMG Vorbereitung des zweiten Monatsberichts. Publikation nächste Woche. Publikation im EpiBull nächste Woche zum Thema: Review zum Schutz nach durchgemachter Infektion Publikation eines Systematic Reviews in Bezug auf die Wirksamkeit der Impfungen vor Omikron-Infektionen wurde angenommen</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist der aktuelle Stand zu nasalen lokalen Impfstoffen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisher keine weiteren Informationen. In diesem Jahr ist damit nicht mehr zu rechnen. 	<p>FG 33 (Wichmann)</p>



<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Version 2.25 CWA ab heute 18:00 Uhr – Update Anpassung Handlungsempfehlungen nach grüner/roter Kachel Mental Health auch für Social Media wichtig. Austausch mit Frau Walther</p> <p>Es steht im Raum, dass die Krankenhäuser ab Mitte September (sofern das Gesetz verabschiedet wird) die Hospitalisierungen verpflichtend per DEMIS-Schnittstelle melden sollen. Das würde die Depriorisierung der Anbindung von Testzentren bedeuten.</p>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>FG31 (Rexroth)</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Formulierungen in Hinblick bei Erwähnung eines Anstieges kritisch betrachten bzw. ggf. streichen, da derzeit Plateau/Rückgang.</p>	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
<p>7</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Message für den Wochenbericht Syndromische Surveillance über Sommerniveau ITS-Belegung, Hospitalisierungsinzidenz</p> <p>P1</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel, Degen)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweis: Absprachen mit BMG werden von BMG-Seite aus häufig nicht in Protokollform formuliert. Bitte um Anfertigung kurzer Gesprächsnotizen 	<p>Alle</p>



9	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
10	Labordiagnostik AG Labor beim BMG, hat durch den Weggang von Fr. Korr vorübergehend eine Pause eingelegt, die jetzt vorbei ist. Frau Schlager vom Referat 614 führt die AG weiter.	Abt.1 (Mielke)
11	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:44 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 03.08.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Martin Mielke

Teilnehmende:	!	FG36		
!	Institutsleitung	o	Silke Buda	
	o	Lothar Wieler	!	FG37
!	Abt. 1	o	Tim Eckmanns	
	o	Martin Mielke	!	Presse
!	FG14	o	Ronja Wenchel	
	o	Melanie Brunke	!	P1
!	FG17	o	Susanne Duwe	
	o	Christina Leuker	!	MF4
!	FG21	o	Wolfgang Scheida	
!	FG27	o	Julika Loss	
	o	Martina Fischer	!	ZBS7
!	FG31	o	Ulrike Grote	
	o	Janina Esins	!	ZIG1
!	FG32	o	Ariane Halm	
	o	Iris Hunger	!	BZgA
!	FG34	o	Claudia Sievers	
	o	Carlos Correa-Martinez	!	BZgA
!	FG35	o	Andrea Sailer (Protokoll)	
	o	Oliver Ommen	!	BZgA
	o	Christina Frank	!	BZgA
	o	Oliver Ommen	!	BZgA





	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7-Tage-Inzidenz: 477,9/100.000 Einw. ▪ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.734.266 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.449.110 (61,9%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Zuwachs an Fällen hat sich im Vergleich zur letzten Woche verringert, dennoch 210 neue Todesfälle. ○ Abnahme der Anzahl Hospitalisierter/ 100.000 EW ▪ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> ○ In allen BL Rückgang der Gesamtzahlen ▪ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutliche Besserung der Lage, im Osten sowie im Westen. ○ Keine LK mehr mit Inzidenz > 2000. ▪ Heatmaps <ul style="list-style-type: none"> ○ In allen AG Rückgang der Inzidenzen ▪ COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachklingen der Welle zu sehen. ▪ Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ○ Übersterblichkeit, scheint nicht in Zusammenhang mit COVID-19 Fällen zu stehen. ○ Vermutung Zusammenhang mit Hitzetagen ▪ Meldungen mit Hospitalisierungsgrund <ul style="list-style-type: none"> ○ Rote Balken: Hospitalisierung aufgrund von COVID ○ Grüne Balken: Hospitalisierung aufgrund einer anderen Ursache; ganzer Pandemiezeitraum abgebildet. ○ DEMIS-Meldeportal steht zur Verfügung, demnächst Übermittlung auch auf elektronischem Weg. ○ Keine Meldepflicht für Hospitalisierungsgrund, nicht Teil des Arztemeldebogens für §6, damit nicht Teil der DEMIS Meldungen. ○ Zurzeit individuelle Handhabung in GAs (Abfragebogen für KH, nachrecherchiert) ▪ DIVI-Intensivregister Folien hier <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit Stand 03.08.2022 werden 1.397 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen behandelt. ○ Belegung hat sich in letzten Tagen reduziert, noch fraglich, ob Rückgang. ○ Im Vergleich zur Vorwoche 250 weniger Neuaufnahmen. ○ Bei Verstorbenen eher Plateau ○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin hohes Niveau in Hamburg und Bremen ▪ Klarer Rückgang in SH, Rückgang in NRW ▪ Seitwärtsbewegung in Nord-Ost ▪ Noch Zuwachs in Hessen und Sachsen ○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg bei invasiver Beatmung, bisher kein Rückgang zu sehen. ▪ Rückgang bei unbekanntem Behandlungen ohne respiratorische Unterstützung ○ Einschätzung Betriebssituation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung, evtl. aufgrund von Rückgang der Neuaufnahmen? 	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Guter Gesundheitszustand der überwiegenden Mehrheit der Kinder. Lebensqualität im Mittel im Normbereich. ○ Aber in letzten 2 Jahren Verschlechterung: bei 18% der körperlichen Gesundheit, bei 25% der subjektiven psychischen Gesundheit, bei 11% erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf. ○ Bewegungsverhalten: Angebote fielen aus oder wurden seltener genutzt. ▪ Ausblick: Zeitreihen sind geplant, kumulativ sollen vulnerable Gruppen und Unterschiede je nach Alter und Geschlecht identifiziert werden. <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es genügend Informationen aus der molekularen Surveillance, um Situation einschätzen zu können? Können neue Varianten rechtzeitig erkannt werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Veränderung seit letzter Woche, in KW 28: ca. 1,8% der Gesamtfälle, vergleichbarer Anteil seit Anfang des Jahres. ▪ In welchem Verhältnis steht die gesamte Übersterblichkeit zu der auf die Pandemie zurückzuführender Übersterblichkeit? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr viel geringerer Anstieg als im letzten Jahr. -> Vergleich zum letzten Jahr kann nächste Woche gezeigt werden. ○ Selektive Wahrnehmung: bei Corona sehr dramatische Reaktionen, bei anderen Ursachen nicht. ○ Gibt es eine Übersicht, wie viele Menschen an welcher Krankheit in welcher Woche sterben? Andere Todesursachen sind nicht gleichermaßen im Blick wie Corona. <p><i>ToDo: Recherche, ob Daten vorliegen, FF Claudia Sievers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Todesursachenstatistik für Vorjahre verfügbar, Auflösung monatsweise. ○ AP für Exzess-Mortalitätsberechnungen ist Matthias an der Heiden. Übersterblichkeit im Winter bei starken Grippewellen, im Sommer durch Hitzewellen meist kürzer und steiler. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisher wurde der Begriff Sommerwelle nicht verwendet, welche Formulierung soll im Wochenbericht verwendet werden? Weiterhin keine Sommerwelle benennen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Wochenbericht von Plateau sprechen. ○ Phaseneinteilung der Pandemie wird retrospektiv vorgenommen. ○ Die Omikronwelle wurde bisher als 1 Welle mit 3 Gipfeln betrachtet. 	<p>Wieler</p> <p>Mielke</p>
<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (nicht berichtet) 	<p>FG 33</p>



3	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (nicht berichtet) 	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Corona-Warn-App: warten auf Entscheidung, ob App im nächsten Jahr fortgesetzt wird. CovPass App und CovPass Check-App kann hilfreiches Instrument in nächsten Wintermonaten sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Noch keine Entscheidung, mit welchem Tool weitergemacht wird. 	FG21 (Scheida)
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Aufnahmedaten (KH) zur Bewertung COVID-19 – Schwere (Varianten)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beinhaltet mehrere Aspekte. Aufpassen, was an Schwerebewertung exklusiv einer Variante zugeschrieben wird oder anderen Einflussfaktoren, z.B. zunehmende Immunität, Impfungen. -> Bei Schwereeinschätzung bei von und mit WHO entwickelten Kriterien bleiben. ○ Flächendeckende Testungen in KH wird in nationaler Teststrategie empfohlen, ist jedoch keine Verpflichtung. ○ Virologische Kriterien sind leichter zu fassen. Schwieriger und multifaktorieller ist Auswirkung von Veränderungen auf klinische Parameter. ○ Wäre es möglich, den Messparameter SARS-CoV-2 bei Aufnahme mit dem Parameter Sauerstoffapplikation zu verknüpfen? Welche Information könnten wir geben? Wie hat sich der Sauerstoffbedarf bei Einweisung im Jahr 2020 und den Folgejahren verändert? ○ Kann diese Frage mit Daten der syndromischen Surveillance, bzw. aus Intensivregister beantwortet werden? ○ Dies wäre eine Aufgabe für das Netzwerk Universitätsmedizin. Es könnte eine offizielle Anfrage gestellt werden, ob sie diese Daten haben. ○ Im Intensivregister Unterteilung nach Schweregrad, ITS ist harter Indikator. ○ Im Krankenhaussentinel muss Labornachweis zusammen mit krankheitsspezifischer Diagnose kodiert werden. COVID kann Haupt- oder Nebendiagnose sein. Aufnahmedaten sind sehr schwierig auszuwerten, mit großem Vorbehalt möglich. Einen Index für Unterschiede zwischen im Jahr 2020 zu im Jahr 2021 Eingewiesenen zu berechnen, ließe sich sicher machen. Verschiedene Kriterien wären möglich, z.B. Dauer der Behandlung. -> Für Auswertung wäre Vorlauf und Zeit nötig! ○ Beim Auftreten einer neuer Variante, wird die Frage immer wieder gestellt werden. Was ist die Bedeutung für Krankheitslast? Es wird erwartet, dass das RKI in der Lage ist, rechtzeitig ein Signal zu geben, wenn das Gesundheitssystem in eine Problematik läuft. 	<p>FG36 (Buda)</p> <p>Mielke</p> <p>Wieler</p> <p>Fischer</p> <p>Buda</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anhand der reinen Inzidenzen können keine Aussagen über die Krankheitsschwere getroffen werden. ○ Sind Aussagen aufgrund von Daten aus anderen Ländern möglich? <p>Erllass, Anpassung Quarantäne/Isolation (Antwortentwurf FG-36)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorschlag wurde als Initiativbericht bereits formuliert: Empfehlung von mehr Eigenverantwortung der Bürger. Aufgabe der Absonderungsregelungen zu Gunsten einer Aufforderung, dass alle Symptomatischen eigenverantwortlich 3-5 Tage zu Hause bleiben sollen. ○ Wurde dann anders entschieden. 5 tägige Isolationspflicht hat sich durchgesetzt. ○ Im Zuge der Aufgabe der Absonderungsmaßnahmen in den Nachbarländern soll Regelung nun angepasst werden. ○ Recherche zur Ausscheidungskinetik: Seit Aktualisierung der Entlasskriterien wurden 2-3 neue Arbeiten publiziert, diese sind im Einklang mit Entlasskriterien. ○ Beim CDC gibt es Hinweise, dass bei gesunden Personen die Ausscheidung nach 6 Tagen sistiert. -> Empfehlung 5 Tage Isolierung und 5 Tage Tragen einer Maske ○ Dass die Politik bestimmte Maßnahmen nicht mehr vorschreibt, ist nicht gleichbedeutend damit, dass sie nicht mehr erforderlich sind. ○ Hinsichtlich Maßnahmen ist die Phase des Übergangs schwierig: Wenn sich viele infizieren, aber nur noch sehr wenige Menschen schwer erkranken. ○ Antwortentwurf unterscheidet zwischen allgemeiner Bevölkerung und nosokomialen Bereich. ○ In Antwort ans BMG wird auf Bericht verwiesen. Dieser beinhaltet Aspekt der Kommunikation und Aufklärung der Bürger durch Hausärzte. <p>Zusammenfassung der Diskussion: Bericht macht den Aspekt der Aufklärung deutlicher als in Mail. Antwortvorschlag wurde angenommen.</p> <p>Erllass, Anzahl v. Kindern und Jugendlichen mit Risiko für schweren COVID-Verlauf (und ggf. deshalb kein Schulbesuch möglich), FG-25</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei welchen Vorerkrankungen könnte ein Schulbesuch nicht möglich sein? Wie viele Kinder könnten davon betroffen sein? ○ Ansatz soll sein: Welche Erkrankungen könnten von Bedeutung sein. Wie viele Kinder betroffen sind, kann nicht angegeben werden. ○ Nachtrag: Der Erlass zu Kindern mit erhöhtem Risiko für schwere COVID-19-Verläufe wurde gestern von FG25 beantwortet. 	<p>Loss</p>
--	--	-------------



6	Expertenbeirat (<i>montags Vor-, mittwochs Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)	Praes
7	Kommunikation BZgA (nicht berichtet) Presse Anregung von Hr. Wieler, Trendbericht stärker in Fokus zu rücken. -> Am 19. August 1-jähriges Jubiläum Trendbericht, wird zu diesem Anlass stärker in Fokus gerückt. P1 COSMO-Studie: 60-70% der Befragten stimmen einer Wiederaufnahme von Maßnahmen im Herbst zu. <i>ToDo: P1 überlegt, welche Dokumente aktualisiert werden sollten. -> Updatebedarf nächste Woche auf Tagesordnung setzen.</i>	BZgA (Ommen) Presse (Wenchel) P1 (Leuker)
8	RKI-Strategie Fragen Allgemein Siehe Risikobewertung RKI-intern	Alle
9	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
10	Labordiagnostik AG Labor wurde reaktiviert. <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnerstags, in 14-tägigem Rhythmus angedacht. ○ Im Moment keine nationale Teststrategie vorhanden. 	Abt. 1 (Mielke)
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)	FG14
13	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einteilung in SurvNet ist möglich, Grund kann angegeben werden. Impfeffektivitätsauswertung basiert auf dieser Variablen. ○ Im Moment recherchieren die GA nach. Ab September wird diese Variable wegen elektronischer Meldung vermutlich nicht mehr enthalten sein. Das wurde bisher so nicht ans BMG kommuniziert. ○ Sollte schriftlich in Bericht dem BMG mitgeteilt werden. ○ Daten sind vorhanden und werden überall gefordert. Im ICD10 muss eine Angabe gemacht werden. Es sollte weiter versucht werden, diese Daten über Meldesystem zu erfassen. ○ Der ursprüngliche Grund der Unterscheidung war: hospitalisiert wegen Erkrankung oder zur Isolation. Die 	FG 32 (Sievers) Buda Fischer

	<p>Unterscheidung zwischen mit oder an einem Erreger war nie intendiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gründe für restriktives Vorgehen bei dieser Variablen: Ausweisung mit bzw. an COVID wird vor Ort sehr unterschiedlich gehandhabt. Dadurch könnten eher mehr Zweifel an Datenlage des RKI geschürt werden. Eine Entscheidung sollte nicht ohne Fr. Diercke getroffen werden. <p><i>ToDo: BMG soll schriftlich in Bericht (ohne Votum) informiert werden. FF FG32</i></p>	<p>Sievers</p> <p>Wieler</p> <p>Eckmanns</p> <p>Buda</p>
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31</p>
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31</p>
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	<p>Alle</p>
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:58 Uhr

Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 10.08.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Martin Mielke

Teilnehmende:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung | o Timo Greiner |
| o M. Mielke i.V. | ! FG33 |
| o | o Ole Wichmann |
| ! Abt. 1 | ! FG34 |
| o Martin Mielke | ! FG35 |
| ! Abt. 2 | o Christina Frank |
| ! Abt. 3 | ! FG36 |
| o Osamah Hamouda | o Walter Haas |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Kristin Tolksdorf |
| o Janna Seifried | ! FG37 |
| ! FG11 | o Julia Hermes |
| ! FG12 | ! ZBS1 |
| ! FG15 | ! ZBS7 |
| o Sindy Böttcher | ! MF2 |
| ! FG14 | ! MF3 |
| o Melanie Brunke | ! MF4 |
| ! FG17 | o Martina Fischer |
| o Barbara Biere | ! P1 |
| ! FG21 | o Sonia Boender |
| o Patrick Schmich | o Christina Leuker |
| o Wolfgang Scheida | ! P4 |
| ! FG22 | ! Presse |
| o Martin Schlaud | o Susanne Glasmacher |
| o Cănă Kußmaul | o Ronja Wenchel |
| ! FG23 | ! ZIG |
| ! FG 24 | o Johanna Hanefeld |
| ! FG25 | ! ZIG1 |
| ! FG31 | o Anna Rohde |
| o Ulrike Grote | ! ZIG2 |
| o Ariane Halm | ! ZIG4 |
| ! FG32 | ! BZgA |
| o Claudia Sievers | o Andrea Rückle |
| | ! |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier WHO Datenstand 09.08.22 Stagnation bzw. Rückgang der Fallzahlen weltweit (mit Ausnahme Asien). Weiterhin die meisten Fälle in Western Pacific und European Region. Todesfälle ebenfalls (mit Ausnahme Asien) fallend; 7TI/100T EinwohnerInnen: mit wenigen Ausnahmen (Japan, Südkorea, Russland) Abschwächung, noch hohe 7TI/100T in Neuseeland, Australien, Südkorea und Japan zu beobachten. Russland: 85/100T, wenn auch insgesamt als niedrig anzusehen, handelt es sich hier aufgrund der hohen Bevölkerungszahl um eine relevante Anzahl an Infektionen. + 62% im Vergleich zur Vorwoche. Info über ECDC, dass Hospitalisierungen um 27% gestiegen sind im Vergleich zur Vorwoche. Dominanz BA.5 seit Ende Juni. Europa: Daten über Sommer werden nicht sehr zuverlässig gemeldet, Verzögerungen u.A. bei Griechenland und Finnland.</p> <p>ToDo: Für nächste Woche vorbereiten: Übersicht über aktuelle Maßnahmen innerhalb der EU.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Im Vergleich zur Vorwoche überall Rückgang in Infektionszahlen zu beobachten. SurvNet übermittelt: 31.379.757 (+72.737), davon 145.241 (+213) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 366,8/100.000 Einw. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Überall deutlicher Rückgang zu beobachten; Nur noch 2 LK mit einer 7TI höher als 1000. Anhand der Heatmap ist ebenfalls zu sehen, dass der Peak der Welle überschritten ist. Todesfälle: Nachmeldungen erwartet. Sterbefallzahlen/Übersterblichkeit Destatis: Momentaner Anstieg der Übersterblichkeit KW29/30 vermutlich auf Hitzetage zurückzuführen, da es nicht einher geht mit deutlichem Anstieg der COVID-bedingten Todesfälle. Sonderauswertung Todesfälle Destatis (Folien 8 und 9): Januar 2020-August 2021: 20 Todesfallkategorien wurden zusammengefasst, und in den Vergleich zu COVID-Todesfällen gesetzt. Anteil der jeweiligen Todesfälle an der Gesamtzahl abgebildet.</p> <p>Testkapazität und Testungen, Folien hier 15% Rückgang bei Testungen (knapp über 600T in KW31). Positivquote Rückgang von 54% (KW29) auf 45% (KW31);</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



etwas weniger Labore berichteten. KVen vergüten momentan Antigentests nicht, da sie Problem mit Abrechnungen sehen aufgrund möglichen Betrugs.

ARS-Daten, Folien [hier](#)

Testungen und Anteil der pos. Testungen auch hier rückläufig. Regional überall ähnliches Bild; keine Ausreißer in bestimmten Altersgruppen zu beobachten.

Ausbrüche: Kein deutlicher Anstieg zu beobachten. Im Vergleich zur Vorwoche 104 Ausbrüche med. Einrichtungen (150 in Vorwoche), 290 in Alten-/Pflegeheimen (370 Vorwoche). Todesfallzahlen ähnliches Bild: Plateau

VOC-Bericht und molekulare Surveillance, Folien [hier](#)

Keine große Änderung. Leichter Zuwachs BA.5 auf 94%.

Abnahme BA.2 und BA.4 Fälle. BA2.75 leichter Zuwachs von 5 auf 17 Proben.

Syndromische Surveillance, Folien [hier](#)

- ARE: Rückgang in den letzten Wochen. Etwa 2.8 Mio ARE unabhängig von Arztbesuchen. In allen Altersgruppen U60 Rückgang zu beobachten. Ü60 Plateau.
- Ambulanter Bereich ebenfalls Rückgang (in allen Altersgruppen). Unter 1 Mio. Arztbesuche aufgrund von ARE. Kinder bis 14 wieder auf vorpandemischem Niveau. Erwachsene (ab 15) sehr viel höhere Konsultationsinzidenz, bis zu 3x erhöht im Vergleich zu den Vorjahren.
- ARE mit COVID Diagnose: in jüngeren Altersgruppen deutlicher Rückgang, ab 35 Rückgang etwas abgeschwächt, Ü80 leichter Anstieg.
- Stationär: SARI insgesamt und SARI auf ITS: Rückgang aber stabil, mit vorpandemischen Jahren vergleichbar. Erhöhung der Fallzahlen aus Vorwochen: Ü60 hauptsächlich betroffen, aber hier auch wieder Rückgang. Ü80: über 40% der COVID- Diagnosen bei SARI Patienten/innen.
- Vergleich Hosp-Inzidenzen Meldedaten und COVID SARI: starker Rückgang in KW30 hat sich etwas abgeschwächt. Stabile Zahlen vor allem in älteren Altersgruppen.

Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien [hier](#)
(Folien 13 und 14)

Ausschließlich SARS-CoV-2 Nachweise, keine anderen Coronaviren.

30% SARS-COV-2 (deutlicher Anstieg).

Keine Influenza Viren nachgewiesen.

Sonstige Atemwegsviren: insgesamt Rückgang. PIV und Rhino mit sinkenden Anteilen. RSV und hMPV nicht nachweisbar.

Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien [hier](#)

- 1250 Patienten auf ITS. Rückgang in Belegung.
- 1060 COVID Neuaufnahmen; hier eher Plateau zu beobachten.
- Verstorbenezahlen: Seitwärtsbewegung in den meisten BL.



	<p>ST, BB Anstieg. Rückgang: NRW, SN, SH, BE und SL. Andere BL Plateau bzw. Seitwärtsbewegung.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Alle Behandlungsgruppen: Belegungen gehen zurück.○ Gesamtblick belegte ITS-Betten (COVID und Non-COVID) – Vergleich Januar 2021: Gesamte Behandlungs- und Belegungszahlen von knapp 21T auf knapp 18T gefallen. Abfall freier Kapazitäten vor allem im High-Care-Bereich; Stark korreliert mit Betriebseinschränkungen aufgrund von Personalmangel.○ Prognose: Eher weiter Seitwärtsbewegung bzw. leichter Rückgang zu erwarten. <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Personalmangel: Hat die seit März 2022 geltende einrichtungsbezogenen Impfpflicht hier einen Einfluss? – Nein, hier wird kein Einfluss beobachtet. Betriebssituation is generell eingeschränkt und diese Einschränkung verstärkt sich nach IST-Belegungsspeak, d.h. COVID-Belastung vermutlich der Haupteinflussfaktor	
--	---	--



<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnerstag oder Freitag dieser Woche: nächste Erhebung KROCO-Studie (Krankenhausbasierte Online Befragung): Impfquote Personal. Stand Ende Mai 2022: 9% des Klinikpersonals bisher 4. Impfung. Von bisher Ungeimpften sagen 95%, dass sie sich nicht impfen lassen werden. <p>STIKO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute findet ein Treffen statt; ○ Themen: Novavax- Impfpfempfehlung, Ausdehnung auf 12-17-Jährige. Monoklonaler AK als PrEp; Beschlussentwurf zur Empfehlung der 4. Impfung für Ü60 Jährige; Ausweitung auf andere Altersgruppen? Entwurf wird morgen an 25 Fachgesellschaften versandt, ○ Voraussichtlich werden Empfehlungen nächste Woche im EpiDBull veröffentlicht, begleitet von Pressemitteilung. ○ In 2 Wochen soll PEIKO-AG konstituiert werden. (AG für COVID-Impfpfempfehlungen gab es bei STIKO bereits seit Beginn der Pandemie, also keine wirkliche Neuerung); Externe ExpertInnen werden eingeladen (Hr Sander, Fr Priesemann, Fr Falk, Hr Berner). Minister möchte auch teilnehmen. <p>Fragen: wie sieht die momentane Dauer Impfschutz gegen schwere Infektionen aus? - Eigene Daten zeigen sehr konstanten Schutz nach 3 Impfungen im Bezug auf Hosp. (85%). WHO hat ähnliches vorgestellt - Review mit 96 Studien, alle Studien zeigen auch hier, dass 3 Dosen in Bezug auf schwere Infektionen weiterhin wirksam. Rückgang bei Omikron im niedrigen Prozentbereich.</p> <p>Wirksamkeit Varianten -adaptierter Impfstoffe? Bisher keine Daten; ob Transmission verhindert wird, ist nicht bekannt.</p>	<p>FG 33</p>
<p>3</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>4</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG21</p>
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Allgemein: Zwischenerhebungen: deutlicher Rückgang der AK ○ AK-Konz. nach Anzahl der Antigenkontakte? – 3 AG-Kontakte: höchste AK-Konz. ○ Welche Variablen hängen mit AK-Konz nach Impfung/Infektion zusammen? –Anzahl der AG-Kontakte; einmal geimpft höhere AK-Konz als nie geimpft und einmal 	<p>FG22</p>



	<p>infiziert. Je mehr Impfungen bzw. AG-Kontakte desto höhere AK-Konz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Impfungen und AK-Konz: Moderna am effektivsten, AZ am schlechtesten ○ Einflussfaktoren auf AK-Konz: Zeit seit letzter Infektion/Impfung: je länger zurückliegend, desto niedrigere AK-Konz, höheres Lebensalter niedriger AK-Konz., Frauen erhöhte Konz. Im Vergleich zu Männern. ○ T-Zell Aktivität/Reaktion: ähnliches Bild. <p>Fragen: Wie werden die Daten zeitnah kommuniziert werden? Haben sie einen Einfluss auf bereits bestehende Empfehlungen? - Factsheet diesen Monat publizieren in Abstimmung mit BMG. Wichtig hierbei: Es werden Fragen kommen, WAS diese Daten im Hinblick auf den Schutz vor einer Reinfektion aussagen. Höhe der AK sagt nach wie vor nichts über Schwere der Infektion oder Schutz vor Reinfektion aus. Ergebnisse werden in Übereinstimmung mit bereits bestehenden Empfehlungen gesehen. Keine Anpassungen notwendig.</p>	
6	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Kein Änderungsbedarf</p>	Abt. 3
7	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)</p>	Präs.
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Nochmal aufgegriffen und aktualisiert: Korrektes Verhalten bei häuslicher Isolation nach SARS-CoV-2-Infektion, sowie Verhalten bei pos. Testergebnis. (Merkblatt und FAQ in Überarbeitung) Überarbeitung Erregersteckbrief Haas: Bitte nochmals darauf achten, dass der Begriff „Quarantäne“ nicht mehr in der Kommunikation verwendet wird! Änderungen an Empfehlungen für Herbst/Winter? – Fr Leuker</p> <p>Presse</p> <p>Nicht berichtet</p> <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise für die Bevölkerung: Was ist jetzt wichtig? Flyer Stand 05.07 „sicher durch den Sommer“- noch aktuell ○ Hinweise für Herbst/Winter: Anpassung vorgestellt: ○ Es ist geplant, den Flyer Ende Sept online zustellen. ○ Änderungen: Nicht auf COVID-19 alleine, sondern auf 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



	<p>Atemwegserkrankungen allg. eingehen. – Wird einstimmig als sinnvoll angesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Themen des Flyers: <ul style="list-style-type: none"> - bei Symptomen zu Hause bleiben und an eigenes Umfeld denken (Risikokontakte), - Smartes Lüften in Innenräumen, - MNS in Innenräumen – sollte Maskenart benannt werden? – Nein, keine Einmischung in pol. Diskussionen, allgemein weiterhin bleiben mit „medizinischem MNS“; - Impfungen schützen vor schweren Erkrankungen (Verlinkung auf BMG Impf-Guide); - Infektionen behandeln und wissen wo es Hilfe gibt. ○ Weitere Begleittexte mit Details können optional erstellt werden (z.B. Wie genau lüften) <p>Thema im Herbst (Energie sparen und gleichzeitig Lüften): Smart Lüften wird als gute Wortwahl angesehen Frage: Testen vor Treffen mit Anderen aufnehmen? Oder vor Treffen mit Risikogruppen im privaten Umfeld? Hier müsste ergänzt werden „auf COVID“; Für Influenza sind Testangebote nicht verfügbar. In einem Flyer evtl kein triviales Problem Beim Lüften auf UBA hinweisen.</p>	
<p>9</p>	<p>RKI Kommunikationsstrategie: Es sollten keine Schreckensszenarien für Bevölkerung herbeigeredet werden. Flexible Anpassung je nach Infektionslage und Einsatz präventiver Maßnahmen sollten klar kommuniziert werden</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! "Pandemieradar": Verständnis, dass neben den bereits vorhandenen Meldedaten Minister damit zusätzlich Hospitalisierung aufgrund von COVID, Bettenbelegung und Abwassersurveillance meint. ! "Krankenhauspanel" (Begriffe des BMG im Rahmen der IfSG-Novelle und der Surveillance); „Panel“ wird nicht als geeignetes Wording angesehen; Krankenhaussentinel wäre der geeignete Begriff; Syndr. Surveillance (und hier auch ICOSARI) sollte ausgebaut werden; bisher weder Hausmittel noch Mittel vom BMG erhalten. ! Abwassersurveillance: BMG hat deutlich gemacht, dass neben dem bereits laufenden Pilot, die Surveillance ausgeweitet werden soll. Erwartungen sind hoch; ob es ein geeignetes System zur Früherkennung ist, sollte im Rahmen des Pilot evaluiert werden. Verknüpfung der Abwasser- mit Ges. daten läuft (neue Softwarelösung). Standardisierung, Harmonisierung, Bewertbarkeit, Aussagekraft - diese Infos können noch nicht geliefert werden. Aber Umstellung in Realmodus soll bereits jetzt erfolgen. Personelle Ressourcen benötigt; RKI hat momentan den Auftrag die Architektur für das Monitoring zu liefern. UBA stark involviert. Wo sollen Daten generiert, wo gesammelt und ausgewertet werden? Noch nicht geklärt. Wichtig, das hier offen und klar mit dem BMG kommuniziert wird, was das Pilotprojekt bisher 	<p>FG33, Alle</p> <p>Alle FG32, 36, 37</p>



	liefern kann.	
9	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
10	Labordiagnostik DGAM-Teilnahme an AG Diagnostik am BMG; Klärung: Rolle der Labordiagnostik z.B. bei Indikation Paxlovid ZBS1 Nicht berichtet	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz Stellungnahmen: DGKH zum Lüften in Schulen. Inhaltlich deckt sich Empfehlung prinzipiell mit der des RKI und des UBA, die Herleitung ist nur etwas speziell. https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2022_07_11_Stellungnahme-Luftreinigung-COVID-V2.pdf Entspricht Diskussionen um Leitlinien: gegen alleinige Lüftungsgeräte in Räumen - Additives nicht exklusives Einsetzen von Raumlüftungsgeräten. Techniken sehr unterschiedlich, daher RKI immer zurückhaltend geäußert. Technik nicht immer validierbar. RKI empfiehlt generell keine Lüftungsgeräte, hat sich aber auch nie explizit dagegen ausgesprochen.	FG14
13	Surveillance Es wird von pol. Seite erwartet, dass eine stärkere Aussage zur Frage: „Hospitalisierung mit oder aufgrund von SARS-CoV-2?“ getroffen werden kann. Frage: sind Ausführungen dazu im jetzigen Entwurf des IfSG ausreichend, damit Daten von RKI Seite erhoben werden dürfen?	AL3
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	



Ende: 12:57 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 16.08.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade /

Teilnehmende:	!	FG33		
!	Institutsleitung	o	Thomas Harder	
	o	Lars Schaade	!	FG34
!	Abt. 1	!	FG35	
!	Abt. 2	!	FG36	
!	Abt. 3	o	Walter Haas	
	o	Tanja Jung-Sendzik	o	Kristin Tolksdorf
!	FG11	!	FG37	
!	FG12	o	Tim Eckmanns	
	o	Annette Mankertz	o	Julia Hermes
!	FG14	!	ZBS1	
	o	Melanie Brunke	!	ZBS7
!	FG17	o	Michaela Niebank	
	o	Barbara Biere	!	MF2
!	FG21	!	MF3	
	o	Patrick Schmich	!	MF4
	o	Wolfgang Scheida	o	Martina Fischer
!	FG23	!	P1	
!	FG 24	!	P4	
!	FG25	!	Presse	
	o	Christa Scheidt-Nave	o	Susanne Glasmacher
!	FG28	o	Marieke Degen	
	o	Susanne Bartig	o	Ronja Wenchel
	o	Claudia Hövener	!	ZIG
!	FG31	o	Johanna Hanefeld	
	o	Maria an der Heiden	!	ZIG1
	o	Renke Biallas	o	Sarah Esquevin
!	FG32	o	Carlos Correa-Martinez	
	o	Claudia Sievers	!	ZIG2
	o	Claudia Siffczyk	!	ZIG4
			!	BZgA
			o	Astrid Rose





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien hier Negativer Fallzahlentrend innerhalb Europas, und auch auf anderen Kontinenten setzt sich fort, Ausreißer in Asien; Vergleich unter den Ländern kaum noch möglich, da Teststrategien angepasst, bzw. in den meisten Ländern runtergefahren. Höchste Fallzahl in Asien mit 53% der Fälle der letzten Woche. Todesfallzahlen nehmen generell weltweit ab, außer Asien und Ozeanien. Europäische Länder: verzögerte Meldungen aus Albanien, Schweiz, Griechenland; Finnland meldet wieder regelmäßig; Europa- Maßnahmen-Maßnahmen im Vergleich: Maskenpflicht, Isolationspflicht, Impfung; Maskenpflicht gibt es nur noch in wenigen Ländern im ÖPVN oder im med. Bereich; Der Großteil der Nachbarländer empfiehlt den 2. Booster für bestimmte Risiko/Altersgruppen; Schweden und Irland ab Sept: 3. Booster; Isolationspflicht nur noch in F, I NL; Kanada und USA: hier sind Maßnahmen noch schwieriger zu vergleichen aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den Provinzen/Bundesstaaten; Teststrategien in Europa im Vergleich: eine Erlassantwort ans BMG wird im Protokoll verlinkt.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Rückgang setzt sich fort bzw. momentan Einpendelung auf Plateau; 10x geringere 7TI im Vergleich zu vor einem Jahr (37/100T im August 2021) Heatmap: in allen Altersgruppen Rückgang Todesfälle: Peak scheint noch nicht erreicht, mit Nachmeldungen ist zu rechnen Destatis Daten: keine Besonderheiten im Vergleich zur Vorwoche. SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelte aktive Fälle: 31.666.475 (+67.390), davon 146.030 (+192) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 311,8/100.000 Einw.</p> <p>Testkapazität und Testungen (nicht berichtet)</p> <p>ARS-Daten (nicht berichtet)</p> <p>VOC-Bericht (nicht berichtet)</p> <p>Molekulare Surveillance, Folien hier Leichter Anstieg von BA.5 auf 95%, Rückgang von BA.2 und BA.4</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>FG32</p>



	<p>BA.5 Sublinien-Anteile haben sich nur wenig verändert. Leichte Zunahme BA.2.75: 23 in Stichprobe; nicht auffällig</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien hier</p> <p>ARE auf Bevölkerungsebene/GrippeWeb: leichter Anstieg; 3.700 ARE/100T; Anstieg in allen Altersgruppen, Niveau vergleichbar mit denen der vorpandemischen Jahre</p> <p>Ambulanten Arztkonsultationen aufgrund von ARE: Rückgang, aber erhöhtes Niveau im Vergleich zu vorpandemischen Jahren; bei Erwachsenen 2- 3x Erhöhung. Bei Kinder wieder Normalisierung. 0.8 Mio. Konsultationen aufgrund von ARE. In NRW sind Ferien bereits zu Ende: leichter Anstieg in Altersgruppe 5-14-Jährige zu beobachten.</p> <p>ARE mit COVID19 im ambulanten Bereich: insgesamt setzt sich der Rückgang aus den letzten Wochen fort, aber Stabilisierung bei 5-14-Jährigen, leichter Anstieg 60-79, Ü 80 stabil.</p> <p>ICOSARI: Rückgang deutlich zu sehen. Vergleichbar zu den vorpandemischen Jahren; Ab 80 leicht erhöhte Werte im Vergleich zu Vorjahren. ITS-Behandlung ebenfalls vergleichbare Zahlen zu Vorjahren.</p> <p>Anteil COVID-Diagnosen an SARI Fällen: Rückgang (27% alle Altersgruppen), auch Rückgang bei Ü80 (von 40% auf 30%); Influenza spielt keine Rolle momentan; SARI mit ITS: ebenfalls rückläufig.</p> <p>Hosp.-Inzidenzen: Auch hier Rückgang deutlich zu sehen und setzt sich fort. 2.1 COVID-SARI/100T. 1800 neue KH-Aufnahmen.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien hier, Folien 13 und 14</p> <p>Keine Coronaviren außer SARS-CoV-2 nachgewiesen; Seitwärtsbewegung zu beobachten,</p> <p>Influenza: Sporadisch nachgewiesen A(H3N2), Andere Atemwegserreger: PIC aller 4 Typen, Rhino (jeweils etwa 11%), hMpV sporadisch nachgewiesen, kein RSV, bei allen ist eine Seitwärtsbewegung zu beobachten.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1096 COVID-PatientInnen auf der ITS. ○ Plateau der ITS-COVID-Neuaufnahmen (911 innerhalb der letzten 7 Tage), ○ Plateau Anzahl der Verstorbenen mit positivem SARS-CoV-2 Test; Tendenz Rückgang, ○ BL: in den meisten Rückgang zu sehen. Trend zeigt allgemein nach unten oder Plateau. ○ Behandlungsbelegung/-gruppen. Starker Rückgang bei leichter Unterstützung, Rückgang bei invasiv-beatmeten PatientInnen etwas geringer. ECMO Behandlung kaum in der letzten Welle. ○ Verfügbarkeit Behandlungskapazitäten: High Care: Berg baut sich langsam ab, Belastung aber nach wie vor hoch, 62% der Meldenden melden begrenzte oder keine Verfügbarkeit; ○ Altersgruppen: Rückgang und Plateau außer bei Ü80, hier leichter Anstieg. Großer Teil der ITS wird dominiert von Ü70. ○ Prognosen: deutschlandweiter 	<p>FG36</p> <p>FG17</p> <p>MF4</p>
--	--	------------------------------------



	<p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>Diskussion/Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FG37: Ausbrüche in Altenheimen gehen zurück - Steigen COVID-Todesfälle weiterhin? Übersterblichkeitsdaten von Destatis zeigen weiteren Anstieg. Destatis ist noch in Woche 29, wir zeigen Daten aus KW32. Graphiken passen zueinander, Destatis zeitverzögert. - Abb. Folie 7, Lage National: Obere Kurve: Gesamtsterblichkeit warum in letzten 9 Wochen gestrichelt? – Projektion. COVID Fälle aus System darunter abgebildet. Kann es deutlicher dargestellt werden? Wochenbericht: Angabe, dass auch bei Todesfällen leicht sinkende Tendenz? – Nein, aufgrund möglicher Nachmeldungen noch keine Entwarnung bei Todesfällen geben. - Gesamtfallzahlen: wie beschreiben? – Beschreibung durch „Infektionsdruck ist weiterhin hoch. Risikobewertung auch noch auf hoch. 	Alle
2	<p>Update Impfen</p> <p>Heute findet eine Sitzung der STIKO statt; Hauptthemen: - Auswertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens. Indikation 2. Booster. Hier liegt der Vorschlag vor, die Altersgrenze auf 60+ abzusenken und Indikationsgruppen auszuweiten über Immundefiziente auf andere Risikogruppen hinaus. Änderung Intervall 1 und 2. Booster regelhaft 6 Monate. Nachfrage der BL wie mit vorbestehenden Infektionen umgegangen werden soll (Ersetzt eine Infektion den Booster?); Bisher gibt es hierzu keine klare Positionierung der STIKO.</p> <p>22.08: konstituierende Sitzung der PEIKO (AG Covid-19-Impfungen) unter Beteiligung von externen Sachverständigen sowie BMG (Hr Rottmann, Fr Korr)</p> <p>Frage: 3. Auffrischimpfung bei Risikogruppen, die sich bereits relativ früh im Jahr das 4. Mal haben impfen lassen? – bisher nicht diskutiert</p>	FG 33
3	<p>Internationales (nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> - CWA soll bis Mai 2023 verlängert werden; bisher liegt hierzu noch keine schriftliche Aussage vor. - Minister hat unterschiedliche Ideen, wie CWA zusätzlich genutzt werden soll: Kernidee: Nutzung zur Befreiung von der Maskenpflicht im Herbst z.B. in Restaurants bei frischer Impfung/Testung. - Effekte sind hier auch auf CovPass App zu erwarten. - Unterstützung bei Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen in Testzentren/Ärzten/Kliniken: hierzu fanden mehrere Treffen statt. GA Köln stellt einen Testdatensatz zur Analyse zur 	FG21



	<p>Verfügung; Ziel: Anomalien im Datensatz aufgedeckt und beschreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> - CWA BackendDaten zur externen Validierung nutzbar - Bericht hierzu in Bearbeitung (Deadline von Seiten des BMG: 18.08) - Am 20.9 sollen dann über KBV Daten aus dem ganzen Bundesgebiet geliefert werde; Datenqualität nicht klar; - Aufwand auf unserer Seite wird geprüft, da Konzept in eine neue VO einfließen soll; <p>Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presseanfrage NDR/WDR/SZ mit Frist heute: - Welche Expertise hat das RKI in diesem Bereich? Hat das RKI die nötige Erfahrung? – Antwort: Ja, Anomalien in Datensätzen aufdecken ist tägliche Arbeit, wichtig ist hier: wir finden nicht heraus, wer betrügt, sondern liefern die technische Unterstützung. Unsere Aufgabe: Datenauswertung zur Prävention; Meldungen der Daten erfolgen and KVen Gesundheitsbehörden vor Ort, Was mit den Daten dort geschieht wird in VO geregelt. - Wieviele MA werden sich in Zukunft damit beschäftigen – Antwort: noch in Diskussionen mit BMG, aktuell befindet sich die Struktur noch im Aufbau, abhg. von Ergebnissen; <p>To Do: Fr Glasmacher bereitet eine Antwort zur Anfrage NDR/WDR/SZ vor, und zirkuliert diese an Leitung und P. Schmich.</p>	
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Determinanten Einfluss Auf COVID- Impfstatus: Befragung bundesweit, telefonisch, Juli – Dez 2021. 87% der Befragten gaben an, geimpft zu sein; Quote variiert mit Alter. – niedrigste Quote bei Anfang-30-Jährigen, steigendes Alter- steigende Quote; - Indikatoren: Bildungsniveau, Netto äqu. Einkommen, Wohnregion, Stadt vs. Land, Migrationsgeschichte - Impfquote nimmt mit steigender Bildung und steigendem Einkommen zu; Unterschiede Impfquote Bildung hoch zu Bildung niedrig: 9% höhere Impfquote, hohes vs. Niedriges Einkommen 15% höhere. Unterschied West-Ost: 10% höhere Impfquote; Auf dem Land sind Menschen weniger geimpft als in der Stadt. Migrationshintergrund: bei Zugewanderten liegt die Impfquote um 10% niedriger. - Altersdifferenziert: bei Ü60-Impfquote sind soziale Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt; Impfquote kaum abhängig von Bildungsniveau in dieser Altersgruppe im Vergleich zu jüngeren Generationen. - Fazit: Impfinanspruchnahme variiert in Abhängigkeit von verschiedenen sozialen Determinanten. - Probleme bei Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht notwendigerweise auf Deprivation zurückzuführen, sondern 	<p>FG28</p>



	<p>können auch in Sprachbarrieren oder im Zugang zur Versorgung begründet liegen. Tiefergehende Analysen sind hier wichtig. COVIMO Anhaltspunkte: Sprachkenntnisse und Vertrauen wichtig für Impfinanspruchnahme. Daten von GEDA Fokus (Menschen mit Migrationshintergrund) sollen diese Daten ergänzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höhere Mortalität bei höherer Deprivation: in diesen Gruppen besteht eine höhere Prävalenz von Vorerkrankungen, die Risiko eines schweren Verlaufs erhöhen. - Maßnahmen: wir brauchen zielgerichtete, niedrigrschwellige Angebote für bestimmte Gruppen und u.a. Sensibilisierung der Ärzteschaft/des med. Personals. Politikübergreifende Anstrengungen notwendig. <p>Fragen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In diesen Gruppen wegen weniger PCR Tests durchgeführt. Kernbotschaften für Minister und Leitung. (es wurde zum Thema bereits ein Initiativbericht zur 4. Welle verfasst; wenig Feedback von Seiten des BMG). - Internationale Publikation geplant? Journal of Health Monitoring: auf D und EN; nochmal Bericht zum Thema ans BMG? -Feedback: ja - Feedback ZIG:; Akzentuierung der deutschen Daten im Rahmen internationaler Zusammenarbeit möglich. WHO plant einen Report zu COVID-19 und sozialen Ungleichheiten (2023) mit Länder-Konsultationen. ZIG verfasst im 2-Wochen Rhythmus einen Bericht ans BMG, in dem u.a. wichtige Fachpublikationen erwähnt werden: Thema hier aufgreifen. 	
5	Aktuelle Risikobewertung Kein Änderungsbedarf	Abt. 3
6	Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) (nicht berichtet)	Präs
7	Kommunikation BZgA FAQ zu der neuen STIKO Empfehlungen in Vorbereitung? Welche Änderungen?? - Pressestelle meldet sich bei BzGA Presse Nicht berichtet P1 (nicht berichtet)	BZgA Presse P1



<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p>9</p>	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 Siehe virol. Surveillance</p> <p>ZBS1 Nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet</p>	<p>FG14</p>
<p>13</p>	<p>Surveillance</p> <p>Frage Herr Mielke: Bewertung der Untererfassung und des Krankenstandes https://www.deutschlandfunk.de/zahl-der-krankschreibungen-wegen-covid-19-steigt-weiter-100.html Barmer: steigende Zahlen bei Krankmeldungen während wir angeben, dass der Gipfel überschritten ist; Evtl. begründet in telefonischen Krankschreibungen? Dikrepanz? Untererfassung Infektionen anhand der Datenspende-App (Gruppe Brockmann)</p> <p>To Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nCoV-Lage für nächste Woche als Aufgabe an Herrn Brockmann vergeben vergeben –Darstellung der Untererfassung von Infektionszahlen über Datenspende-App - Hr Mielke bitte bei der nächsten Lage-AG präzisiert, was hier diskutiert werden soll 	<p>FG 32</p>
<p>14</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet</p>	<p>FG31</p>
<p>15</p>	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Es gibt wieder mehr zu tun, einige Erlasse gingen ein, Lageberichtschrift morgen nicht besetzt. Nach wie vor ist es sehr schwierig einige Positionen langfristig und permanent zu besetzen.</p>	<p>FG31</p>
<p>16</p>	<p>Wichtige Termine keine</p>	<p>Alle</p>



17	Andere Themen Nächste Sitzung: Wochentag, 24.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

Ende: 12:24 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 24.08.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Ute Rexroth

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 -
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - ! FG12
 - Annette Mankertz
 - ! FG14
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Barbara Biere
 - ! FG21
 - Patrick Schmich
 - ! FG 24
 - Martin Thißen
 - ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Amrei Wolter (Protokoll)
 - Alexandra Hofmann
 - ! FG32
 - Claudia Sievers
 - Michaela Diercke
 - ! FG33
 - Ole Wichmann
 - ! FG34
 - Matthias an der Heiden
 - Claudia Winklmayr
 - ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - ! MF4
 - Janina Esins
 - ! P1
 - Ines Lein
 - ! P4
 - Dirk Brockmann
 - Jakob Kolb
 - Robert Bruckmann
 - ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
 - ! ZIG1
 - Romy Kerber
 - Carlos Correa-Martinez
 - ! BZgA
 - Nina Horstkötter





	<p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 30.598.385 (+121.780), davon 143.545 (+181) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 652,0/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.728.212 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.415.743 (61,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Abnahme der Fallzahlen, Einpendeln auf Plateau Geografische Verteilung: im Osten Verbesserung Heatmap: Abnahme in AG über 15, 0-14 Jahre gleichbleibend KW30 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Destatis Übersterblichkeit weist keine Änderungen zur Vorwoche auf <i>Diskussion</i> ! Wie erklärt sich der Anstieg im Saarland?<ul style="list-style-type: none">o BL übermitteln am WE nicht, führt dazu, dass Bremen und Saarland zackiger Verlauf ist, Saarland hat mehr Nachmeldungen, keine außergewöhnliche Beobachtung</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <ol style="list-style-type: none">8. Mit Stand 24.08.2022 werden 951 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt9. Weiterhin Reduktion der COVID-ITS-Belegung10. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +768 in den letzten 7 Tagen im Plateau11. Anzahl der auf ITS-Verstorbenen fällt12. Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten<ol style="list-style-type: none">1. Hamburg als Ausreißer (über 7%)2. Nord-Ost (SA niedrig 2%)3. Mittlere BL um etwa 5%4. Süden 3%5. Hauptteil BL 3-6%6. Abfall der absoluten Fallzahlen in allen Behandlungsgruppen7. Seit Mitte Juli Anstieg der schweren Behandlungsmethoden, hängt vermutlich damit zusammen, dass beatmete Patient:innen eine längere Liegedauer haben8. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung fällt, Betriebssituation erholt sich, eingeschränkte Meldungen fallen, reguläre Einschätzungen stiegen9. Gründe der Betriebssituation Personalmangel-Rückgang10. Rückgang in allen AG11. Über 60-Jährige haben einen Anteil von über 80% an Intensivstationen12. SPoCK-Prognose: Rückgang in allen Kleeblättern	<p>(Sievers)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	--	---



	<p>Testkapazitäten</p> <p>13. Anzahl der Tests haben um 6% im Vergleich zur Vorwoche abgenommen</p> <p>14. Positivenanteil abgenommen (38,4%)</p> <p>15. Kapazität auf hohem Niveau: 2,7 Mio. Test</p> <p>16. 533.000 PCR-Test durchgeführt, Positivenanteil 38,4%</p> <p>Molekulare Surveillance</p> <p>17. Keinen Drop bei Sequenzierungen</p> <p>18. Dominanz durch BA.5 mit 95%, BA.4 stabil</p> <p>19. Seit ein paar Wochen Stabilität von BA.4 und BA.5</p> <p>20. Anteil der älteren Linie ist stabil, innerhalb Sublinie Veränderungen</p> <p>21. BA.2.12.1 Anteile fallen ab</p> <p>22. BA.2: BA.2.7.5 steigt leicht an, kleine Zahlen (wird in Indien angenommen, in DE bei 0,2%)</p> <p>23. Innerhalb BA.5 BA.5.1 und BA.5.2</p> <p>ARS-Daten</p> <p>24. Test stabil in BE und BB und MPV</p> <p>25. Andere BL Rückgang (BY, TH, SH)</p> <p>26. KH testen stabil, Arztpraxen halbieren Testungen in den letzten 5 Wochen; hängt vermutlich mit Ferien zusammen</p> <p>27. Prozentualer Anteil der Positiven geht leicht zurück, in KH und Arztpraxen gleichbleibend</p> <p>28. Mehr Testungen, mehr Positiv, weniger Testungen weniger positiv</p> <p>29. Kein Ausreißer in den Altersgruppen, gleichmäßige Testungen aber insgesamt weniger</p> <p>30. Positivenanteil der 5-14-Jährigen steigt an, 0-4-Jährige steigt ebenfalls an</p> <p>31. Leichter Abfall Ausbrüche Altersheim</p> <p>Syndromische Surveillance (Tolksdorf)</p> <p>32. ARE gesamt: gesunken 3,0 % (Vorwoche: 3,6 %); Vorwochenwert lag bei 3,7 %</p> <p>33. Trend: in den letzten Wochen (seit 28. KW) bis 31. KW ein rückläufiger Trend, erstmals wieder Anstieg in KW 32, hat sich aber in KW 33 nicht fortgesetzt.</p> <p>34. liegt mit 3,0 % im Bereich der Vorjahre zur 33. KW</p> <p>35. Anstieg bei den Kindern: 5,9 % (Vorwoche: 5,4 %); Rückgang bei den Erwachsenen: (2,6 %; Vorwoche: 3,3 %)</p> <p>36. ARE 5 AG: Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen (Anstieg um 42 %), in allen anderen AGs gesunken</p> <p>37. Ambulanter Bereich entspannt sich</p> <p>38. In der 33. KW wurden bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche</p> <p>39. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig in KW 33 insgesamt mit 775 (Vorwoche: 937) liegt bei ca.800; seit KW 28 rückläufig</p> <p>40. Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 33. KW, aber auch in allen der ab 15-Jährigen höher (nicht mehr ganz so deutlich wie in den Vorwochen); bei den 0-4-Jährigen ähnlich der vorpandemischen Werte</p> <p>41. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 16 % und 27 %)</p> <p>42. 70 % der BL noch in den Sommerferien (in NW, MV und</p>	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	--



	<p>SH hat Schule wieder begonnen in KWW 33 dort bereits Anstieg bei den Schulkindern erkennbar, besonders in NW)</p> <p>43. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ab KW 22/2022 deutlich angestiegen war, wird seit KW 29/2022 insgesamt ein Rückgang der Werte beobachtet</p> <p>44. SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in AG bis zur 33. KW 2022 sind die Werte in allen AG gesunken, seit KW 29/2022 setzt sich der rückläufige Trend fort</p> <p>45. SARI-Fallzahlen sind in der 33. KW 2022 insgesamt nur leicht gesunken, SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil geblieben im Vergleich zur Vorwoche, Weiterhin auf üblichem Sommerniveau</p> <p>46. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 33 stabil: 28 % (Vorwoche: 30 %)</p> <p>47. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls stabil: 28 % (Vorwoche: 27 %),</p> <p>48. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1%</p> <p>49. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau</p> <p>50. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten der Vorjahre</p> <p>51. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist stabil im Vgl. zur Vorwoche</p> <p>52. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 33. KW 2022: Gesamt: 2,6 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 2.200 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>53. Wenig Änderungen, leichter Rückgang SARS-CoV-2 (16%)</p> <p>54. Sporadische Infektionen HKU1</p> <p>55. Nachweis von AH3N2</p> <p>56. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar</p> <p>57. Rhinoviren und Parainfluenzaviren in gleichen Anteilen nachweisbar, untergeordnete Rolle RSV</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <p>Am Montag Sitzung der PEIKO-AG Teilnahme externer Expert:innen und BMG Besprechung der Arbeitsweise und Themenpriorisierung 3 Themen</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>



	<p>6. Variantenimpfstoff</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Steht kurz vor Zulassung, Unklarheiten bzgl. Timelines, 60 Mio. vorbestellt 2. BA.1-Impfstoffe kommen voraussichtlich September, BA.5-angepasster Impfstoff kommt voraussichtlich im Oktober 3. Impfstoff Valneva wird kommen, angeblich nächste Woche. Impfstoff wird ausgeliefert, aber nicht verteilt, dauert vermutlich noch 2 Wochen. Hiervon wurde nicht viel eingekauft. Ist ein Totimpfstoff, Empfehlung von PEIKO folgt, nur für Grundimmunisierung und für 18-50-Jährige 4. Wunsch Ärzteschaft: Nachschärfung Algorithmen der Konstellationen (Geimpft/Genesen): wird in 4-6 Wochen auf die Agenda gesetzt, PEIKO derzeit an Review mit WHO und Kanada zur Wirksamkeit der verschiedenen Konstellationen 5. Nachrangig: Zulassung Kleinkinder (unter 4 Jahre) und Auffrischimpfung <p><i>Diskussion</i></p> <p>! In IfSG-Novelle: Geplant: 3 Monate nach letzter Impfung gilt man als geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Es geht nicht darum, dass man als geimpft gilt, sondern es gibt eine Ausnahme der Maskenpflicht für bestimmte Räume in der Öffentlichkeit für die 3 Monate o Höhere Impfabstände werden empfohlen (STIKO alle 6 Monate), für den Zeitraum nach der Impfung wird eine Erleichterung geschaffen. Ob es verabschiedet wird ist offen <p>! Algorithmus: wer gilt als ausreichend geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o STIKO: Verhinderung schwerer Fälle im Fokus o Transmission und neuer Impfstoff: Hoffnung, dass durch adaptierte Impfstoffe besser in Verhinderung auf Transmission o Herkömmlicher wirkt gut vor schweren Infektionen/Erkrankungen <p>! Variantenangepasster Impfstoff der Transmission verhindert; wird neuer Selektionsdruck geschafft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Transmissionsblockierend wird nicht erwartet. Höhere AK-Level, wird eher von nasalen Impfstoffen erwartet, diese sind noch in Entwicklungspipeline <p>! Sind die Impfstoffe bivalent oder monovalent?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Erstmal bivalente Impfstoffe (BA.1, BA.4, BA.5-Impfstoffe), andere Hersteller haben monovalente Impfstoffe in der Pipeline, moving target, Einreichung bei EMA ist unklar, Diskussion läuft auf europäischer Ebene 	
<p>3</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>



<p>4</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Plausibilitätsprüfung Nicht „Betrug“ sondern „Auffälligkeiten“ Meeting mit Köln, Datenabgleich CWA Wird bis Mai 2023 weiterbetrieben werden Verhandlungen mit Industriepartnern CWA und Maske ist in Umsetzung Gelder vom BMG stark gekürzt Prognose daher schwer abzugeben <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Personelle Ressourcen werden weiterhin aus dem Haus getragen, vermutlich wird eine neue Ausschreibung ab Mai 2023 geschrieben 	<p>FG21 (Schmich)</p>
<p>5</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bereitstellung von Daten und Forschungsergebnissen in einem Webportal nach den FAIR-Prinzipien: findable, accessible, interoperable, re-usable 3. Bereitstellung eines strukturierten Austauschs zwischen den Ländern über bewährte COVID-19-Verfahren und Fachwissen. 4. Förderung der Interoperabilität und Bekämpfung von Ungleichheiten bei Gesundheitsinformationen. <p>60. 4 Kleinstudien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direkte und indirekte Folgen der COVID-19-Infektion in vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter Bezugnahme auf Ungleichheiten 2. Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen 3. Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen 4. Veränderungen in der psychischen Gesundheit der Bevölkerung <p>61. Erforschung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit der europäischen Bevölkerung</p> <p>62. Pilotaktivitäten für den Nutzen und Mehrwert der Forschungsinfrastruktur, indem Daten aus verschiedenen europäischen Ländern zusammengeführt und die Ergebnisse in die förderierte Forschungsinfrastruktur eingespeist werden</p> <p>Hat die COVID-19-Pandemie die bestehenden Muster der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung außerhalb von COVID-19 verändert?</p> <p>63. Wales: Rate der Herzinfarkte pro 100.000 Einwohnern 2020 im Vergleich zu 2018/2019 hin zum Lockdown (mit steigenden Infektionszahlen) stark gesunken ! Weniger Inanspruchnahme, weniger Diagnosen</p> <p>64. Danach sprunghaft auf ein Niveau über 2018/2019 angestiegen ! verzögerte Diagnosen</p> <p>65. Bei einem Ländervergleich mit mehreren Outcomes sieht man bei der Veränderung der Inzidenz:</p> <p>66. Den gleichen starken Rückgang von Herzinfarkten zu Zeiten des Lockdowns in 2020 (März/April) ! Ende 2021 auf einem vorpandemischen Niveau; bei Schlaganfällen</p>	<p>FG24 (Thißen)</p>



	<p>liegen wir unter diesem Niveau von 2019</p> <p>67. Bei Hüft- und Knieersatz sind die Entwicklungen eindeutiger! März/April 2020 starker Abfall der Inzidenzen und bis heute nicht wieder auf vorpandemisches Niveau</p> <p>Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen verbunden mit der Pandemie?</p> <p>68. Absolute Zahlen: 2017-2020! Zu Beginn 2020 in allen Ländern zurückgehende Zahlen (in Italien eklatant); insgesamt aber in Belgien, Spanien und Wales anschließend ein steigender Trend zu verzeichnen</p> <p>69. Starke Zunahme der Zeitintervalle von der Diagnose bis zur operativen Behandlung nach dem Lockdown 2020</p> <p>Frühgeburtenrate während der Pandemie:</p> <p>70. In mehreren Ländern kam es während der Pandemie zu einem deutlichen und kontinuierlichen Rückgang der Frühgeburtenraten: Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich.</p> <p>Fehlgeburtenrate</p> <p>71. In den meisten Ländern sind die Totgeburtenraten im Jahr 2020 oder im Zeitraum März bis September 2020 nicht gestiegen. In einigen Ländern gab es jedoch einen signifikanten Anstieg, der in Österreich, der Tschechischen Republik und Slowenien erheblich war.</p> <p>Veränderung der psychischen Gesundheit während der Pandemie oder der Lockdowns (Bereich Inanspruchnahme):</p> <p>72. Beispiel hier bezieht sich auf Finnland: Gesamtbesuche versus Erstkontakte mit Versorgungseinrichtungen der mentalen Gesundheit</p> <p>73. In den Sommermonaten das typische Sommerloch mit einem Rückgang der Zahlen! Anstieg der Gesamtbesuche von 2019-2021 von 7%</p> <p>74. Dagegen sind die Erstkontakte um 6% stark gesunken</p> <p>Diagnosen von Depressionen:</p> <p>75. Bei beiden Geschlechtern großer Spike nach unten in 2020 und insgesamt liegt die Anzahl diagnostizierter Depression in 2020-2021 klar unter dem Niveau von 2017-2019 als vorpandemischer Zeiten.</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutsche Daten liegen vor, müssen analysiert werden ○ Rückgänge können unterschiedliche Erklärungsmuster haben ○ Verzögerte Diagnostik, Interpretation der Datenlage ist schwierig, da aggregierte Daten 	
<p>6</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
<p>7</p>	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	



<p>8</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse Überarbeitung FAQ COVID-19</p> <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Horstkötter)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<p>9</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Bericht Impfungen Bewohnende/Beschäftigte/Gäste in Einrichtungen Daten von 12.000 Altenheimen, Veröffentlichung am 22.08.2022 4. Impfung bei Bewohnenden und Gästen häufiger als bei Beschäftigten Entwicklung April 2022 – Mai 2022: keine großen Veränderungen, nur 4. Impfung Impfquote nach Beschäftigte nach BL: in Sachsen 17% keine Impfung, Unterscheidung nach LK: Leipzig mit 5% im Durchschnitt Höchste Übersterblichkeit in Sachsen Wunsch nach Unterstützung, da ab 01.01.23 Wegfall der Containment Scouts, Antrag wird gestellt</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
<p>10</p>	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Als Info: Die Eingliederungshilfe soll abgedeckt werden durch KRINKO, eine Adhoc AG wird eingerichtet, FG14 und FG37 unterstützt hier. Erwartung: Ende August/Anfang September Treffen, Ende September Bericht Abdeckung Eingliederungshilfe. BMG will Informationen hierzu vorliegen haben. Adhoc AG ist erstmal unabhängig von KRINKO, soll aber langfristig von KRINKO übernommen werden</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
<p>13</p>	<p>Surveillance</p> <p>Analysis of COVID-19 and Influenza mortality in Germany using a flexible spline model</p>	<p>FG34, FG36 (Winklmayr, Buchholz, an</p>



	<p>Geschätzte Inzidenz geteilt durch die offizielle Inzidenz und Verhältnis Antigen/PCR weist deutliche Korrelation auf <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weniger schwere Erkrankungen und Todesfälle in Omikron-Welle, mehr Antigentestungen bei wenigen Symptomen ! Anfang der Pandemie: Jede Infektion zu erfassen. Kann kein Surveillancesystem leisten. Trends durch Arztbesuche abbilden. Wandel; nicht jeder geht zum Arzt, ist aber auch nicht notwendig ! In Meldedaten können Trends abgelesen werden ! Lösen wir das Problem der Untererfassung, indem Antigenteste meldepflichtig gemacht werden? ! Unter aktuelle Lage wäre ein Slot gewesen, zur besseren Kommunikation wäre eine Information vorab besser gewesen ! Meldeinzidenz mit junger Datengruppe vergleichen? <ul style="list-style-type: none"> o Wurde durchgeführt, sieht extremer aus <p>ToDo <i>Darstellung der Untererfassung in einer FAQ (FG32, FG36, Presse). Entwurf durch FG32 und FG36</i></p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle Bitte um Unterstützung aus mehreren OEs</p>	FG31
16	<p>Wichtige Termine keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 31.08.2022 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:04 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Donnerstag, 01.09.2022, 09:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 -
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Ulrike Grote
 - Janina Stauke
 - Christian Wittke (Protokoll)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG34
 - Matthias an der Heiden
- ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! ZBS7
 - Agata Mikolajewska
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Romy Kerber
- ! BZgA
 - Mirco Steffens





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier</p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-31.08.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Europe: 246.426.020 2. America: 174.492.276 3. Western Pacific: 81.367.219 4. South-East Asia: 59.877.206 5. Eastern Mediterranean: 22.934.311 6. Africa: 9.269.451 <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg. Leicht steigende Trends lediglich auf kleinen Inselstaaten oder Überseegebieten. BA.5 Sublinie mit Prävalenz von 87% weiterhin global dominant.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Asien: Sinkende Fallzahlen mit – 18% bei stabilen Todesfallzahlen. Steigende Fallzahlen in den palästinensischen Gebieten. Hohe Inzidenzen > 1.000/100.000 EW in Korea und Japan bei sinkendem Trend. 8. Europa: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-15% und -33%) 9. Ozeanien: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-26,3% und -19,9%). Australien und Neuseeland mit Inzidenz über 300 bei sinkendem Trend. 10. Afrika: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-27,9 % und -63,9%) 11. Amerika: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-17,5% und -13,5%) <p>Globale Fallveränderung 7-Tage -17,5%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage -15,7%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Weiterhin Auffälligkeiten in den Meldungen aus Griechenland und Schweiz 13. Daten aus Belarus und Ukraine mit Verzögerungen/Unregelmäßigkeiten 14. Seit KW33 abnehmender Trend nun auch bei Bevölkerung mit 65+ Jahren 15. Abnehmender Trend in allen Ländern mit Ausnahme von <ol style="list-style-type: none"> 1. Russland (+20,4%, steigende Todeszahlen, BA.5 seit Ende Juni dominant) 2. Portugal (+14,2%, leicht steigende Todeszahlen) <p>Spezifische Maßnahmen (Masken, Mindestabstand) für Schulen nach Sommerferien</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Die meisten Länder orientieren sich an Nachbarstaaten 17. Rückmeldungen aus europäischen Ländern: Keine Planung weiterer spezifischen Maßnahmen. Anpassungen in Abhängigkeit der Lage sind möglich. 	<p>ZIG1 (Kerber)</p>



	<p>Hinweis: Die USA beenden Möglichkeit kostenlose Covid-19-Tests nach Hause bestellen zu können</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.184.553 (+39.396), davon 147.494 (+90) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 237,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.762.361 (77,9%), mit vollständiger Impfung 51.555.930 (62,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Leichte Abnahme der Fallzahlen, Einpendeln auf Plateau Geografische Verteilung: Höchste Inzidenz im LK Straubing und LK Dachau. In beiden LK haben Volksfeste stattgefunden Heatmap: In fast allen AG Rückgänge insbes. bei den Hochbetagten; leichte Anstiege bei 5-9 sowie 10-14-Jährigen KW32 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Destatis Übersterblichkeit weist keine Änderungen zur Vorwoche auf</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) 18. Mit Stand 31.08.2022 werden 797 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt 19. Weiterhin stetige Reduktion der COVID-ITS-Belegung 20. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +695 in den letzten 7 Tagen im Rückgang 21. Anzahl der auf ITS-Verstorbenen fällt 22. Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none">1. Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt mit leichtem Anstieg2. Sonst flächendeckend Rückgang in allen BL3. Rückgang in allen Behandlungsgruppen4. Einschätzung der Betriebssituation: Uni-Maximalversorger größerer, ansteigender Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind, dafür mehr teilweise eingeschränkt.5. Gründe der Betriebssituation Personalmangel- Rückgang auf hohem Niveau6. Rückgang in allen AG mit Ausnahme 30-39-Jährige (Anstieg) und 0-17-Jährige (Plateau)7. Über 60-Jährige haben einen Anteil von über 80% an Intensivstationen8. SPoCK-Prognose: Rückgang in allen Kleeblättern <p>Molekulare Surveillance (Folien hier) 23. Keinen Drop bei Sequenzierungen</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<p>34 leicht gesunken: 24 % (Vorwoche: 32 %)</p> <p>43. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls gesunken: 18 % (Vorwoche: 26 %),</p> <p>44. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1%</p> <p>45. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau; leichter Anstieg in den AG unter 15 Jahren</p> <p>46. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten der Vorjahre</p> <p>47. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist leicht gesunken im Vgl. zur Vorwoche</p> <p>48. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 34. KW 2022: Gesamt: 2,3 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 1.900 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>49. Keine Änderungen zur Vorwoche bei SARS-CoV-2 (16%)</p> <p>50. Anstieg von AH3N2-Nachweisen auf 7%</p> <p>51. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar</p> <p>52. Anstieg RSV auf 5%, PIV und HRV auf gleichem Niveau (18%), kein Nachweis von HMPV</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
2	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
5	<p>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 2</p>



6	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
7	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Aktuelle Merkblätter werden hinsichtlich neuester STIKO-Empfehlungen angepasst BZgA Corona-Impfcheck wird voraussichtlich im Laufe des Septembers auf infektionsschutz.de verfügbar sein</p> <p>Presse</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>P1</p> <p>Flyer zu Herbst/Winter ist in Arbeit. Frau Leuker ist mit allen Beteiligten in Austausch.</p> <p><i>Diskussion</i></p> <p>Sind in Deutschland Kampagnen zur Behandlung mit Coronamedikamenten wie Paxlovid angedacht? Dokumente befinden sich in Überarbeitung. Letzte Woche gab es Publikationen, die Vorteile der Behandlung an Geimpften aufzeigen. Zudem ist eine Fortbildung für Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband angedacht. Wie ist die Interaktion mit anderen Medikamenten und wie sind die Nebenwirkungen zu bewerten? Präzisierung der Risikofaktoren ist komplex. Ergebnisse der Publikationen deuten eher auf eine Empfehlung für die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren hin. Zu Neben/-wechselwirkungen bietet Liverpool Interaction Checker eine gute Orientierung. Der Minister hat neuen Impfstoffen eine bessere Wirkung zugeschrieben und zeitgleiche eine neue, große Informationskampagne angekündigt. Ist die Kampagne in Zusammenarbeit mit der BZgA? Das RKI ist hier mit eingebunden. Ein Termin dazu findet am Freitag mit dem BMG statt.</p>	<p>BZgA (Steffens)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
9	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Stellungnahme Bundesregierung zum IfSG-Evaluationsbericht In einer 40-seitigen Stellungnahme der Bundesregierung wird das RKI mehrfach erwähnt. Einige Stellen könnten für das RKI nachteilig sein und sollten kommentiert und Anmerkungen eingebracht werden. Datengrundlage in Deutschland wird schlechter dargestellt als</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>



	<p>sie ist. Im Punkt Kommunikation könnte hineininterpretiert werden, dass das RKI keinen relevanten Anteil beigesteuert hat. Fokus sollte auf inhaltliche Falschaussagen mit konkreten Formulierungsvorschlägen liegen Eigene Stellungnahme ungünstig, da Angriffsflächen entstehen. Gefahr ist größer als der Nutzen. Anmerkungen und Kommentare zu dieser Stellungnahme können bis Freitag 02.09. DS beim BMG eingereicht werden. Herr Schaade möchte es gerne bis 16:00 Uhr erhalten. Abteilungsleiter sollten es vorher durchschauen. Beteiligt sind insbesondere FG32 und FG36. Es wird eine Aufgabe für die Koordinierungsstelle erstellt.</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>10</p>	<p>Dokumente</p> <p>FAQ zu Todesfällen (Anteile an/mit verstorben) Entwurf hier Vorschlag bereits vorhandenes FAQ: „Wie werden COVID-19-Todesfälle am RKI erhoben“ um folgenden Zusatz zu ergänzen: In den Jahren 2020 und 2021 wurden bei 95% der COVID-19 Todesfälle eine Angabe zur Todesursache an das RKI übermittelt und von diesen verstarben etwa 90% an COVID, etwa 10% verstarben mit COVID-19. Seit die Omikron-Variante in Deutschland dominiert (seit KW 02/2022) wurden in 94% der COVID-19 Todesfälle eine Angabe zur Todesursache übermittelt und etwa 80% dieser Todesfälle verstarben an COVID-19, etwa 20% verstarben mit COVID-19.</p> <p><i>Diskussion</i> In Hamburg besteht Angabe, dass 49% aller COVID-19 Todesfälle auch an COVID-19 verstorben sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Genaue Ermittlung dieser Zahl unklar. Wie erklären wir diese Aktualisierung? 2. In der aktuellen Diskussion in Zusammenhang mit Omikron. Zur Darstellung des geringen Unterschieds durch die Omikron-Variante. <p>Unsicherheit einer genauen Ermittlung „an und/oder mit COVID-19“ sollte im Text deutlicher dargestellt und stärker relativiert werden. Anmerkung, dass FAQs eher allgemein gehalten werden sollten. Spezifische Ergebnisse mit Verweis z.B. auf Wochenbericht. Redaktionelle Änderungen werden für den Wochenbericht nächste Woche vorbereitet, im nächsten JF am Freitag angesprochen und aus den FAQs darauf verwiesen.</p>	<p>FG34 (an der Heiden)</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>



12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)	FG37 (Eckmanns)
13	Surveillance <p>Vorschlag Kürzen von Erfassungsentitäten (Intensivregister) und Anpassung DIVIReg-VO, Folien hier Im Kern geht es darum das Intensivregister zu verschlanken und Erfassungsentitäten zu pausieren/streichen. Vorschlagskandidaten zum Pausieren in der Erfassung: ICU-Reserve, Schwangere und frisch Entbundene mit COVID-19, Aktuelle COVID-19-Patient*innen nach Virusvarianten, SARS-CoV2-Impfstatus der COVID-19 IST-Erstaufnahmen und Verfügbarkeit Nierenersatz-Behandlung Vorschlag Belegungs-Anzahl der SARS-CoV-2 Patient*innen differenzieren nach: A. Primäre Lungen- und/oder Systembeteiligung der COVID Infektion, B. COVID-19 Infektion als Nebendiagnose mit Einfluss auf die Grunderkrankung und C. SARS-CoV-2 Infektion mit keinem Einfluss auf die Grunderkrankung Umsetzung des Vorschlags führt laut Frau Diercke zu keinen Problemen. Es sollte vermieden werden, gleiche Informationen in verschiedenen Systemen erfassen zu müssen. Unterer Vorschlag wird in unserer Rückmeldung nicht mit aufgenommen, für die oberen Punkte wird eine Pausierung angestrebt. Falls eine Äußerung gewünscht ist, werden wir favorisieren es in DEMIS zu erfassen.</p> <p>Information aus IT4: Künftig erfolgt Mo-Fr nach 18.00 Uhr oder am Wochenende kein Einlesen mehr von Zahlen aus dem Meldewesen Aufgrund der Überstunden und der Notwendigkeit diese abzubauen kein Einlesen im genannten Zeitraum mehr dpa meldet bereits jeden Montag, dass sie montags nichts mehr melden, weil es keine Daten gibt Bericht wird weiter erstellt Sprachregelung auf Nachfragen: Wir können diesen Sonntag personell nicht besetzen. Das Einlesen am Wochenende wird eingestellt, weil es personell nicht besetzt werden kann. Erlass zum Pandemiebericht Aktueller Stand: Trendbericht soll verwendet werden. Zusätzliche Indikatoren sollen mit aufgenommen werden – Ministerentscheidung steht noch aus Ab dem 17.09. Visualisierung des Pandemieradars auf der Trendseite Ab dem 23.09. soll der Pandemieradar mit im Wochenbericht aufgegriffen werden Zwei neue Indikatoren: Abwasser-Surveillance und Bettenbelegung. Neue Erhebungssysteme für die Daten am 17.09. noch nicht verfügbar sein könnten. Abwasser-Surveillance soll mit farblichen Trends (Ampel) nach Standorten dargestellt werden Koordination als Ansprechpartner im RKI übernimmt FG32</p>	MF4 (Fischer) FG31 (Rexroth) FG32 (Diercke)



14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle (nicht berichtet)	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.09.2022 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 11:00 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Donnerstag, 14.09.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- FG14
 - Marc Thanheisers
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Claudia Siffczyk
- ! FG32
 - Claudia Sievers
 - Jakob Schumacher
- ! FG36
 - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! MFI
 - Hannes Wünsche
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! P1
 - Ines Lein
- ! P4
 - Pascal Klamser
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
 - Johanna Hanefeld
 - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
 - Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier</p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-11.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Europe: 249.961.956 2. America: 176.935.547 3. Western Pacific: 87.075.073 4. South-East Asia: 60.142.887 5. Eastern Mediterranean: 23.032.108 6. Africa: 9.310.805 <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ozeanien: Fallende Fallzahlen (-42,99%) jedoch steigende Todesfallzahlen (14,73%) als Folge der aktuellen BA.5 Welle in Australien und Neuseeland. <p>Globale Fallveränderung 7-Tage -22,96%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage -26,12%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Weiterhin sinkende Fallzahlen. Das unregelmäßige Meldeverhalten der Länder lässt nur eine eingeschränkte Beurteilung der Lage zu. 9. Fallzahlenstiege in Polen (+32%), Slowenien (+28%) und Tschechien (+20%). Restriktionen sind in diesen Ländern seit März aufgehoben oder sehr eingeschränkt. 10. Zunahme der Hospitalisierungen im August mit Plateaubildung in Tschechien und Slowenien, Todesfälle sind auf niedrigem Niveau. <p>Daten aus Ukraine</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Datenlage ist schwierig. WHO prognostiziert weiteren Fallzahlenanstieg in Oktober. Ein weiterer Fallzahlenanstieg könnte das Gesundheitssystem stark belasten und an Kapazitätsgrenzen bringen. O2-Versorgung wäre nicht gewährleistet, da die Produktion in besetzten Gebieten liegt. 12. Im Februar wurden über 40 000 Test/Tag durchgeführt, aktuell sind es 2308/Tag. <p>Spezifische Maßnahmen (Masken, Mindestabstand) für Schulen nach Sommerferien in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. In den meisten Länder keine Maßnahmen geplant. 14. Anpassungen in Abhängigkeit der Lage sind möglich. 15. Nachtrag: Estland, Serbien Italien keine Maßnahmen geplant. 16. Estland gibt an eine Readiness Plan zu haben und Serbien evaluiert fortlaufen die epidemiologische Lage auf diesen Aspekt. 	<p>ZIG1 (Correa-Martinez)</p>



	<p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.558.479 (+51.299), davon 148.498 (+109) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 236,2/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 77,9%, mit vollständiger Impfung 62,1% Leichter Anstieg der Fallzahlen im Vgl. zur Vorwoche Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Leichte Zunahme der Fallzahlen in einigen Bundesländern (SL, MV, BY) Geografische Verteilung: Keine größere Veränderung im Vgl. zur Vorwoche; leichter Anstieg erkennbar; 1. LK (LK Kelheim) mit 7-Tage-Inzidenz > 1000 Heatmap: Leichte Zunahmen in AGs 35-65J KW36 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum: Abnehmend, evt. Plateau erwartet Destatis Übersterblichkeit nimmt weiterhin ab</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) Mit Stand 14.09.2022 werden 747 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt 17. Sichtbare Seitwärtsbewegung und Plateaubildung der COVID-ITS-Belegung ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +622 in den letzten 7 Tagen im leichten Anstieg Anzahl der auf ITS-Verstorbenen: Seitwärtsbewegung Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten 18. Leichter Anstieg bzw. Plateaubildung über alle Kleeblätter 19. Stetiger Anstieg in ST und SL Belegung nach Schweregrad 20. Anstieg in leichten Behandlungsformen (High flow) Einschätzung der Betriebssituation: 21. Uni-Maximalversorger im Vgl. zu Grund und Regelversorgung größerer Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind; Heterogenes Bild 22. Gründe der Betriebssituation Personalmangel-Rückgang auf hohem Niveau Nach AG: 23. Absolute Zahlen: Anstieg in den AG ab 60J und in den jüngeren AG bis 29J 24. Anteile: ab 60 J größter prozentualer Anteil SPoCK-Prognose: Seitwärtsbewegung in allen Kleeblättern</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) ARE gesamt: Situation saisonentsprechend 25. Trend: Seit 34. KW steigend, liegt mit 5,0 % im Bereich der Vorjahre zur 36. KW</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<p>26. Deutlicher Anstieg bei den Kindern: 11,3 % (Vorwoche: 7,4 %); auch leichter Anstieg bei den Erwachsenen: (3,9 %; Vorwoche: 3,6 %)</p> <p>27. ARE AG: Anstieg in 4 Altersgruppen; bei den ab 60-Jährigen stabil Arztkonsultation: Inzidenz stabil; Annäherung an die Vorjahre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: weiter leicht rückläufig in KW 36 insgesamt mit 855 (Vorwoche: 874); seit KW 31 stabil <p>28. Im Vergleich zur Vorwoche: Deutlichster Anstieg bei den 5-14J. (+10 %), in den anderen AGs zwischen -13 % und +2 %); SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in KW 36 ist die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE bei den 0-bis 4-Jährigen angestiegen, 60-79-Jährige stabil</p> <p>29. in den anderen Altersgruppen sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche gesunken</p> <p>SARI-Fallzahlen sind in der 36. KW 2022 insgesamt leicht gestiegen, noch auf dem üblichen Niveau</p> <p>30. SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil im Vergleich zur Vorwoche; aktuell etwas niedriger als in den Vorjahren</p> <p>31. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 36 stabil geblieben: 23 % (Vorwoche: 22 %)</p> <p>32. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung gestiegen: 31 % (Vorwoche: 21 %),</p> <p>33. Anteil Influenza an SARI bei 0%, nachdem in der Vorwoche erstmals seit KW 25 wieder über 1%</p> <p>SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere AG > 15 J</p> <p>34. AG ab 80 Jahre auf dem Niveau des Vorjahres, leicht über dem Vorpandemischen Niveau</p> <p>35. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 80+ ist wieder gestiegen</p> <p>36. Intensivbehandlung: SARI-Fälle 36. KW: alle AG unauffällig Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI im Vgl. zu Meldedaten: Anstieg in in den AG 0-4 und 80+</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>37. Anstieg der Nachweise von SARS-CoV-2</p> <p>38. Keine Nachweise anderer Coronaviren</p> <p>39. Sporadische Nachweise von Influenza</p> <p>40. Zirkulation von Rhino- und Parainfluenza entsprechend der Erwartung</p> <p>41. Sporadische Nachweise von H1N1</p> <p>Molekulare Surveillance (Folien hier)</p> <p>42. Proben mit ungekanntem Status dürfen nicht mehr eingesendet werden. Ca. 4000 Sequenzen; Einsendungszahl ist stabil</p> <p>43. Dominanz durch BA.5 mit 96,4% (leicht rückläufig) BA.4 leichte Zunahme</p> <p>44. Unter Omikron-Sublinien BA.5.1 (20,9%), BA.5.2 (26,2%) und BA.5.2.1 (13,9%) dominierend; BA.5.2 zunehmend</p> <p>45. BA.2 (1%) insgesamt zunehmend, langsame Entwicklung</p>	<p>FG36 (Tolkstdorf)</p> <p>FG32</p>
--	--	---



	<p>46. BA.4/BA.5 Fällen mit R346X Mutation deutliche Zunahme zu Vorwoche</p> <p>Diskussion</p> <p>47. Sind Änderungen für den Wochenbericht notwendig? Vorschlag für mögliches Wording „Plateaubildung mit Möglichkeit des Fallzahlanstieg. Fallzahlanstieg für respiratorische Erkrankungen sind im Herbst zu erwarten“</p> <p>48. Zunächst keine Aussage zu VOC</p> <p>49. Textabschnitt zu „Todesfälle mit und auf Grund von COVID-19“ wird voraussichtlich diese Woche noch nicht fertig gestellt werden können, da es noch interne und Abstimmung mit BMG vor Veröffentlichung bedarf.</p> <p>50. BMG möchte Zeitpunkt und Ort der Veröffentlichung bestimmen.</p> <p><i>ToDo: FG32 (Sievers) wird gebeten bis 15.09. 2022 DS den Textabschnitt fertig zu stellen mit dem Ziel es am 16.09.2022 im Jour Fixe mit BMG zu besprechen und ans BMG zu verschicken.</i></p>	(Sievers)
2	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33 (Wichmann)
3	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21 (Schmich)
5	<p>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</p> <p>Vorstellung von Ergebnissen eines Rapid Reviews zur Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während de Pandemie (hier) Rapid Review (Bis 19.11.2021) 39 Publikationen (Publikationen und graue Literatur)</p> <p>51. Kat1.: Trend-, Quer- und Längsschnittstudien/Primärdaten (repräsentativ/ convenience sample): 28 Studien</p> <p>52. Kat2.: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten/Sekundärdaten: 11 Studien</p> <p>Ergebnisse:</p> <p>53. 50-80% Angaben zu COVID-19 bedingter Belastung (Stress, Isolation) bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>54. Prävalenzanstieg von 30% von psychopathologischen Symptomen (keine psychischen Störungen);</p> <p>55. heterogenes Bild (Zunahme von Angststörungen)</p> <p>56. Rückgang von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit</p> <p>57. Eine Studie zu Gewalterfahrungen (Anstieg/Angabe</p>	FG26 (Schlack)



	<p>Mütter)</p> <p>58. Rückgänge der ambulanten und stationären Inanspruchnahme während der Pandemiewellen mit anschließenden Nachholeffekten</p> <p>Anzahl der Studien zu Beginn der Pandemie sehr hoch (angepasste laufende Projekte, ad-hoc), Abnahme der Anzahl über die Zeit</p> <p>Keine Studien zu Langzeiteffekten</p> <p>Weniger Publikationen zu Kindern und Jugendlichen im Vgl. zu Erwachsenen</p> <p>Diskussion: Keine Primärdaten zu Magersucht; Versichertendaten zeigen Zunahme von KH-Aufnahmen auf Grund von Essstörungen um 10%</p> <p>Inwieweit beeinflussen diese/solche Ergebnisse die Überlegungen zu Maßnahmen in Schulen? Wie wird Infektionsschutz gegenüber Schutz der Gesundheit allgemein bewertet?</p> <p>Schulschließungen sollen vermieden werden und Maßnahmen (Lüften etc.) gefördert werden, diese stellen keine wesentliche Einschränkung für den Schulbetrieb dar.</p> <p>S3 Leitlinien für Schulen werden aktuell unter Beteiligung von FG36 ausgearbeitet.</p> <p>Diese soll als Grundlage für die Entwicklung einer Position zu diesem Thema genutzt werden.</p> <p><i>ToDo: Update S3 Leitlinie durch FG36; Diskussion zu Schutzmaßnahmen in Schulen als Tagesordnungspunkt für die nächste Lage-AG</i></p>	
<p>6</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Bitte aus der AGI die Risikobewertung für Schwangere anzupassen/re-evaluieren. Schwangere Lehrerinnen werden nach Bekanntgabe der Schwangerschaft in Berufsverbot geschickt, das führt zur angespannten Personalsituation an Schulen</p> <p>Diskussion: Arbeitsschutz gehört in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums und dort gibt es entsprechende Gremien. Hier kann entsprechend nachgefragt werden. Das RKI trifft keine Aussage zu arbeitsschutz-relevanten Themen.</p> <p>Es gibt die STIKO Empfehlung zu COVID-19 Impfungen in der Schwangerschaft und im Steckbrief wird ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe bei Schwangeren (Punkt 15) aufgeführt.</p> <p><i>ToDo: Aufgabe durch LZ dazu erstellen. ABT3 (Hamouda/Siffczyk) übernimmt die Bearbeitung.</i></p> <p>Diskussion in der AGI in wie weit die Isolationspflicht noch zeitgemäß ist (von BY eingebracht).</p>	<p>FG31 (Siffczyk)</p> <p>Alle</p> <p>ABT3</p>

	Ein Vorstoß zur Änderung und Anpassung der Regelung, wenn dieser Wunsch auf Länderebene besteht, sollte auch von den Ländern kommen.	(Hamouda) Leitung
7	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Letzte Publikation „12. Stellungnahme des ExpertInnenrats zum Einsatz antiviraler Medikamente gegen COVID-19“ Tagt alle 4 Wochen, nächste Sitzung am 27.09. 2022</p>	Praes
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse Verwirrung zu Twitter-Nachricht bzgl. einer möglichen Änderung der FFP2-Maskenpflicht in den FAQ konnte geklärt werden und eine Anfrage der „Welt“ entsprechend beantwortet.</p> <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
9	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
10	<p>Dokumente</p> <p>Diskussion in der AGI zu §34 IfSG: SH möchte dem Entwurf nicht zustimmen, da die Wiederzulassungskriterien in Schulen (ärztliche Freigabe oder Test einer Teststelle) als umständlich und praxisfern eingestuft werden.</p> <p>Diskussion: Es ist unklar wer diesen Vorschlag/Aspekt in den Entwurf des Gesetzes eingebracht hat und es fand keine Abstimmung mit dem RKI statt. Kein Handlungsbedarf für das RKI und kein proaktives Handeln erforderlich. Maßnahmen sollen soweit wie möglich in die Routine überführt werden. Vorschlag die Wiederzulassung an die Kriterien für Erwachsene (nach 5 Tage) anzugleichen wird als</p>	<p>ABT3 (Hamouda)</p> <p>Alle Leitung</p>



	<p>sinnvoll gesehen. Bei Anfrage an das RKI zur Kommentierung soll die Lösung über die Zeit (nach 5 Tagen) ohne weitere Maßnahmen (Testung etc) vorgeschlagen werden.</p>	
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	FG37 (Eckmanns)
13	<p>Die Visualisierung erfolgt jetzt am BMG (Pressestelle des BMGs wurde hinzugeholt) Die zuständigen FGs wurden identifiziert Die Veröffentlichung ist für 01.10.2022 geplant Daten zu Abwassersurveillance, Notaufnahmesurveillance und Bettenbelegung werden wahrscheinlich verspätet verfügbar sein, da noch an den Indikatoren/Daten gearbeitet wird. Hier stellt auch die Frage der Nutzen der Daten (eingeschränkte Aussage) COVID-ARE/ICOSARI: Helios muss der Veröffentlichung der Daten noch zustimmen Gespräche zwischen BMG und MFI bzgl. Visualisierung um die Komptabilität zwischen RKI und BMG Produkten sicherzustellen</p> <p>Diskussion: Es ist weiterhin unklar was unter Visualisierung seitens des BMGs verstanden wird und was die Erwartungen an das RKI diesbezüglich sind. Bitte die Koordination durch J. Schumacher (FG32) als zentralen Koordinator zu nutzen und parallele/zusätzliche Kommunikation vermeiden. Saubere Aktenlage ist wichtig. Alle Absprachen (v.a. mündlich) verschriftlichen und verakten. Hausinterne Absprachen vor Kommunikation mit BMG. Kurz- und langfristige Prozesse (Verknüpfung mit Tableau am RKI) nicht vermischen. 01.10.2022 ist ein Samstag, ist die Veröffentlichung am 30.09 oder 04.10. geplant? Bitte klären. Syndromische Surveillance berichtet keine Testdaten. Es werden ca. 40 Notaufnahmen abgedeckt und die Daten sind nicht für eine Lagebewertung geeignet. Es gibt weder finanzielle noch personelle Ressourcen für dieses System. Kann es sein, dass es ein Missverständnis über die Daten und das System beim BMG vorliegt? Indikatoren wurden im Rahmen einer Diskussion mit BMG festgelegt. Die Excel-Liste mit ausführlichen Informationen zu den unterschiedlichen Systemen (Vor- und Nachteile) /Indikatoren liegt dem BMG vor. Syndromische Surveillance war initial nicht Teil dieser Liste. Diese Liste wurde mehrfach ergänzt mit der ausführlichen Beschreibung der Systeme, da Systeme/Indikatoren, da</p>	<p>MFI (Wünsche) FG32 (J. Schumacher)</p> <p>Alle</p>



	<p>seitens des BMGs Indikatoren nachträglich hinzugefügt wurden. Es soll eine Darstellung der Indikatoren in der CWA erfolgen (auch neu). Die Darstellung ist technisch kein Problem, es müssen finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Die Interpretation der Daten wird weiterhin durch das RKI geschehen müssen. Das ist herausfordernd bei Daten, die nur eingeschränkte oder gar keine Aussage erlauben. Das könnte problematisch werden und auf das RKI zurückfallen. Laut Mail von S. Beermann (BMG) an O. Hamouda (LZ im CC) sind Anpassungen der Trendseite nicht notwendig. Der Erlass vom 29.08.2022 hat weiterhin Bestand. Hier wird das RKI für die Darstellung der Daten als Verantwortliche benannt und die Indikatoren sind nicht aktuell. Die Informationen aus dem BMG scheinen widersprüchlich zu sein und Kommunikation(swege) ist schwer nachvollziehbar.</p> <p><i>ToDo:</i> Eine dringlichen Gesprächsbedarf in der initialen Runde für die Indikatoren (RKI/BMG) anmelden um die nachträglichen Wünsche und Änderungen einzubauen (FF ABT3 Hamouda)</p> <p><i>Dieses Thema in Jour Fixe mit BMG am 16.09.2022 einbringen.</i></p>	
14	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
15	Information aus der Koordinierungsstelle (nicht berichtet)	FG31
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.09.2022 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 28.09.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:	! FG34
	○ Alexandra Hofmann
! Institutsleitung	! FG36
○ Lothar Wieler	○ Walter Haas
○ Esther-Maria Antão	○ Silke Buda
! Abt. 3	! FG37
○ Osamah Hamouda	○ Janina Esins
FG14	! P1
○ Marc Thanheiser	○ Christina Leuker
! FG17	! P4
○ Barbara Biere	○ Pascal Klamser
! FG27	! Presse
○ Kristin Manz	○ Susanne Glasmacher
! FG31	○ Marieke Degen
○ Claudia Siffczyk	○ Nadin Garbe
○ Christian Wittke (Protokoll)	○ Ronja Wenchel
! FG32	! ZBS7
○ Claudia Sievers	○ Michaela Niebank
○ Michaela Diercke	! ZIG1
○ Jakob Schumacher	○ Sofie Gillesberg-Raiser
! FG33	! BZgA
○ Ole Wichmann	○ Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier</p> <p>Global stabile Lage</p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle</p> <p>Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-27.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Europe: 252.806.947 2. America: 178.010.882 3. Western Pacific: 89.238.528 4. South-East Asia: 60.265.813 5. Eastern Mediterranean: 23.075.453 6. Africa: 9.325.784 <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg.</p> <p>Globale Fallveränderung 7-Tage -20%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage -23%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Start der Herbstwelle in vereinzelt Ländern 8. Frankreich: keine Meldedaten in den letzten Tagen. Inzidenz in KW35 bei 166 (KW34: 182). 9. Fallzahlenstiege in Österreich (+43%), Italien (+26%) und Frankreich (+22%). <p>Daten aus Österreich</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. 7-T Inzidenz: 584 11. Viele Testungen 12. Hospitalisierungen abnehmend <p>Daten aus Frankreich</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. 7-T Inzidenz: 369 14. Testrate gestiegen 15. Plateaubildung bei Hospitalisierungen <p>COVID-19 Varianten, Datenstand 19.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Anzahl von Sequenzen reduzieren sich weiterhin -> Vorsicht beim Aussagen zu Trends 17. Letzte 30 Tagen: <ol style="list-style-type: none"> 1. 99% Omikron 2. Große genetische Diversität: 3. 230 descendent 4. >30 recombinants 18. KW35: <ol style="list-style-type: none"> 1. BA.5.X: 77% 2. BA.4.X: 7.5% 3. BA.3.X, BA.2.X und BA.1.X: <1% 4. BA.2.75: 1.26% 19. Europa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vereinzelt Delta Nachweise (Abwasser Surveillance) 2. BA.2 + L452X is de-escalated from variants of interest 3. recombinant XAK is de-escalated from variants 	<p>ZIG1 (Gillesberg-Raiser)</p>



	<p>under monitoring 4. VOC weiterhin BA.2, BA.4 und BA.5</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 33.137.143 (+95.811), davon 149.714 (+138) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 379,6/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 77,9%, mit vollständiger Impfung 62,2% Leichter Anstieg der Fallzahlen im Vgl. zur Vorwoche Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer/LK Anstieg der Fallzahlen in allen BL in den letzten 2 Wochen SL: viele Festivals BY: Oktoberfest Geografische Verteilung der 7-T-Inzidenz nach LK zeigt Rotfärbung um München Zunahme in ganz D Heatmap: Hohe Inzidenz in AG 30-59-Jährige, Anstieg in allen AG Destatis Übersterblichkeit nicht erkennbar</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) Mit Stand 28.09.2022 werden 847 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt 20. Sichtbarer Anstieg der COVID-ITS-Belegung ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +777 in den letzten 7 Tagen im Zuwachs Anzahl der auf ITS-Verstorbenen: Abnahme Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten 21. Heterogener Anstieg 22. Großteil der BL < 5% 23. NW: Anstieg mäßig, Bremen: 7% 24. NO: Anteile bei knapp 4-5% 25. Mitte: 3-4% 26. Süden: Anstieg, SL (7%), BY (5%) Belegung nach Schweregrad 27. Anstieg in allen Gruppen 28. %-Anteil bei ECMO-Patienten gesunken Einschätzung der Betriebssituation: 29. Uni-Maximalversorger im Vgl. zu Grund und Regelversorgung größerer Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind; Heterogenes Bild 30. Gründe der Betriebssituation Personalmangel, Raummangel Nach AG: 31. Anstieg vor allem in älterer Generation 32. 81% der ITS-Patient:innen 60+ Jahre SPoCK-Prognose: Anstieg in Bayern, Seitwärtsbewegung in</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	---	--



	<p>allen anderen Kleeblättern Prognose für D insgesamt: Seitwärtsbewegung – leichter Anstieg</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien hier) ARE gesamt: gestiegen 9,2 % (Vorwoche: 6,3 %; Vorwochenwert: 5,0 %)</p> <p>33. Trend: Seit 34. KW steigend (bisher nicht das übliche zu erwartende Herbstplateau)</p> <p>34. liegt mit 9,2 % über dem Bereich der Vorjahre zur 38. KW</p> <p>35. Der Wert (gesamt) lag in KW 37 bei 9.200 ARE (Vorwoche: 6.300) pro 100.000 Einwohner.</p> <p>36. Entspricht einer Gesamtzahl von 7,7 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (37. KW: ca. 5,2 Millionen)</p> <p>37. Anstieg in allen AG, allem voran Kinder und junge Erwachsene</p> <p>Arztkonsultation: Insgesamt gestiegen</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Im Vergleich zur 37. KW 2022: Insgesamt gestiegen▪ ca. 1.400 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW▪ 38. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland▪ in KW 38: 1.401; KW 37 insgesamt mit 1.170 (Vorwochenwert liegt bei ca. 1.071)▪ Anstieg Anfang Herbst und Ende der Sommerferien zu erwarten, aber schon sehr deutlich, erhöhte ARE-Rate durch die Zunahme der SARS-CoV-2 Infektionen?▪ Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 38. KW,▪ Im Vergleich zur Vorwoche: Deutlichster Anstieg bei den 5-14J. (+34 %),▪ Keine Sommerferien mehr▪ Wenig gebremstes Transmissionsgeschehen <p>SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen bis zur 38. KW</p> <p>38. In KW 38 ist die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE bei den 15-bis 34-Jährigen und 60- bis 79-Jährigen gestiegen, in den anderen Altersgruppen sind die Werte stabil geblieben bzw. leicht gesunken</p> <p>SARI-Fallzahlen sind in der 37. KW 2022 insgesamt stabil geblieben, auf dem üblichen Niveau</p> <p>39. SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil im Vergleich zur Vorwoche; aktuell etwas niedriger als in den Vorjahren</p> <p>40. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 38 leicht angestiegen: 28 % (Vorwoche: 23 %)</p> <p>41. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung hat sich in den letzten Wochen stabilisiert: 33 % (Vorwoche: 27 %),</p> <p>42. Anteil Influenza an SARI unter 1%, kein Influenza-Fall unter SARI mit Intensivbehandlung</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------



	<p>SARI-Fallzahlen: Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 5-14 in KW 38 bisher nicht fortgesetzt 43. AG Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI: 44. insgesamt seit einigen Wochen Stabilisierung, in KW 37/2022: 3,1 je 100T 45. AG 80+ in KW 38/2022: 24 je 100T</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten 46. Anstieg der Nachweise von SARS-CoV-2 auf 15% 47. Keine Nachweise anderer Coronaviren 48. Influenzaviren: H1N1 etabliert sich 49. Sonstige Atemwegsviren: HRV bei 30%, PIV rückläufig bei 9%, RSV+HMPV nicht relevant</p> <p>Molekulare Surveillance 50. Ca. 4000 Sequenzen; Einsendungszahl ist stabil 51. Anteil der Stichprobe bei 1,4% 52. Dominanz durch BA.5 mit 96% (leicht rückläufig) BA.4 Plateau bei 3% 53. Unter Omikron-Sublinien BA.5.1 (20%), BA.5.2 (26%) und BA.5.2.1 (14%) dominierend 54. BA.2 (1%) insgesamt zunehmend, langsame Entwicklung 55. Mutation R346X mit stabilen Bild 56. Delta gar nicht mehr vorhanden, 100% Omikron</p> <p><i>Diskussion</i> 57. Sind Änderungen für den Wochenbericht notwendig 58. Hinweis: Seit 17.09. sind die elektronischen Meldungen der Hospitalisierungen für die KH verpflichtend. Bisher über 1.000 KH an DEMIS angebunden. Verdacht, dass dadurch viel mehr Hospitalisierungsmeldungen als bisher an die GÄ erfolgen, die davor nicht erfolgt wären. Hospitalisierungsinzidenzen daher mit Vorsicht zu genießen.</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg der akuten Atemwegserkrankungen als Aufhänger für Infektionsdruck bzgl. COVID nutzen ! Wie ist der Stand bei der Formulierung „An/mit Covid verstorben“? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wording diesbezüglich wird heute an das BMG geschickt. Umsetzung ab nächster Woche mit Umstellung des Pandemieradar. ! Pandemieradar: Herr Wieler benötigt klare Infos für die BPK <ul style="list-style-type: none"> ○ Jakob Schumacher stellt Pandemieradar Screenshot zur Verfügung hier ○ Daten bezüglich Abwassersurveillance stehen noch aus ○ Herr Wieler sollte dieselben Infos haben wie BMG. 	<p>Alle</p>



	<p>RKI sollte sich zum Thema in der BPK nur auf Nachfrage äußern.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollte im Pandemieradar in einem Hinweis erwähnt werden, dass die nächste Aktualisierung erst wieder am Dienstag stattfindet 	
3	<p>Update Impfen</p> <p>STIKO hat sich mehrfach getroffen. Stellungnahme zur Aktualisierung der Impfempfehlungen zu Valneva und Omikron-angepassten mRNA-Impfstoffe. Finalisierung der 22. STIKO-Aktualisierung voraussichtlich nächste Woche. Publikation des nächsten Monatsbericht zum COVID-19 Impfgeschehen am Donnerstag: Analysen zur Wirksamkeit der Impfungen u.a.</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
4	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
5	<p>Update digitale Projekte</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
6	<p>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen der körperlichen Aktivität seit Beginn der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse einer bundesweiten Studie (Folien hier) ○ Hintergrund: Deutliche Einschränkung der Möglichkeiten körperlich aktiv zu sein während der ersten drei COVID-19-Wellen ○ Betrachtung aus der Perspektive der Sommer- und Herbstmonate 2021 ○ Bundesweite telefonische Querschnitterhebung (n=2.985; 52% Frauen); GEDA 2021 ○ Veränderung des Sporttreibens: Unverändert 38%, Treibt generell keinen Sport 26%, Reduziert 24%, Gesteigert 12% ○ Veränderung der aktiven Wegstrecken: Unverändert 55%, Gesteigert 17 %, Reduziert 15%, Generell keine aktiven Wege 13% ○ Multivariate Analyse: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frauen steigerten das Sporttreiben häufiger ○ 18-29-Jährige veränderten den Umfang des Sporttreibens häufiger als ältere Personen ○ Zwischen den Bildungsgruppen zeigten sich keine Unterschiede ○ Fazit: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1,5 Jahre nach Beginn der Pandemie hat ein erheblicher Anteil der Bevölkerung nicht zurück zu dem gewohnten Umfang des Sporttreibens gefunden 	<p>Abt. 2 FG27 (Manz)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das alleinige Zurücknehmen von Maßnahmen ist nicht ausreichend. Teile der Bevölkerung benötigen vermehrt Unterstützung für das Wiederaufnehmen des Sporttreibens <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Woraus leitet sich das Fazit ab? <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Fazit bezieht sich nur auf das Sporttreiben. Auch in Hinblick darauf, dass sich eine relevante Anzahl in der Bevölkerung keinen Sport treibt oder es reduziert hat. ○ Wie ist der langfristige Trend? Wie war es in vorpandemischen Zeiten und wo sind die Ergebnisse in der Trendbeobachtung einzuordnen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Der langfristige Trend ist gegensätzlich und das Sporttreiben nimmt eher zu über eine längere Zeitspanne ○ Wurden die Ergebnisse schon veröffentlicht? <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher noch nicht. Veröffentlichung im Dezember in einem Journal Artikel. ○ Wie ist die Altersspanne der Befragten? Wurden auch Hochaltrige mit einbezogen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ja. Alterseffekt vor allem im 1. Lockdown erkennbar. In den weiteren nicht mehr. 	
7	Aktuelle Risikobewertung (nicht berichtet)	Alle
8	Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)	Praes
9	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Die Ergebnisse der Infektionsschutz-Studie werden heute veröffentlicht. Begleitende Pressemitteilung. Es wurde ein neues Tool entwickelt: Impfcheck. Ziel des Tools ist es für die Nutzer überprüfen zu können, inwiefern der jeweilige Impfschutz noch gilt und welche aktuellen STIKO-Empfehlungen für die Person gelten. Voraussichtliche Einbindung Ende September auf der Website infektionsschutz.de</p> <p>Presse</p> <p>BPK am Freitag um 10 Uhr. Themen: Pandemieradar und Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>P1</p> <p>Bitte um klare Botschaften für die BPK. Bisherige Kenntnisnahme: Einordnung der aktuellen Situation im Kontext der gesamten ARE-Situation. Darüber hinaus noch Hinweis auf Verhaltenstipps für den Winter? Unterschiedliche Vorschläge zur Formulierung zum Zuhause bleiben. Einheitsregelung. BPK als Gelegenheit nutzen konkrete Tipps mit an die Hand zu nehmen Konkrete Forderungen einiger Länder an das RKI die Isolationspflicht entfallen zu lassen. Es ist mit Anfragen diesbezüglich aus der Presse und auf der BP zu rechnen. Bitte um Sprachregelung Sprechzettel wird mit aktueller Einordnung vorbereitet.</p>	<p>P1 (Degen)</p>
<p>10</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>Wie können wir möglichst wenig komplex die Botschaft mit dem zuhause bleiben formulieren, ohne dass es in allen Empfehlungen gleich ist? Es braucht eine pragmatische Lösung und sollte sich zudem mit dem decken, was andere Empfehlungsgeber formulieren. Herr Haas präsentiert Formulierungsvorschläge und zirkuliert diese im Anschluss mit Bitte um kurzfristige Rückmeldung in die Runde. Insgesamt ist das Stimmungsbild von vielen Sonderregelungen langsam und sicher aufgrund mangelnder Umsetzbarkeit wegzukommen. Es braucht einfache, pragmatische und verhältnismäßige Regeln im Einklang damit, Infektionskrankheiten möglichst niedrig zu halten. Minimalempfehlungen geben, wenn Krankheit nicht klar ist. Wenn eine COVID-19 Erkrankung nachgewiesen ist, dann ist weiterhin eine Selbstisolation sinnvoll Allgemeine ARE-Situation adressieren Derzeit sagen wir auf dem Flyer "bis die Symptome vollständig abgeklungen sind"</p>	<p>FG36 (Haas)</p>
<p>11</p>	<p>Dokumente</p> <p>Empfehlungen und LL zur Infektionsprävention bei SARS-CoV-2 in Schulen - Präsentation zeitlicher Abriss RKI-Aktivitäten relativ früh in Hinblick auf Kinder/Jugendliche AWMF S3-Leitliniengruppe; RKI in allen Schritten mit eingebunden RKI-Aktivität 30.09. 2021: Ergänzung und aktuelle Einordnung der RKI-Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19</p>	<p>FG36 (Haas)</p>



	<p>Pandemie (Verweis auf gültige S3-Leitlinien und geänderte Voraussetzungen) AWMF-S3-Leitliniengruppe: Seit Juni 2022 Aktualisierungsprozess Kurzfassung, Veröffentlichung geplant für September BMG (Referat 614): 15.09.2022: Corona-Herbststrategie – Entwurf eines Schutzkonzepts für Kinder und Jugendliche (Bitte an RKI zu einzelnen Formulierungspunkten, zuvor keine Information oder Einbindung, soll im Vorfeld der KMK verfügbar sein)</p> <p><i>Diskussion</i> Was hat dazu geführt, dass Luftfilter nur noch in Ausnahmefällen verwendet werden? Einer der umstrittensten Punkte bisher. Viele Aspekte (richtige Ausrichtung, Lautstärke etc.) zu berücksichtigen. Daher Durchlüften der Räume kommuniziert.</p>	
12	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
13	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	FG37
14	<p>Surveillance (nicht berichtet)</p>	FG32
15	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nicht berichtet)</p>	FG31
16	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Aktuell ist es schwierig die Position der Schichtleitungen zu besetzen und es gibt viele Lücken im Schichtplan Schichtleitung für morgen Nachmittag noch nicht besetzt Personelle Engpässe Bemühung KS zurückzufahren Ggf. noch einmal neuen Appel und Personen zuordnen</p>	FG31 (Siffczyk)
17	<p>Wichtige Termine</p> <p>COVID-19 und Affenpocken Lage-AG zukünftig nur noch im zweiwöchigen Rhythmus Soll versetzt gestaltet werden, so dass beide Lage-AG's nicht in der gleichen Woche stattfinden. Koordination wird an die Affenpocken KS weitergegeben. Nächste Affenpocken Lage-AG voraussichtlich erst am 17.10.</p>	Alle
18	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.10.2022 11:00 Uhr, via Webex</p>	



Ende: 13:02 Uhr



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		
!	FG32	!	ZIG1	
	○	Michaela Diercke	○ Romy Kerber	
	○	Claudia Sievers	!	BZgA
	○	Justus Benzler	○ Oliver Ommen	
!	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: Genesenzertifikate 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>Haas</p> <p>Schmich</p> <p>Mielke</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 Flusschema 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



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Teilnehmende:	! FG32
! Institutsleitung	○ Claudia Sievers
○ Lars Schaade	○ Michaela Diercke
! Abt. 1	! FG33
! Abt. 2	○ Jonathan Fischer-Fels
○ Michael Bosnjak	! FG34
! Abt. 3	! FG35
○ Tanja Jung-Sendzik	! FG36
! FG11	○ Walter Haas
! FG12	○ Silke Buda
○ Annette Mankertz	○ Kristin Tolksdorf
○ Sebastian Voigt	! FG37
! FG14	! ZBS1
○ Mardjan Arvand	! ZBS7
○ Melanie Brunke	○ Michaela Niebank
! FG17	! MF3
○ Ralf Dürrwald	! MF4
! FG21	○ Martina Fischer
○ Patrick Schmich	! P1
○ Wolfgang Scheida	○ Christina Leuker
○ Justus Benzler	! P4
! FG23	! Presse
! FG 24	○ Susanne Glasmacher
○ Thomas Ziese	○ Marieke Degen
○ Anke Christine Saß	○ Ronja Wenchel
! FG25	! ZIG
○ Christina Poethko-Müller	! ZIG1
○ Christa Scheidt-Nave	○ Carlos Correa-Martinez
! FG31	! ZIG2
○ Ute Rexroth	! ZIG4
○ Antonia Hilbig	! BZgA
○ Claudia Siffczyk	○ Linda Seefeld





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien hier Weltweit: Fälle, Todesfälle Datenstand: WHO, 25.10.2022 Übersicht der Prozent-Veränderungen in den letzten 7 Tagen: Global betrachtet sinken die Fall- und Todesfallzahlen Amerika (+3.5%, aufgrund der Anstiege in Inselstaaten, und Anstieg in Chile); Asien: Anstieg Todesfallzahlen Situation in Europa: höchste 7TI in Österreich, gefolgt von D und F, Fallzahlen insgesamt sinkend (verschiedene Teststrategien spielen hier mit eine Rolle) ECDC Information/Einschätzung: nur wenige Länder melden noch Anstiege; In Ländern, in denen Anstiege zu verzeichnen sind, verlangsamten sich diese. Situation Ü65: Fallzahlen steigen; erhöhte Transmission und Todesfälle in Langzeitpflegeeinrichtungen. BQ.1 (Sublinie von BA.5): am 20.10 von der ECDC als Variant of Interest eingestuft. In F Anteil im Vergleich zu anderen Ländern mit 19% am höchsten; USA; 11%; Immunevasion als Ursache für Anstieg (2 zusätzliche Mutationen im Spike- Protein); eine erhöhte Krankheitsschwere ist bisher nicht zu beobachten; Modellierung ECDC: eine Dominanz von BQ.1 in Europa wird für Mitte Nov/Anfang Dez erwartet;</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 35.383.015 (+94.787), davon 152.997 (+242) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 528/100.000 Einw. 7-Tage-Hospital.Inzidenz: 10,6/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Anzahl der aktiven Fälle nimmt ab, Anzahl Hospitalisierte pro Tag ebenfalls rückläufig. Bei Verstorbenen bisher kein Rückgang. ○ Rückgang 7TI in allen BL zu beobachten, Peak wurde vor 2 Wochen erreicht. ○ Heatmap Altersgruppen: In D anderer Trend als in übrigen europ. Ländern: in allen Altersgruppen Rückgang zu beobachten im Vergleich zur KW40. ○ Bei Todesfallzahlen ist noch kein Rückgang bemerkbar; ○ Destatis: nichts Auffälliges <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stand 26.10.22: 1729 COVID Patientinnen auf IST ○ Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung ○ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.503 in den letzten 7 Tagen. 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>MF4</p>



	<p>Auch hier Rückgang.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstorbenenzahlen: noch auf Plateau. ○ Behandlungsbelegung: Viele Patientinnen mit resp. Unterstützung im Vergleich zu den Vorwellen (nur Winter 2020/21 war höher). Anzahl ECMO-Behandlungen hat leicht zugenommen, ebenfalls Zunahme bei leichter Unterstützung und Highflow. ○ Ein relativ großer Teil an unbekanntem Behandlungen zu verzeichnen. Nebenbefunde? Kann nicht differenziert werden. ○ Einschätzung der Betriebssituation: 64% teilweise bzw. stark eingeschränkt. Hauptgründe: Personalausfälle durch Krankheit ○ Altersverteilung: Belegungen werden dominiert (wie zuvor auch) durch 70-79 und Ü80-Jährige; ○ Seitwärtsbewegung in SPoCK prognostiziert. <p><u>Testkapazität und Testungen</u> (nicht berichtet)</p> <p><u>ARS-Daten</u> (nicht berichtet)</p> <p><u>VOC und Molekulare Surveillance, Folien hier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leichter Rückgang bei Anteil an Genomsequenzierungen: unter 1%; ○ Anteile für einzelne Varianten: Bild weiterhin stabil: BA.5 dominiert mit über 96%, BA.2 leichte Zunahme. BA.4 rückläufig. ○ BF.7 (Sublinie von BA.5): höchsten Anteil an allen BA.5 Sublinien (16%); alle anderen Sublinien recht stabil. ○ Pangolin Update hat einige Linien in Sublinien aufgeteilt. ○ BQ1.1 und BQ1: deutliche Zunahme zu beobachten. ○ BF.7, BA.275.2 und BQ1.1: dieselbe Spike-Mutation <p><u>Syndromische und virologische ARE-Surveillance, Folien hier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE Rate geht deutlich zurück. ○ GrippeWeb: 6.700 ARE (Vorwoche: 7.300) pro 100.000 EinwohnerInnen; Entspricht einer Gesamtzahl von 5,6 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (41. KW: ca. 6,1 Millionen) ○ ARE-Rate: Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg bei Kleinkindern und jungen Erwachsenen, in allen anderen Altersgruppen gesunken ○ AGI- ARE Konsultationen: Im Vergleich zur 41. KW 2022: Insgesamt deutlich gesunken; ca. 1.800 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (42. KW 2022: ca. 1,5 Mio. Arztbesuche wegen ARE) ○ ICOSARI: SARI Fälle insg. rückläufig. Auch im Intensivmed. Bereich. ○ Anteil COVID an SARI: stabil geblieben ○ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung: ebenfalls stabil (Influenza: leichter Anstieg aber auf niedrigem 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



	<p>Niveau).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0-4-Jährige: RSV-Diagnosen stark angestiegen in den letzten Wochen (20%); SARS-CoV-2: 5%, zunehmend Influenza detektiert (wenn auch noch wenige Fälle, 4%); Influenza bei 5-14-Jährige: 10% ○ Virologische Surveillance: Leichter Rückgang SARS-COV2 insgesamt zu verzeichnen. SARS-CoV-2: 34-60-Jährige und Ü60-Jährige am stärksten betroffen; Bei endemischen Coronaviren sehr wenig Aktivität. Deutlicher Anstieg der Influenza (H3N2); Positivenrate 16% - stärkstes Virus im Sentinel in KW42; Schüler am stärksten betroffen, aber Ausbreitung auf andere Altersgruppen zu beobachten. Bisher kein Nachweis bei Ü60; Rhinoviren und Parainfluenza-Viren gehen zurück, RSV-Anstieg auf 10% (in Übereinstimmung mit syndr. Surveillance) <p><u>Fragen/Zusätzliche Infos :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-4-Jährige COVID-SARI: sieht aus als ob der Anteil erhöht wäre, aber zusätzlich hat ein gewisser Teil der Kinder eine RSV Diagnose. RSV Welle kündigt sich deutlich früher als in den Vorjahren. - Mit steigender Influenza-Aktivität wird auch hier das Überschreiten der Grenzwerte zeitnah erwartet; RSV und Influenza könnten sich ebenfalls negativ auf negativ auf Bettenkapazitäten in den KH auswirken. - Welche Sublinie könnte sich durchsetzen? – Eine Vorhersage kann momentan nicht getroffen werden; BQ scheint international eher ein Problem zu sein, bei uns momentan eher BF.7. - Aktuelle Publikation in Nature Microbiology „Coinfection by influenza A virus and respiratory syncytial virus produces hybrid virus particles“ : Coinfektionen von InflA und RSV, hybride Viruspartikel infizieren Zellen, die normalerweise nicht durch Influenza infiziert werden würden. , in vitro-Versuche, evtl. auch relevant für Coinfektionen in vivo? – bisher keine Aussage darüber zu treffen <p><u>Message für den Wochenbericht:</u> Gewisse Entspannung zu sehen (Ferien in einigen BL); es kann keine Vorhersage getroffen werden, ob es so weitergeht. Im Winter steigt saisonales ARE Geschehen normalerweise nochmal an. Tal oder Ende der Welle? Noch nicht klar. Info aus ARE-Berichten: Influenza und RSV steigen deutlich an; ARE-Gesamtsituation durch ARE nicht mehr alleine durch COVID bestimmt und Schutzmaßnahmen und Prävention auch bei anderen Erregern zu beachten.</p>	<p>FG17</p> <p>Alle</p>
<p>2</p>	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Absatz zu Impfstatus Neuaufnahme PatientInnen auf ITS: einziger Abschnitt zum Thema Impfen, der noch im Wochenbericht drin ist. ! Letzte Woche wurden die Daten rausgenommen, was in sozialen Netzwerken stark diskutiert wurde. Abschnitt wieder mit aufnehmen? 	<p>Alle</p>



	<p>! Optionen: Aufnahme in Wochenbericht, auf DIVI-Seite oder im monatlichen Impfbericht</p> <p>! BMG möchte die Daten beibehalten, und Meldung in VO drin</p> <p>! DIVI: Impfstatus der Neuaufnahmen; hat mit Belegung/Belastung nichts zu tun. Hohes Risiko der Misinterpretation wenn Daten auf DIVI-Seite veröffentlicht werden.</p> <p><u>Entscheidung und To Do</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagezentrum: Rücksprache mit FG33 Daten in den Impfbericht mit aufzunehmen - Hinweis nächste Woche im Wochenbericht, wo Info und Daten zu finden sind - Wenn VO wieder überarbeitet wird: Anstreben, die Meldung rauszunehmen (Unterstützung durch DIVI Team erwünscht). 	
<p>3</p>	<p>Update Impfen</p> <p>Folien hier</p> <p>Aktuelle Zulassung: 4 zugelassene Omikron Impfstoffe, nur als Booster zugelassen und nur ab 12 Jahren.</p> <p>Kinderimpfstoffe: 6 Monate-5 Jahre, Biontech (3 Dosis-Impfung) und Moderna (2-Dosis-Impfung) in unterschiedlichen Konzentrationen.</p> <p>Angepasste Impfstoffe für alle Booster ab 12 Jahren empfohlen, keine Unterscheidung BA.1 und BA.4/5</p> <p>Keine Veränderung der Indikationsgruppen; keine Empfehlung der STiKO für 4 Impfung für U60-Gruppe.</p> <p>Impfquoten stagnieren, bis auf 2. Auffrischimpfung bei Ü60</p> <p>26.09 über 60T mit angepassten Impfstoffen bereits vor STiKO Empfehlung geimpft (06.10 Empfehlung);</p> <p>Monatsbericht: Impfdurchbrüche und Krankheitslast:</p> <p>Ungeimpfte Ü60-Jährige (ca 10% in dieser Altersgruppe) - wesentlich höhere Hospitalisierungsraten, ITS-Belegung und versterben eher</p> <p>Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungeimpfte waren zum Großteil bereits (mehrfach?) infiziert. Dh. Kann evtl. davon ausgegangen werden, dass Impferfolg sogar unterschätzt wird? - Diese Unterscheidung wird im Monatsbericht nicht behandelt; wird bei Influenza auch nicht gemacht. Schwierig, diese Daten überhaupt zu erhalten, zudem gibt es kaum noch Immunaive. Im Rahmen der Surveillance nicht zu lösen, nur mit einer Studie. Influenza: Geboosterte und Geimpfte infizieren sich ebenso; ähnliches Bild hier; Aus Altenheim-Ausbrüchen (Exposition für alle gleich) weiß man, dass Wirkung der Impfung eher überschätzt wird. Schwieriges Thema, sollte nicht im Impfbericht formuliert werden. - Es gab keine klinischen Studien zur Reinfektion vor Zulassung der Omikron Booster. 	<p>FG 33</p>



4	Internationales (nicht berichtet)	ZIG
5	Update Digitale Projekte <u>ePLF/dPLF (electronic/digital Passenger Locator Form) und DEA – derzeitige Entwicklungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sommer 2022: Evaluation ob DEA in europ. System der KoNA aufgehen kann/soll. Input RKI und Bundesdruckerei erfolgte – Entscheidung BMG: Überführung DEA in europ. System (ePLF) ○ Viele offene Fragen, u.A. wer betreibt dieses System von dt. Seite aus und wer überführt DEA? Noch in diesem Jahr soll Migration erfolgen. Bis 31.12 soll geklärt werden, wer Prozess begleitet und umsetzt. BMG möchte, dass RKI diese Aufgabe übernimmt, allerdings liegt hierzu bisher keine schriftliche Aussage vor, welche Rolle das RKI genau übernehmen soll. ○ Thema in JF Freitag mit aufnehmen; ! DEA: Technische Infrastruktur durch Bundesdruckerei bereitgestellt; RKI hat Prozess gemonitort. ○ Mit momentanen Ressourcen kann Prozess nicht begleitet werden. ○ Change Request für Ende Januar mit Bundesdruckerei ausgearbeitet • zu ePLF gab es im Feb. 2022 einen Initiativbericht, dieser sollte aktualisiert werden. ! Unterscheidung: DEA = Einreisekontrolle; ePLF: KoNA nach Exposition im Flieger (und anderen Verkehrsmitteln), und auch für andere Erreger als SARS-CoV-2; nicht wirklich mit DEA vergleichbar, da ganz andere Zielsetzung; 	FG21
6	Vortrag, CoMoBu II-Studie und Post/LongCOVID „Prevalence and determinants of Post-COVID-19 condition in Germany - Results of the second wave of the study “Corona Monitoring Bundesweit” (RKI-SOEP-2-study) Folien hier <ul style="list-style-type: none"> - PostCOVID und LongCOVID: schwer zu definieren; WHO Kriterien für Falldefinitionen ergeben einige Ermessensspielräume was sich in den Studienergebnissen widerspiegelt und deren Vergleichbarkeit. - CoMoBu II: in SOEP eingebettet; Fragebogen zu LongCOVID wurde angefügt; 19 Symptome in den letzten 6 Monaten abgefragt; und ob Beschwerden noch andauern, sowie Auswirkungen auf Schule/Erwerbstätigkeit? Cases und Controls: <ul style="list-style-type: none"> - Personen, die von Infektion wussten, und mit pos. PCR-Test 	Fr. Pethke-Müller



	<ul style="list-style-type: none"> - Personen, die von Infektion nichts wusste, bei denen Infektion durch AK-Test bestätigt wurde - Personen ohne Infektion (diese Gruppe fehlt in vielen Studien) <ul style="list-style-type: none"> - Baseline <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz für alle 3 Gruppen (Folie 6): 14-65 Jährige Signifikater Unterschiede zwischen Teilnehmern mit bekannter und keiner Infektion. Die von Infektion nichts wussten, aber infiziert waren, rücken näher an Infizierte heran, die von Infektion wussten. Je enger die Def. Von LongCOVID gefasst ist, desto geringer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen. - Risiko für longCOVID erhöht: Geschlecht (weiblich), Alter, Anzahl von Begleiterkrankungen; - Self-related Health: wie schätzt man seine eigene Gesundheit gerade ein, und im Vergleich zu vor der Pandemie? Infizierte, ohne LongCOVID: 6x Verschlechterung; <p>https://www.rki.de/long-covid</p> <p>Fragen/ergänzende Infos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivität der Falldefinition und das Wissen, ob man infiziert war, hat großen Einfluss auf Prävalenz von LongCOVID. Je enger die Def. Gefasst, desto niedriger der Unterschied zwischen den Gruppen; Wie aussagekräftig sind die Ergebnisse? - Immer noch deutlich. 40% attributables Risiko auf Infektion zurückzuführen. - Nicht subjektive Outcomes werden mitlaufen gelassen, um Bias der Eigenwahrnehmung rauszunehmen. - Hintergrund-Monitoring: Kontrollgruppen werden immer dünner, wie sieht es in Bevölkerung insgesamt mit LongCOVID Symptomen aus? - Dürfen Ergebnisse kommuniziert werden? – Hr Scheida nimmt Kontakt auf. 	
7	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kleinere Anpassungen könnten erfolgen, aber nicht zeitkritisch; momentan keine Änderungen</p>	Abt. 3
8	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs



<p>9</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Nichts zu berichten</p> <p>Presse</p> <p>Nichts zu berichten</p> <p>P1</p> <p>Flyer Impfdurchbrüche auf Auffrischimpfung umgearbeitet und wird Social Media Taskforce nach Abstimmung zugespielt</p> <p>Anderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressekonferenz am 02.11(Uhrzeit nicht bekannt) BMSFJ und BMG zum Abschluss der Corona-Kita-Studie, Hintergrundpapier wird gerade kommentiert. Botschaften werden vorbereitet, Erklärvideo wurde produziert, DJI Federführung; Input von RKI-Seite; Unterlagen werden der Pressestelle zur Kommentierung weitergeleitet; 	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>FG36</p>
<p>10</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Anliegen der BL: Berichtsfrequenz zwischen den Jahren: kein Wochenbericht und keine Aktualisierungen der Daten zwischen den Jahren gewünscht. Ministerien werden aus Energiespargründen geschlossen, es läuft nur ein Notbetrieb Reduzierung allgemein auf wöchentliche Berichterstattung gewünscht.</p> <p>Dashboard: auch nur wöchentlich aktualisiert ab neuem Jahr?</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit neuem Pandemieradar wohl schwierig <p>Im Vergleich zu anderen Erregern müssen grundsätzliche strategische Fragen intern geklärt werden - Übergang in saisonales Geschehen.</p> <p>Wöchentliche Bereitstellung der Daten, Vorteile:</p> <p>Misinterpretation der Daten würde wegfallen und Nachfragen zu Schwankungen.</p> <p>Bitte der BL hat sich nicht auf DIVI bezogen. Technisch und fachlich nicht zu stoppen, da tägliche Meldepflicht, zudem waren Zahlen über Jahreswechsel stabil; DIVI: unmittelbare Versorgungsfragen, keine Surveillance-Daten; Andere Zielsetzung DIVI: Monitoring von Ressourcen.</p> <p>To Do:</p> <p>Initiativbericht BMG: kein Wochenbericht und keine Aktualisierung der Daten über die Feiertage; Bericht auf Surveillance-Systeme beschränken.</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>FG31</p>



11	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
12	Labordiagnostik FG17 und ZBS1 Keine Ergänzungen	
13	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
14	Maßnahmen zum Infektionsschutz Letzte Woche KRINKO Stellungnahme zu § 28b, Stärkung besonders vulnerabler Gruppen (Masken und Testkonzepte in Einrichtungen). Bisher keine Reaktionen von der Presse eingegangen.	FG14
15	Surveillance Erlass Abwassersurveillance. Vorhabensbeschreibung, mit Frist heute; Rahmenbedingungen haben sich heute erst geklärt. Bis Freitag Verlängerung beantragen; M. Diercke federführend mit Herrn Möhl;	FG 32
16	Transport und Grenzübergangsstellen DEA, Punkt 5	FG38
17	Information aus der Koordinierungsstelle Berichterstattung, siehe vorher	FG38
18	Wichtige Termine keine	Alle
19	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:12 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- ! FG11
 - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Alexandra Hofmann
- ! FG33
 - Ole Wichmann
 - Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
 - Walter Haas
- Stefan Kröger
- Kristin Tolksdorf
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! ZBS7
 - Annegret Schneider
- ! MF4
 - Martina Fischer
- ! Presse
 - Marieke Degen
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
 - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
 - Andrea Rückle



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Weltweit: Fälle, Todesfälle Datenstand: WHO, 08.11.2022 Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Anstieg der Fallzahlen in Indonesien und Malaysia Nachmeldung von Todesfällen aus Indien, daher der Anstieg von 69% Todesfälle in Asien Ansonsten weltweit sinkende Fallzahlen und Todeszahlen ECDC (KW43): Auch hier rückläufige Fall- und Todeszahlen, Hospitalisierungen und Intensivbelegung: stabil Niederlande erklären Herbstwelle für beendet Neue Regierung in Italien hebt Impfpflicht in Gesundheitsberufen auf, um Personalknappheit entgegenzuwirken, COVID-Berichterstattung nur noch 1 Mal pro Woche in Italien</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 35.932.654 (+47.820), davon 155.012 (+227) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 294,1/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.808.642 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.495.111 (76,3%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang in allen BL 15 LK >500, alle im Norden/Nordwesten Seit 4 Wochen deutlicher Rückgang in allen AG, Spätsommer-/Herbstwelle wahrscheinlich beendet Keine Erhöhte Mortalität ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ Positivenanteil ca. 25% in allen BL und rückläufig ▪ in Berlin ein sehr geringer PA bei Gesamttestungen, wegen geringer Repräsentativität der involvierten KH ▪ Testungen pro 100.000 Einwohnern: konstant bei 5-14J, sonst rückläufig ▪ Rückgang in der Anzahl an Ausbrüchen <p>Testkapazität und Testungen nicht berichtet VOC-Bericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ Nur noch Omikron Varianten vorherrschend ▪ BA.5 dominant, Anteil BA.4 rückläufig, Anteil BA.2 steigend (aktuell bei 3%) ▪ Aufgrund Pangolinnomenklatur gibt es viele 	<p>Carlos Correa-Martinez</p> <p>Ute Rexroth</p> <p>Muna Abu Sin</p> <p>Stefan Kröger</p>



	<p>Sublinien, z.B. BF.7 ist eine Sublinie von BA.5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BQ1/BQ1.1 werden manchmal zusammen ausgewiesen ▪ Andere Bezeichnungen stammen noch von Vor-Pangolin-Nomenklatur Zeit ▪ PEI erhielt Prüfauftrag, um Sensibilität von Schnelltests für neue Varianten (z.B. BQ1 und BQ1.1) zu prüfen <p>Molekulare Surveillance (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ 5,0 Mio. ARE (Vorwoche: 5,2 Mio) ▪ Rückgang in allen AG, außer bei 15-34J: da Anstieg ▪ Arztkonsultationen rückläufig ▪ Stationär: SARI-Inzidenz höher als vor der Pandemie ▪ COVID-19 Anteil bei SARI: 19% (Vorwoche: 30%) ▪ COVID-19 Anteil bei SARI-Fällen mit Intensivbehandlung: 36% (Vorwoche: 40%) ▪ Starker Anstieg am RSV/Influenza bei SARI bei 0-4-Jährigen ▪ deutlicher Rückgang des Anteils COVID-19 in den AG 60+ ▪ Hospitalisierungsinzidenz: 3,1 COVID-SARI/ 100.000 <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien bitte im Ordner ablegen ▪ β-Corona Viren: Hauptsächlich Sars-CoV-2 ▪ Höchste Rate bei Ü60J ▪ starker Anstieg der Influenza Viren ▪ KW43: Anfang Grippewelle: 20% ▪ 5-15J am stärksten von Grippewelle betroffen ▪ RSV: 14% bei 0-4J <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folien hier ▪ 1216 COVID-19 Fälle mit Stand 09.11.22 auf Intensivstationen ▪ Rückgang bei ITS Belegung sowie Neuaufnahmen ▪ Anteil der COVID-19 Fälle an Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten in allen BL rückläufig außer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin ▪ Rückgang bei Fällen mit respiratorischer Unterstützung ▪ leichte Entspannung der Betriebssituation und Rückgang bei den Betriebseinschränkungen ▪ Rückgang in allen Altersgruppen, vor allem bei Ü80 ▪ SPoCK: In den nächsten 20 Tagen weiterhin ein Rückgang der ITS Belegung durch COVID-19 Fälle erwartet ▪ Hinweis: BMG hat mündlich mitgeteilt, dass ab Januar 2023 die Prognose nicht mehr gefördert wird und somit ab da voraussichtlich keine Prognose mehr vorgenommen wird <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p>	<p>Kristin Tolksdorf</p> <p>Ralf Dürrwald</p> <p>Martina Fischer</p>
--	--	--



	<p>Info für den Wochenbericht: Rückgang der Fallzahlen in allen Altersgruppen. Rückgang ist möglicherweise im Zusammenhang mit den Herbstferien zu sehen. Syndromische Surveillance zeigt eine starke Last an Atemwegsviren, so dass in nächster Zeit mit einem Fallzahlenanstieg auch von COVID-19 Fällen gerechnet werden könnte. Es kam der Vorschlag, zukünftig den Fokus von reinem COVID-19 Bericht auf alle respiratorischen Viren, die aktuell eine starke Rolle spielen, zu erweitern.</p>	
2	<p>Update Impfen</p> <p>Folien hier Impfquoten aktuell konstant, ein Anstieg bei der 2. Boosterimpfung in der AG 60+ Impfdurchbrüche: Schutz vor schweren Erkrankungen dauert 1 Jahr an COVID-19 Impfung soll ins Regelsystem integriert werden Impfverordnung für Influenza Impfung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen gestoppt</p> <p>STIKO</p> <p>Folien hier STIKO Empfehlung für Kinderimpfung: weiterhin keine allgemeine Impfeempfehlung, sondern nur für bestimmte Vorerkrankungen. Diabetes und Asthma wurden aus der Liste der relevanten Vorerkrankungen gestrichen. Neue Kann-Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu Personen ohne Möglichkeit für eignen Impfschutz nächste STIKO Sitzung am 10.11.2022 Hinweis aus dem Krisenstab: Absatz über Impfen wurde in den Monatsbericht aufgenommen</p>	Jonathan Fischer- Fels Ole Wichmann
3	<p>Internationales</p> <p>nicht berichtet</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbereitung zur Abschaltung der Hotline, zukünftig Selbstmeldung an das Gesundheitsamt 	Wolfgang Scheida
5	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
6	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	



<p>7</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Merkblatt zu Long-COVID wurde überarbeitet und auf der Webseite www.longcovid-info.de gepostet</p> <p>Presse</p> <p>! COVID-Teaser wird ausgetauscht durch ARE-Teaser zusammen mit ARE-Wochenbericht</p> <p>P1</p> <p>nicht berichtet</p>	<p>BZgA Andrea Rückle</p> <p>Ronja Welchen</p> <p>P1</p>
<p>8</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p>9</p>	<p>Dokumente</p> <p>ToDo1:</p> <p><i>Dokumente zu COVID-19 in Schulen sollen ins Archiv geschoben werden und stattdessen auf die aktualisierte S3-Leitlinie verwiesen werden (Ronja Wenchel/ Barbara Hauer)</i></p>	<p>Alle</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 nicht berichtet</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p>ZBS1</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Sind RKI Empfehlungen zur Isolation in Pflegeheimen und KKH zu streng? AG-Diagnostik hält sie aus fachlicher Sicht für immer noch zutreffend. Kein Aktualisierungsbedarf aus fachlicher Sicht.</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p>Surveillance</p> <p>es gibt Probleme beim mobilen Dashboard Da Ministerien aus Energiespargründen zwischen den Jahren geschlossen bleiben, werden in diesem Zeitraum keine Berichte gewünscht Alte Daten (aus 2020) sollen nicht mehr in den Berichten ‚mitgeschleppt‘ werden: dies soll mit FG32 diskutiert werden</p>	FG 32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>DEA-Abschaffung geplant. Es ist angedacht, dass RKI Integration in ein europaweites System umsetzen soll, aber es werden datenschutzrechtliche Probleme erwartet, weil System sich auf einem Amazon Server befindet</p>	FG38
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Koordinierung Erlassbearbeitung soll zwischen 8-19 Uhr erfolgen. Es ist eine Personalreduktion für diese Aufgaben geplant, auch wenn weiterhin sehr viele Erlasse mit sehr kurzer Bearbeitungszeit eingehen</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>HSC-Termin am 11.11.22</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:10 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 07.12.2022 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
 - Wolfgang Scheida
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Alexandra Hofmann
 - Amrei Wolter (Protokoll)
- ! FG32
 - Michaela Diercke
- ! FG33
 - Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Udo Buchholz
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
- ! MF4
 - Janina Esins
 - Kerstin Bischoff
- ! P1
 - Ines Lein
- ! P4
 - Pascal Klamser
- ! Presse
 - Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Oliver Ommen
- ! ZfKD
 - Klaus Kraywinkel





	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</p> <ol style="list-style-type: none">4. seit 45. KW wieder Anstieg zu verzeichnen5. ARE-gesamt: höher als jemals bei GW (höchste Wert: bis her: 11,1 in der 5. KW 2013)6. Zur Vorwoche: Anstieg bei Schulkindern (5-14 J.); Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen7. Kinder (0 bis 14) sehr viel höher als zur Grippewelle 17/18, Erwachsene etwa gleiche Größenordnung (obwohl die jungen Erw. auch etwas höher liegen).8. ILLI gesamt: ebenfalls gestiegen: 3,6 % (Vorwoche: 3,4 %) ARE-Konsultationen/100.000 Einw. Bis zur 48.KW 20229. In der 48. KW wurden bundesweit mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche (Anstieg 7 %), wobei sich der Vorwochenwert noch erhöht hat (von 2.003 auf 2.213)10. In 48.KW 2022: ca. 2,0 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland11. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gestiegen12. in KW 48: 2.368 (Vorwoche: 2.213)13. Insgesamt über dem Wertebereich der Vorjahre zur 48. KW, teilweise höher als die Werte in Grippewelle14. (leichter) Rückgang bei den 0-4-Jährigen (um 9 %); bei den Schulkindern Anstieg um 11% , bei den Erwachsenen zwischen 7 und 12 %15. -Werte bei den allen AG höher als zur jeweiligen 48. KW16. Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen kann auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) zu höheren Werten beitragen <p>Arbeitsgemeinschaft Influenza-SEED ARE</p> <ol style="list-style-type: none">17. ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 48.KW 202218. Rund 150 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einwohner, nicht weiter zurückgegangen seit 42/2022 <p>SEED^{ARE} – ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none">19. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE seit KW 42/2022 insgesamt zurückging, kam es in KW 48 zu keinem weiteren Rückgang20. in KW 48/2022 sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche bei den 35- bis 79-Jährigen erstmalig wieder angestiegen, in den anderen Altersgruppen weiter gesunken21. (letzte Erkrankungswelle hat sich insbesondere bei den Erwachsenen (AG ab 15 Jahren) widergespiegelt) <p>ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none">22. Anteil COVID-19 an SARI sinkt kaum noch: 9 % (Vorwoche: 12 %), dagegen steigender Anteil Influenza23. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung bleibt stabil: 15 % (Vorwoche: 14 %),24. ! weiter relativ noch etwas höherer Anteil an Intensivbehandlungen bei SARI mit COVID-19 als bei SARI mit Influenza25. Anteil Influenza an SARI 18% (Vorwoche 13 %), 10 Influenza-Fälle (10%) unter SARI mit Intensivbehandlung;	
--	--	--



	<p>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022</p> <p>26. weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier sowie in AG 15-34 bereits sehr hohe Fallzahlen;</p> <p>27. Anteil RSV in der AG 0-4 stabilisiert sich, weiterhin auch in anderen Altersgruppen Nachweise;</p> <p>28. Verdopplung des Anteils Influenza an SARI in AG 0-4</p> <p>29. Ebenfalls deutlich steigender Anteil Influenza in den AG 15-69 Jahre</p> <p>30. In AG 80+: Kein weiterer Rückgang der SARI-Fälle in den AG 80+ und kein weiterer Rückgang des Anteils COVID-19</p> <p>31. Intensivbehandlung: SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022 bei Kindern 0 bis 4 Jahren 71% RSV</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI in 2022</p> <p>32. Kein weiterer Rückgang in KW 48/2022: 2,9 je 100T (Anstieg Vorwoche von 3,0 auf 4,2),</p> <p>33. Kein weiterer Rückgang in AG 80+</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>34. In den letzten beiden Wochen höchste Einsendungen Influenza</p> <p>35. In 48.KW 326 Einsendungen von 74 Arztpraxen und 15 Bundesländern</p> <p>36. 81% Positivenrate (264/326)</p> <p>37. Höchster Positivenanteil in Altersgruppe 5-15 Jahre (hier auch Grippewelle am stärksten)</p> <p>38. Coronaviren: SARS-CoV-2 Nachweis um die 4%, OC43 auf 4% angestiegen, andere endemische Coronaviren weniger nachgewiesen</p> <p>39. Influenzaviren: massiver Anstieg A(H3N2), das letzte Mal diese Höhe in der Grippewelle 17/18 erreicht (allerdings im Februar, nicht im Dezember)</p> <p>40. Sonstige Atemwegsviren: leichter Rückgang von RSV in 48.KW, Positivenrate von RSV war letztes Jahr stärker</p> <p>41. Mögliche Gründe der höheren Belegung der Intensivstation der Kinder:</p> <p>1. Es gibt zwei Gruppen von RSV, A und B, die sich in der Antigenstruktur des G-Proteins unterscheiden. Letztes Jahr zirkulierte RSV A zu 72% und dieses Jahr RSV B zu 83%. Verschiedene Studien zum Vergleich der Stärke im Vergleich untereinander, höhere Virulenz kann noch nicht eindeutig gesagt werden. Ggf. auch Assoziation mit der Grippewelle</p> <p>42. Am meisten betroffen sind Kinder zwischen 5 und 15 Jahre</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>43. Mit Stand 07.12.2022 werden 995 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>44. Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung</p> <p>45. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +884 in den letzten 7 Tagen</p> <p>46. Gleichbleibender Trend bei Anzahl verstorbener positiver SARS-CoV-2-Patient:innen auf ITS</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	----------------------------



	<p>47. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: nördliche Bundesländer bei 5%, restliche Bundesländer bei 2,6 bis 5,6%</p> <p>48. Seitwärtsbewegung bei Verteilung Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>49. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung Intensivstation steigt an, Personal wird auf Kinderintensiv verlagert</p> <p>50. Altersverteilung absolut: Aufwärtstrend ab 60 Jahren. 82% sind 60 Jahre oder älter</p> <p>51. Altersverteilung prozentual: Anstieg bei 0-17-Jährigen Kinder-ITS: Abnahme freier Betten, Zunahme belegter Betten. Gründe: steigender Anteil intensivpflichtiger RSV-Fälle, deutlicher Anstieg der Influenzafälle Notwendige Behandlungen RSV: 80% benötigen respiratorische Unterstützung SPoCK: in allen Kleeblättern Anstieg, die nächsten 10 Tage sind am verlässlichsten. Prognosen berücksichtigen prognostizierte Inzidenzen. Interaktion zwischen den Kleeblättern wurden einmodelliert. Hinweis: Prognosen werden zum Ende des Jahres abgestellt.</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Unterschiede in Nord/Süd Verteilung können nicht geographisch auf Unterschiede in den Sublinien zurückgeführt werden. Visualisierungen der Sublinien in Deutschland liegen nicht vor ! Breite der Wellen nimmt ab, lokal begrenzte spitze Wellen nehmen zu ! Frage, ob aus syndromischer Surveillance eine Prognose abgegeben werden kann. ! Daten aus GrippeWeb ist schon ein Blick in die Zukunft (etwa 1-2 Wochen) ! Internationaler Konsens: <ul style="list-style-type: none"> o Fortschreibung Entwicklung aus anderen Modellierungen sind von sehr starker Ungenauigkeit geprägt und sind nur eine Fortschreibung des gegenwärtigen Status Quo. Ausgangslage ist die derzeitige Lage mit derzeitigen Annahmen, dies ist gleichzeitig auch eine Limitation der Modellierung. Ungenaue Abbildung bei dynamischen Geschehen mit unterschiedlichen Erregern. RKI bildet derzeit aber sehr gut ab, es wurde frühzeitig auf eine RSV-Welle hingewiesen (bevor die Kliniken überlastet waren) ! Pandemieradar soll nicht zu komplex gestaltet werden, insbesondere wenn das BMG es auch an ihren anpassen muss ! Nicht nur Fortschreibung, sondern Inzidenzen reinzubringen, um Wendepunkte in den Trends vorherzusagen ! Eine Modellierung von RSV und Influenza wird erwartet sowie den Wunsch des Zugriffs auf die Daten der Surveillance ! Erweiterter Bericht von FG36 (Haas und Buda) an BMG über ARE und RSV. Bitte von Herrn Schaade, Folien 8 und 10 zu ergänzen, Folie 15 zu RSV-A und RSV-B nicht mitaufnehmen 	<p>MF4 (Esins)</p>
--	--	------------------------



	<p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Erweiterung Abfrage Intensivregister um „intensivmedizinische Manifestation“; Frage um Aufnahme der Zahlen in den Wochenbericht. <ul style="list-style-type: none"> o Zahlen werden abgewartet, dann entschieden <p>ToDo: Aufnahme Folie 8 und 10 im erweiterten Bericht an BMG (FG36, Haas&Buda)</p>	
<p>2</p>	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Tenor: Leichter Anstieg (10% Anstieg), lokal begrenzt ! „lokal begrenzt“ ! Nicht auf Unschärfe in Meldedaten hinweisen (wegen Zunahme ARE und Testen). Erstmal warten. 	
<p>3</p>	<p>Neu: „Kann“ Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu Personen, die selbst keinen ausreichenden Immunschutz aufbauen können „Die STIKO relativiert ihre bisherige Empfehlung und rät dazu, nach individueller Abwägung und unter Berücksichtigung des Wunsches der Eltern zu entscheiden, ob eine Impfung durchgeführt werden sollte“ Novavax-Booster ab 18 Jahren als Alternative bei Kontraindikationen gegen mRNA</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. (off-label auch für Jugendliche 12-17) 5. Novavax Booster ist im Vergleich zu Omikron-adaptierten mRNA unterlegen (Immunogenitätsdaten) <p>Angepasste Omikron-Impfstoffe für Kinder (5-11 Jahre) präferenziell empfohlen Themen für 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Überführung der COVID-Impfungen ins Regelsystem 7. VidPrevtyn Beta 8. Booster für Schwangere zum Nestschutz des Neugeborenen 9. Evusheld (wirkungslos gegen BQ1.1) <p>Impfdurchbrüche: größte Gruppe ab 60 Jahre Sonderauswertung: „ungeimpft“ größter Anteil der hospitalisiert/intensivmedizinisch Versorgten Impfverordnung soll zum 31.12 bis 07.4 verlängert werden Heute soll die Ressortabstimmung im BMG gestartet werden DIM soll weiterlaufen (Meldepflicht (§4) soll weiter bestehen Finanzierung der Impfungen soll neu geregelt werden Impfzentren können von den Ländern weiter betrieben werden Mobile Impfteams können von den KVen weiter betrieben werden Überführung der COVID Impfung ins Regelsystem geplant zum</p>	<p>FG 33 (Fischer-Fels)</p>



	<p>7.4.2023</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schutz vor Hospitalisierung: Effektivität muss kleiner werden ! Vergleichsgruppe (ungeimpft) ist nach einer durchgemachten Infektion im Grunde immun, schwierig im Vergleich: schützt eine 3-fache Impfung genauso wie eine 3-fache Covid-19-Infektion? Wäre die Impfeffektivität hier bei 0? Betrifft die Visualisierung ! Virologische Sentineldaten im europäischen Projekt zur Berechnung der Impfeffektivität COVID-19: ECDC hat hierzu einen neuen Bericht zur Impfeffektivität veröffentlicht: Schutz geht hier runter, da Immunaive nicht mehr gegen Geimpfte verglichen werden. Komplex, dies bei COVID-19 zu berechnen und zu kommunizieren 	
4	<p>Internationales (nicht berichtet)</p>	
5	<p>Digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Austausch (CWA, Abt.3, ZBS) in der 2. Januarwoche in Bezug auf Optionen, die durch die CWA gegeben sein könnten <ul style="list-style-type: none"> o Etablierung einer neuen App „allgemeine Gesundheitsapp“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elementen von Befragungen ▪ Elementen zur Information der Teilnehmenden (Handlungsempfehlungen, Warnungen), weitere epidemiologische Fragestellungen ! DEA: aktuell CR in Arbeit um Betrieb bis März aufrecht zu erhalten. Parallel Umstieg auf EU dplf, hier IT5 und FG33 im Lead. 	<p>FG21 (Schmich)</p>
6	<p>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</p> <p>NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie „Beeinträchtigung onkologischer Diagnostik u. Versorgung: Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zum Thema, Ausblick auf kommende Projekte“</p> <p>Bei einige Krebsdiagnosen und in bestimmten Krankheitsphasen besteht ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf Krankenhaussterblichkeit bei Patient:innen mit COVID-19 und Nebendiagnose Krebs ca. 50% höher als bei Gleichaltrigen ohne Krebsdiagnosen Deutlicher Rückgang von Krebsdiagnosen in der ersten Pandemiewelle (2020) Stationäre Fallzahlen werden im Verlauf 2020/21 nur teilweise aufgeholt Auffallender Rückgang v.a. bei Diagnose und OPSs von Darmkrebs Bisher keine Hinweise für zwischenzeitlich von einigen</p>	<p>Abt. 2 Klaus Kraywinkel (ZfKD)</p>



	<p>Expert:innen befürchtete Bugwelle Quartale mit Vorherigem Quartal vergleichen Erste Ergebnisse aus Krebsregistern: Fallzahlen erst 2020 aus 4 BL veröffentlicht: Krebs gesamt: -0,4 % bis -6,1% Darmkrebs -4,3% bis -17,4% Mögliche Gründe für Rückgänge: Vermindertes Angebot/verminderte Inanspruchnahme Verzögerte Abklärung symptomatischer Patient:innen Verlagerung von Therapien in den ambulanten Bereich zur Vermeidung der Überlastung der Krankenhäuser Verringerung des Infektionsrisikos der Betroffenen; für Krebsoperationen unwahrscheinlich „Übersterblichkeit“ unter an Krebs erkrankten Personen durch SARS-CoV-2 Infektion Beeinträchtigung der Meldetätigkeit in Krebsregistern Offene Fragen: inwieweit haben sich die Behandlungs- und Überlebenschance für Krebspatientinnen während der ersten/späteren Phase der Pandemie verschlechtert? (durch Verzögerung der Diagnose/Therapie/SARS) Aktivitäten des ZfKD Nächstes Jahr kommen Daten aus 2020 und 2021, Antrag geschrieben, mit diesen Daten systematisch mit Problemlage zu beschäftigen. Schwerpunkt: Auswertung der bundesweiten Krebsregisterdaten. Weitere Daten werden hinzugezogen. (z.B. Bfarm) BIPS (finanziert aus 9-PP)</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wie normal ist das Vergleichsjahr 2019? ! Bei Krebs treten normalerweise nicht so starke Veränderungen auf, daher ist 1 Jahr zum Heranziehen eines Vergleichs plausibel ! Rückgang in Krebsinzidenz wird durch demographische Veränderung ausgeglichen. ! Vorjahrestrends werden stärker mit einbezogen. 	
7	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Eine Änderung der Risikobewertung (Herabstufung) wird in der derzeitigen Lage nicht gesehen. Wunsch, Risikobewertung textlich fertigzustellen und zu geeignetem Zeitpunkt zu veröffentlichen (nicht mehr diese oder nächste Woche)</p> <p>ToDo: Kommentare zur Änderung der Risikobewertung (Vorschlag von FG36) bitte bis Freitag, 09.12. einarbeiten und zurückhalten.</p>	Abt. 3 (Haas)



8	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Wieler
9	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA BZgA erstellt mit BVÖGD und dem RKI einen Steckbrief zu RSV</p> <p>Presse BMG gibt erst am 16.12.22 eine Rückmeldung zur Berichterstattung zwischen den Tagen</p> <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
10	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Bericht aus der UK „Technical report on COVID-19 in UK“ Stand RKI an Berichten/Evaluierung? Diskussion am 21.12.22 um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung.</p> <p>Diskussion: Laufen systematische Reviews, die nicht Long-Covid betreffen? Christa Scheidt-Nave nimmt es mit in AG Long-Covid</p> <p>ToDo: Bericht aus der UK sichten (alle). Am 21.12.2022 findet für den Punkt 6 kein Update von Abt.2 statt, sondern eine Diskussion um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung des RKI</p> <p>RKI-intern</p> <p>Thema Entisolierung Pflege Rückmeldung, dass die 14-Tage Isolation in der Pflege als überzogen wahrgenommen wird und auch nicht mehr umgesetzt wird. Große Diskrepanz zwischen Allgemeinbevölkerung und Pflege Pragmatische Anpassung des RKI? BMG hat diesbezüglich eine AG zum Schutz vulnerabler Gruppen einberufen, die beim BMG angesiedelt ist. Hier könnte dieses Thema transportiert werden Verkürzung würde nicht auf wissenschaftlichen Daten begründet werden Möglichkeit der Freitestung über Antigentest und Verkürzung auf 10 Tage</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p> <p>Abt. 3</p>



	Schutzzielkonflikt ToDo: Bearbeitung des Themas durch ZBS7 (Frau Niebank) mit Abt.1, FG14, und FG37: Modifizieren mit Antigentest	
11	Dokumente ! (nicht berichtet)	Alle
12	Labordiagnostik FG17 Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ ZBS1	FG17 ZBS1
13	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
14	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
15	Surveillance nicht berichtet	FG 32
16	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG38
17	Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet	FG31
18	Wichtige Termine keine	Alle
19	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.12.2022 11 Uhr, via Webex	



Ende: 13:15 Uhr



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 21.12.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:	!	FG33	
!	Institutsleitung	○ Jonathan Fischer-Fels	
	○ Lothar H. Wieler	!	FG36
	○ Lars Schaade	○ Udo Buchholz	
!	Abt. 1	○ Silke Buda	
	○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Julika Loss	○ Sebastian Haller	
!	Abt. 3	○ Werner Espelage	
	○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS7
!	FG14	○ Michaela Niebank	
	○ Marc Thanheiser	!	MF4
!	FG17	○ Janina Esins	
	○ Ralf Dürrwald	!	P4
!	FG21	○ Pascal Klamser	
	○ Wolfgang Scheida	!	Presse
!	FG31	○ Ronja Wenchel	
	○ Ute Rexroth	!	ZIG
	○ Maria an der Heiden	○ Johanna Hanefeld	
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
	○ Alexandra Hofmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG32	!	ZIG2
	○ Michaela Diercke	!	Charbel El Bcheraoui
	○ Justus Benzler	!	Francisco Pozo Martin
		!	BZgA
		○ Andrea Rückle	





	<p>Todesfälle: stagnierend</p> <p>Testzahlen Nicht berichtet</p> <p>ARS-Daten Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Testungen/100T: bei 0-4- und 5-14-Jährigen stabil über die letzten 10 Wochen. - Anzahl pos. Getestet/100T: Kein Anstieg bei 0-4 und 5-14 Jährigen, in allen anderen Altersgruppen: Anstieg; - Konstant hohe Anzahl an Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen (250- Vorwoche: 230), und Alten- und Pflegeheimen (379- Vorwoche: 328): <p>VOC-Bericht Nicht berichtet</p> <p>Molekulare Surveillance Nicht berichtet</p> <p>Syndromische Surveillance Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - GrippeWeb: ARE-Raten nicht weiter ansteigend, aber weiterhin auf sehr hohem Niveau, 10.800 ARE (Vorwoche: 11.200) pro 100T; entspricht einer Gesamtzahl von 9,0 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (49. KW: ca. 9,3 Millionen); - Ambulanter Bereich: vergleichbares Bild; die Konsultationsinzidenz ist nicht weiter gestiegen, aber auf einem sehr hohen Niveau, bei den 0-14-Jährigen zeigt sich ein verlässlicher Rückgang, in allen anderen Altersgruppen wohl auch, allerdings noch abhängig von Nachmeldungen, es wird hier kein steiler Anstieg mehr erwartet. - SEED-ARE mit COVID Konsultationsinzidenzen: leichter Anstieg bei allen Ü15. - ICOSARI: SARI-Inzidenz: Niveau so hoch wie bei schwerer Grippewelle 2017/18. Kontinuierlicher Anstieg auf den ITS; Werte liegen allerdings noch unter den Spitzenwerten des COVID-Winter 2020/21. - Anteil COVID-spez. Diagnosen an SARI Fällen stationär und mit ITS-Behandlung bis KW50: 11, RSV Rückgang (18%), Influenza mit höchstem Anteil (28%); bei ITS-behandelten Fällen ähnliches Bild. - Im Moment mehr SARI PatientInnen mit Influenza und RSV auf den ITS als im Vergleich zu den Vorjahren. - Influenza spielt in allen Altersgruppen eine sehr große Rolle; auf völlig neuem Niveau bei Schulkindern; Ü80: starker Anstieg zu beobachten - Belastung durch SARI-COVID PatientInnen in Krankenhäusern nach wie vor hoch: 3700 neuen KH-Aufnahmen aufgrund von COVID-SARI in KW50; <p>Darstellung der „GrippeWeb-COVID-Inzidenz“ im</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



	<p>GrippeWeb-Wochenbericht, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">- Neu: Berechnung COVID-Inzidenz: Anzahl Meldende pro Woche mit SARs-CoV2- Nachweis/Anzahl Meldender- Schnelltests werden hier miterfasst- Unterschied zu vorher (ohne COVID-Inzidenz) und jetzt (mit COVID-Inzidenz): 2-3-fache Inzidenzerhöhung- Fragen:<ol style="list-style-type: none">1. Ab wann soll GrippeWeb-COVID-19-Rate gezeigt werden? - Vorschlag: ab KW01/2023 ab 2. GW-Wochenbericht 20232. Soll die 7-Tages-Inzidenz in derselben Abbildung gezeigt werden? - Falls ja, dauerhaft? <p>Diskussion: Abhängig von strategischer Ausrichtung (Pandemie geht dem Ende zu). Neue Abbildungen müssen kommunikativ sehr gut begleitet werden, da Fehlinterpretationen möglich; Stichprobe repräsentativ? -Es wird adjustiert für BL, Altersgruppe und Geschlecht, wobei keine großen Unterschiede zu beobachten sind. Vorgehen: sobald Daten maschinenlesbar verfügbar sind, Journalisten ein Hintergrundgespräch anbieten, danach Daten öffentlich bereitstellen</p> <p>Es wurde keine Entscheidung, über weiteres Vorgehen und Beantwortung zu Fragen 1 und 2 getroffen. Wird auf neues Jahr verlegt.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien hier (ab Folie 13)</p> <ul style="list-style-type: none">- 332 Proben aus 74 Arztpraxen und 14 BL eingesendet, sehr stabil und auch repräsentativ; 85% Positivrate;- SARS-CoV2 mit 5% stabil; OC43 in KW50 bei 6%; andere Coronaviren spielen momentan keine Rolle.- Influenza-Aktivität: dominiert von H3N2, Nachweisraten über 50%; leichter Anstieg H1N1 (3%), 2 Nachweise von B-Viktoria in KW50;- Bei anderen resp. Viren dominiert RSV; Trend rückläufig; Rhino: relativ niedrig, Parainfluenza: starker Rückgang, hMPV: schwache Aktivität.- Altersgruppenverteilung über die letzten 3 Wochen: Influenza dominiert das Geschehen. Leichter Rückgang bei 5-15-Jährigen- International: H1N1 Anstieg, H3N2 dominierend. B Viktoria könnte sich weiterhin entwickeln. <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">- Mit Stand 21.12.2022 werden 1.216 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.- Erneuter Anstieg der COVID-ITS-Belegung- ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.028 in den letzten 7 Tagen; 884 vor 14 Tagen. Verstorbene: aktuell gleichbleibender Trend- Behandlungsschwere: Anstieg auf über 6.000 PatientInnen	<p>FG17</p> <p>MF4</p>
--	---	------------------------



	<p>seit Ende November. Gemeldete freie invasive Möglichkeiten auf einem Minimum. Anzahl freier ITS ebenfalls abnehmend;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absolute Zahlen an COVID-PatientInnen, die beatmet werden, nehmen nicht zu, es wird hingegen eine Zunahme an beatmeten Nicht-COVID PatientInnen beobachtet; - Meldungen der Belastung sowie Personalmangel stark ansteigend; - COVID--Altersverteilung (absolute Zahlen): Aufwärtstrend ab Ü60; - Pädiatrische ITS: angespannt, freie Betten und Kapazitäten zur invasiven Beatmung nehmen weiterhin stark ab. RSV-Fälle ITS-pflichtig abnehmend, dafür nehmen Influenza-Fälle zu ; hier größter Mangel: Personal und Räumlichkeiten; - COVID-Prognose für die nächsten 20 Tage; Mehr oder weniger starker Anstieg für alle Kleeblätter, für D insgesamt Seitwärtsbewegung erwartet, diese Info wurde zum letzten Mal berichtet; <p>Modellierungen Nicht berichtet</p> <p>Kommentare/Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es muss klar kommuniziert werden, wie wichtig die syndromische Surveillance für die Lageeinschätzung ist. Es kommen weiterhin Anfragen nach mehr Daten; Wenn Daten (u.A. für Modellierungen) angefragt werden, müssen eine konkrete Fragestellung und der Erkenntnisgewinn klar formuliert werden. Es sollte zudem darauf verwiesen werden, dass international anerkannt wird, wie qualitativ hochwertig die RKI (Sentinel)-Daten sind. ARE Daten sollen maschinenlesbar zur Verfügung gestellt werden – wurde Pandemie-bedingt gestoppt. IT-Unterstützung bei Datenerhebung und Bereitstellung hier dringend notwendig. 	Alle
2	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Statische Texte im Wochenbericht zum Pandemieradar: sollten diese entfernt werden? – Ja für Anfang 2023 vorbereiten, BMG muss zuvor darüber informiert werden. - Tweet zu Wochenbericht: Hinweis zum Nichterscheinen des Wochenberichts in der nächsten Woche finalisiert. <p>Kommentare und Aufgabe: Deutlichen Zunahme der Beatmung von Non-COVID-Fällen. Es sollten nicht nur Einzelerreger beachtet werden. Pneumokokken Zunahme erwartet. Wo und wie sollte diese Info verbreitet werden? – Info hierzu in ersten Teil COVID-Wochenbericht mit aufnehmen! – FG36 und FG37 Absprache und Weiterleitung and nCov-Lage</p>	Alle Presse
3	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33



	<p>und evtl. herausgegeben. Diese werden vorab von einer Gruppe von Personen am RKI geprüft und diverse Passagen nach vereinbarten Kriterien (z.B. personenbezogene oder vertrauliche Daten, Beratungsgeheimnis, Drittbeteiligung, Sicherheitsrisiko, u.a.) geschwärzt. FG31 hatte Unterstützung aus allen Abteilungen erbeten.</p> <p>To Do. Bei FG31 melden, falls Vakanzen über Feiertage zur Unterstützung bei Durchsicht bestehen;</p> <p>RKI-intern</p> <p>Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung, s. Bericht aus Großbritannien (Chris Whitty et al), Email nCoV-Lage 07.12.2022 um 13:41</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sollten wir einen inhaltlich ähnlichen Bericht verfassen? - Evaluationen auf kleineren Ebenen laufen bereits - After Action Review mit kurzer Lessons Learned von Seiten sollte mit ausgewählten Partnern erfolgen. Ansicht der technischen Krisenreaktion und Outputs (relevante Dokumente) aufzeigen; Kollateralschäden (nicht nur Infektionsschutz) mit einbeziehen; - Anfang 2023 damit beginnen, zunächst ohne externe Beteiligung. - Gesamtevaluation der Response in D wäre wünschenswert, kein RKI Mandat <p>Vorstellung des Berichts „Zusammenfassung der Effektivität nichtpharmazeutischer Interventionen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie“</p> <p>Folien hier und hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übersichtsarbeit Brockmann, noch nicht publiziert (auch kein Preprint), liegt dem BMG aber bereits vor – hausinterner Dienstweg sollte hier beachtet werden - Es wurden nur Reviews verwendet und systematisiert, - 9 Review-Artikel, inkl. eines RKI-inhouse Artikels wurden herausgefiltert - Primärquellen aus Reviews wurden unter bestimmten Kriterien angeschaut mit restriktiv starkem Filter. - Primärquellen wurden den einzelnen NPIs zugeordnet (9 Gruppen). - Ergebnisse, siehe Folie 3 <p>Fragen/Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testkapazitäten und Testungen sollten von Interventionen getrennt werden; andere Interventionen haben eher direkte Effekte; dieser Punkt sollte in der Einleitung nochmal aufgegriffen werden. Maßnahmen und Effektstärken sollten unterschiedlich bewertet werden. - R-Wert Effekt der Maßnahmen betrachtet; eine wesentliche Zielgröße sollte sein: Effekt der Maßnahme auf Anzahl von Ausbrüchen? Effekt auf Zahl der Hospitalisierten und Todesfälle? - von Primärquelle abhängig, hier oft auf R-Reduktion fokussiert; sofern Einfluss auf 7TI, Mortalität oder Hospitalisierung betrachtet, wurde dies auch angegeben. - Effektivität Contact Tracing: Review hierzu von ZIG gerade 	<p>Alle</p> <p>P4</p> <p>Alle</p>
--	--	-----------------------------------



	eingereicht; Beobachtungsstudien sowie math. Modellierungen betrachtet; Effekt war zu beobachten: Kontaktaufnahmen ZIG mit P4 hierzu; <ul style="list-style-type: none"> - Wurden verschiedene Phasen der Pandemie untersucht? –Auf Anfangsphase der Pandemie hauptsächlich bezogen; - Berücksichtigung digitaler Tools? – Nur wenn hierfür Publikationen vorlagen 	
10	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
11	Labordiagnostik Nicht berichtet, virologische Surveillance: Punkt 1 (Nationales)	FG17
12	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
13	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
14	Surveillance nicht berichtet	FG 32
15	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
16	Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet	FG31
17	Wichtige Termine keine	Alle
18	Andere Themen Nächste Sitzung: 04.01.2023, 11 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr