



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

| | |
|---------------------|-----------------------------------|
| Anlass: | Neuartiges Coronavirus (COVID-19) |
| Datum: | 19.02.2020, 11:00 Uhr |
| Sitzungsort: | WebEx Konferenz |

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG36 |
| o Lars Schaade | o Walther Haas |
| o Lothar Wieler | o Silke Buda |
| ! AL1 | o Stefan Kröger |
| o Martin Mielke | o Lena Bös |
| ! AL2 | ! FG37 |
| o Thomas Ziese | o Tim Eckmanns |
| ! AL3/Abt. 3 | ! FG38 |
| o Osamah Hamouda | o Ute Rexroth |
| ! ZIGL | o Maria an der Heiden |
| o Johanna Hanefeld | o Ariane Halm (Protokoll) |
| ! FG12 | ! IBBS |
| o Annette Mankertz | o Michaela Niebank |
| o Sebastian Voigt | ! P1 |
| ! FG14 | o Ines Lein |
| o Melanie Brunke | ! P4 |
| o Mardjan Arvand | o Susanne Gottwald |
| ! FG17 | o |
| o Djin-Ye Oh | ! Presse |
| ! FG21 | o Jamela Seedat |
| o Patrick Schmich | ! ZBS1 |
| o Wolfgang Scheida | o Janine Michel |
| ! FG 32 | ! ZIG1 |
| o Michaela Diercke | o Sarah Esquevin |
| o Helena Heese | o Regina Singer |
| ! FG33 | ! ZIG2 |
| o Ole Wichmann | o Charbel El Bcheraoui |
| ! FG34 | ! BZGA |
| o Viviane Bremer | o Martin Dietrich |



| TO P | Beitrag/Thema | eingebracht von |
|---------|--|--------------------|
| 1 | <p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>! Trendanalyse international (Folien hier): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Top 5 wie letzte Woche, Änderungen im unteren Bereich: Spanien, Türkei, Deutschland nun nicht mehr dabei, neu hinzugekommen sind Indonesien, Mexiko und Tschechien, letzteres mit der weitaus höchsten Inzidenz und stärksten Veränderungen ($R > 1$) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abnahme der Fallzahlen in den meisten Ländern bis auf Brasilien, in Italien, Indien geringe Abnahme ▪ Sehr hohe Fallsterblichkeit in Mexiko (8,8%) ○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner <p>Karte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland ○ WHO epidemiological update 16.02.2021 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldungen als auch Todesfälle ▪ Übersicht Virusvarianten VOC, weitere Länder melden Nachweise, UK VOC B.1.1.7 in 94 (+8), Südafrika B.1.351 in 46 (+2), Brasilien P.1 in 21 (+6) ○ Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 17.02.2021) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunehmender Anteil VOC ▪ Daten aufgrund unterschiedliche Testmethoden und teilweise sehr geringer Datenlage vorsichtig zu interpretieren ▪ B.1.1.7 in vielen Ländern über 30% ▪ Frankreich Grand-Est relativ viel VOC B.1.351 (18%) <p>! Erster „human challenge trial“ gestern von GB angekündigt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht ○ Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden ○ Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis <p>! Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt ○ Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika | ZIG1 Esquevin |

| | | |
|--|---|--------------|
| | <p>! Kommentar: Israel sollte gut beobachtet werden, durch hohe Durchimpfungsrate dort vermehrt Virus in jüngeren Gruppen, dies ist interessant für Deutschland</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 2.369.719 (+9.113), davon 67.206 (2,8%) Todesfälle (+508), 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw. ○ Fälle IST 3.177 (Rückgang) ○ Geimpfte N1 3.085.114 (+88.829), N2 1.634.786 (+50.299) ○ Keine großen Veränderungen, weder positiv noch negativ ○ 7-Tage-Inzidenz BL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittwoch Anstieg in TH: Grund kann noch nicht gut eingeschätzt werden (informelle Info), ggf. durch Kältewelle (weniger Arztbesuche/Probenrückstau) erklärbar, eventuell größere Untererfassung wird nun aufgeholt, Rückkehr zu normaler Erfassung ▪ Ergänzung TH: im Wochenvergleich wird Trendkarte insgesamt heller, doch einige Kreise in Thüringen sind dunkler geworden (hier) ▪ Anstieg durch VOC kann nicht ausgeschlossen werden ▪ In allen BL Plateau, die meisten liegen über der politisch erwünschten Inzidenz von 50/100.000 ○ 7-Tage-Inzidenz geografisch: vor allem hoch an bayrischer Grenze zu Tschechien, TH, SL, am höchsten in Kreisen Tirschenreuth, Wunsiedel im Fichtelgebirge, Hof, etc. ○ Todesfälle letzte 14 Tage, neue Karte (ähnlich ECDC) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Färbung= Todesfälle/100.000 Einwohner ▪ Zahlen auf Kreisen= absolute Werte ▪ Aktivität am stärksten von wo die meisten Todesfälle und höchste Zahl pro Einwohner übermittelt wird ▪ Kreise im südöstlichen Deutschland mehr betroffen ▪ Gesondert für >70 und >80-jährige: generell ähnliches Muster, mehr Todesfälle/100.000 in Ostdeutschland ○ Mortalitätssurveillance Stand 15.02.2021 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nun immer montags publiziert ▪ Rückgang Anzahl von Todesfällen auch hier deutlich ▪ Leichter Rückgang der Übersterblichkeit <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallsterblichkeit: Ist anhand der Daten absehbar, worauf sich diese einpendelt? Kann die Dunkelziffer abgeschätzt werden? | FG32 Diercke |
|--|---|--------------|



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

| | | |
|---|--|------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallverstorbenen-anteil insgesamt 2,8%, nach Altersgruppen sehr verschieden, bei älteren bis zu 30%, bei jüngeren nur sehr geringer Anteil ▪ Von welcher Fallsterblichkeit gehen wir bei 60-70-jährigen aus? Wurde noch nicht mit Meldedaten abgeglichen, ist aber geplant ○ Virusvarianten VOC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldedaten können nicht mit VOC verknüpft werden, ggf. ist sichtbar, welche Labore welchen Anteil an VOC geliefert haben? ▪ Aus TH gemeldeter B.1.1.7-Anteil sehr niedrig, Daten spiegeln ggf. lokale Entwicklung nicht wieder ▪ Durch Wetter mehr Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen? ▪ Höhere Übertragbarkeit der VOC ist ein Faktor, aber nicht alleinig entscheidend ▪ In ARS gibt es keinen Hinweis auf viele VOC ▪ Übertragbarkeit ist was Inzidenzen angeht nur ein Parameter, wir sehen aber durch höhere Übertragbarkeit, dennoch sehen wir größere Ausbrüche auch im Kitabereich z.B., macht nachdenklich, wird sich erst sekundär in Inzidenzen zeigen ○ Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen ○ UK hat durch Lockdown Rückgang bewirken können, was wurde dort genau gemacht <ul style="list-style-type: none"> ▪ UK hat stärkeren Lockdown mit größerer Mobilitäts-beschränkung im Vergleich zu Deutschland um den Jahreswechsel als Zahlen in UK noch steigend waren ▪ ZIG1 bitte genauer eruieren <p><i>ToDo: ZIG1 bitte mehr Informationen zu Lockdown-Maßnahmen in UK präsentieren</i></p> | |
| 2 | <p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hilfeersuchen aus Montenegro erhalten <ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19-Geschehen dort sehr aktiv mit hohen Inzidenzen ○ Bundesregierung hat Sorge um erneute Reisewelle zu Ostern wegen enger Verbindung zu Deutschland ○ Vorbereitung einer Unterstützungsmission, auch in Absprache mit FG38 die dort ein GHPP Projekt haben ! Ziemlich dramatisches Hilfeersuchen über EMT Mechanismus an deutsche EMTs aus der Slowakei gestern <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktives Geschehen mit VOC-Zirkulation ○ Anfrage bezüglich 10 IntensivmedizinerInnen und PflegerInnen | ZIGL Hanefeld |

| | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfeersuchen wird heute diskutiert ○ Noch ist unklar, ob genug Ressourcen aus Deutschland freigestellt werden können <p>Vorstellen von zwei systematic reviews aus dem Herbst 2020</p> <p>Classification schemes of high risk areas (slides hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! This report was already shared within RKI for comments ! Question: How did different countries decide on (high) risk area classification and which policies resulted from this? ! Results <ul style="list-style-type: none"> ○ Search showed only one peer-reviewed publications from Mongolia, web scraping delivered 43 policy documents ○ Most from Europe (29), Americas (7), Asia (5), Oceania (2), Africa (1) ○ 44 countries included: 6 had domestic, 38 international classification schemes ○ 38 countries with international classification most used count per 100,000 inhabitants, cut-off ranging from 20-50, use of different primary and secondary criteria ○ Resulting policies 2020 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrictions on internal movement: first in Bolivia; no restriction in African countries Jan-Feb; Mar-Aug 50% of countries applied restrictions ▪ International travel control policies: first in Bolivia, Hong Kong, Taiwan; 50% of countries Mar-May; Oceania continued border closure until Dec 2020 <p>Effect of travel restrictions on COVID-19 (slides hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Question: effects of travel policies in COVID-19 pandemic ! Results <ul style="list-style-type: none"> ○ 69 peer-reviewed publications analysed ○ 3 policies evaluated <ul style="list-style-type: none"> ▪ Border closure: may reduce spread across countries if implemented early, but may adversely affect epidemic size, less effective than community measures ▪ Quarantine: can reduce number of cases, but less effective than lockdown and if not followed by testing ▪ Travelers screening: least effective, unlikely to detect large number of cases, can be increased with sensitive screening ○ Travel policies adopted by 31 countries in all regions in 2020 (see slide 6) ! Discussion <ul style="list-style-type: none"> ○ More details on the comparison are available in the report (e.g. on specific measures and combination of border closure with other measures) ○ Main message of report: travel restriction policies are much more effective if combined with other Non-pharmaceutical interventions (NPI) | <p>ZIG2 El Bcheraoui/ Hanefeld</p> <p>ZIG2 El Bcheraoui/ Hanefeld</p> |
|--|---|---|



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

| | | |
|----------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Are there differences in effectiveness depending on the continent? Not enough studies to tease this out ○ Können unterschiedliche regionale Verläufe teilweise durch verschiedene „border closure regimes“ erklärt werden? Verfügbare Evidenz hierzu ist nicht schlüssig, keine klare Aussage möglich ○ Kombination Grenzsicherungen mit anderen nicht pharmazeutischen Maßnahmen (NPM) ! stärkere Effektivität ○ Bericht ging vorab an BMG, wird zeitnah RKI-intern geteilt, noch keine Aussage-kraftige/interpretierbare Evidenz verfügbar ○ Schließung von Grenzen bei Pandemien kann Zeit gewinnen, wie viel Zeit kann gewonnen werden? Ist aktuell nicht ableitbar, stärkste Studie ist Lancet Studie letztes Jahr zu travel restrictions bei COVID-19: stärkste Determinante für Auswirkung von Grenzsicherungen ist der Zeitpunkt derselben, je eher sie umgesetzt wird, desto stärker die Auswirkung (je früher desto mehr Zeit gewonnen) ○ In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC ○ Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll ○ Aussage zur Strenge der Auswirkung ist aktuell nicht möglich (z.B. bezüglich Ausnahmen für Pendler) | |
| 3 | <p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Nicht besprochen</p> | |
| 4 | <p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p> | |
| 5 | <p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Informationspaket für niedergelassene Ärzte zu Impfungen in Vorbereitung, soll vor Impfung in Arztpraxen fertig sein</p> <p>Presse</p> <p>! Am Mittwoch angekündigter Artikel zu AG Tests noch in Abstimmung, erscheint voraussichtlich nächsten Montag</p> <p>BMG Erlass heute Morgen</p> <p>! Erwünscht: Infopakete zu VOC mit Zielgruppe Fachöffentlichkeit sowie Bevölkerung, Frist Montag, Marieke Degen arbeitet hieran</p> <p>! Beinhaltet auch Aufgaben der BZgA, Erlass ging</p> | <p>BZgA Dietrich</p> <p>Presse Seedat</p> <p>FG36 Haas/ alle</p> |

| | | |
|-----------------|---|---------------------------|
| | <p>wahrscheinlich nur an RKI, LZ bitte an BZgA schicken</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vollumfängliche Abstimmung in gesetzter Frist wohl nicht möglich, evtl. Begrenzung auf Kernpunkte ! RKI Kernbotschaften werden in Bullet Points vorbereitet, zielgruppengerechte Streuung sollte durch BZgA erfolgen ! Tenor BMG legt nahe, dass es neue Empfehlungen geben müsste, eigentlich sollten dieselben Maßnahmen, die Infektion verhüten und die wir bereits empfehlen gelten, Dokumente zu KoNa wurden fortlaufend angepasst, muss jetzt nicht erneut geschehen ! Fixierung auf VOC wäre nur sinnvoll, wenn dies zu erheblichen Änderungen der Maßnahmen und Auswirkungen führen würde ! Wichtig wäre eine intensive Kampagne, wie NPM im Gesamtpaket richtig angewandt werden sollen und dass Kranke zuhause bleiben <p><i>ToDo: BMG Erlass Infopaket VOC bitte an BZgA schicken (wenn noch nicht geschehen)</i></p> <p>Impfstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> ! BMG Spahn hat heute Sonder-GMK am Dienstag angekündigt ! Als nächstes sollen LehrerInnen priorisiert werden ! Entspricht nicht der STIKO-Empfehlung <p>Lagebericht Fieberkurve</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Grafik ist verwirrend und führt zu Nachfragen, herausnehmen? ! P4 ist nicht ganz klar, wie die aktuelle Kurve zu erklären ist, es wird weiterhin versucht, zu verstehen, was passiert ! Fieberkurve wird vorerst herausgenommen, kann zukünftig nach neuem Ansatz geschaut werden ! Aus Chat: <ul style="list-style-type: none"> o Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet? o Wenn es an AG Tests liegen würde hätten wir eine dramatische Untererfassung. Das geben die Zahlen im DIVI-Register aber nicht her), aber aus Lagebericht raus | <p>Präs</p> <p>Alle</p> |
| <p>6</p> | <p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Hinweis ControlCOVID-19-Strategie und Stufenplankonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Seit gestern Abend online unter Strategien und Krisenpläne <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen | |
| <p>7</p> | <p>Dokumente</p> <p>Dokument zu Definition „Reinfektion“ (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Hintergrund | <p>FG36 Bös/ alle</p> |



| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC) ○ Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition ○ Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO ! Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich ○ Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig ○ Definition überwundene Erkrankung: schwierig, da einige langwierige Verläufe/Symptome, Limitation auf akut respiratorische Erkrankung ! Diskussion ! Verbesserungsvorschläge des Krisenstabs wurden teilweise sofort eingearbeitet ! Neuer Schwellenwert der quantitativen PCR benötigt einen Hinweis (Kommentierung der Begründung), da die Nutzung verschiedener Werte kommunikativ schwierig ist (z.B. wird bei Entlasskriterien andere Grenze genutzt) ! Bei potentiellen Reinfektionen, die innerhalb von weniger als 3 Monaten auftreten ist unsicher, ob es neue Infektionen sind, sie sollen dennoch als Fälle erfasst werden, um Nacheinschätzung anschließend zu ermöglichen ! Anzuchtung ist schwierig, nicht jede Probe die anzüchtbar sein sollte ist anzüchtbar, gerade bei Reinfektionen spielt ggf. Antikörperstatus eine Rolle ! Definition ist für GA, diese sollen damit Fälle einordnen können, wichtig ist, dass Fälle verknüpft werden können: Diagnosedatum Labor ist bereits enthalten, Zweitdiagnose Datum hinzuzufügen ! Sichere Reinfektionen wird extrem selten sein, da Genomsequenzierung bei beiden Infektionen unwahrscheinlich ist ! Aus epidemiologischer Sicht (Zielsetzung= Definition für Surveillance) ist die Rede von wahrscheinlicher Reinfektion akzeptabel (nicht virologisch), epidemiologische Einstufung muss für GA handhabbar sein ! Weitere Analysen können unternommen werden, Surveillance kann Hypothesen generieren die bestätigt werden sollten ! Antikörpernachweise wurden diskutiert und nicht aufgenommen ! Spezialfall bei Immunsupprimierten <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung | |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen ○ Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden ○ ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monate-lang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden ○ Immunsuppression wird als Risikofaktor erfasst <p>! Entwurf geht in weitere Abstimmung, AGI etc.</p> | |
| 8 | <p>Update Impfung (nur freitags)</p> <p>Aktuell 3 Themen im Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Impfung Astra Zeneca Vakzine <ul style="list-style-type: none"> ○ 800.000 Dosen verfügbar ○ Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt ○ Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen ○ Wird außerdem medial aufgebauscht, da das Vertrauen in diesen Impfstoff niedriger ist ○ Problem soll überregional in Medien adressiert werden ○ RKI bereitet auch Blatt zur Vakzine online vor ! Neue Evidenz <ul style="list-style-type: none"> ○ Publikation aus Israel: 85% Inzidenzreduktion nach 1. Dose ○ Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen ○ Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche) ○ Viruslast signifikant niedriger ○ Geimpfte ähnlich gut geschützt vor Reinfektion wie nach durchgemachter Erkrankung ○ US CDC hat gerade Bestimmungen geändert: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne, zu überlegen, wie viele Daten RKI benötigt um solcherart Entscheidungen zu treffen, Evidenz wird werden beobachtet ! Anpassung Impfstrategie <ul style="list-style-type: none"> ○ Überlegung zur Impfung von Gruppen, die nicht STIKO-Empfehlung entsprechen ○ Massenimpfung ab Mitte des 2. Quartals, ca. 70 Mio. Impfdosen vorgesehen ○ Ggf. früheres Erreichens des Herdeneffektes ○ Viele Diskussion im BMG zum Übergang von zentralisiertem Impfen zu HausärztInnen, Frage wie vorgegangen werden sollte, z.B. auch bzgl. Einladungen, basierend auf KK-Daten? ○ Aktuell wird dies mit 10 KK besprochen, inkl. Erfassung von Risikofaktoren, Etablierung des | FG33 Wichmann |



| | | |
|---|---|---------|
| | <p>Einladungssystems</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es Hinweise, dass Impfung höhere Immunität bewirkt als natürlich Infektion? <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Zulassungsstudien werden in Kontrollgruppen oft Seren von Rekonvaleszenten benutzt ▪ Bei mRNA Impfstoffen ist die Effektivität höher bei Infektion, bei Astra Zeneca ähnlich (ist dies richtig?) ▪ In Studien keine Aufteilung in milde/schwere Fälle ▪ Korrelat für Schutz ist noch nicht optimal etabliert, höhere neutralisierende Ak sind mit Schutz gleichzusetzen ○ Wenn niedergelassene ÄrztInnen impfen, sind zeitnahe Infos über das Schicksal der Impflinge unwahrscheinlich, wird das Monitoring dann eingestellt? Wie soll dann vorgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitales Impfmonitoring (DIM) wird gerade mit viel Geld und Arbeit etabliert, das System ist eventuell nicht weiterbetreibbar, wenn Impfungen dezentralisiert werden ▪ Diskussionen laufen auf Hochtouren, in wie fern KV System genutzt werden kann, um Minimaldatensatz von KV an DIM zu übermitteln ▪ Dies ist eine große Herausforderung, es handelt sich um sehr neue Impfstoffe, ein enges Monitoring ist essenziell ▪ Je mehr Datenquellen und Zeitverzögerungen desto schwieriger ▪ Aktuelle Überlegung am BMG ist Weiterbetriebung von Impfzentren mit mRNA Impfstoffen auch wegen Kühlung vor Ort, Astra Zeneca und Johnson & Johnson eher im Regelbetrieb ○ Gibt es neue Infos zu VOC und Shedding? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paper aus Israel zu Astra Zeneca Impfstoff: beinhaltet UK-VOC, sieht eher eingeschränkt aus, Paper wird geteilt, dies ist wichtig für Quarantäneerwägung für Geimpfte ▪ Studie aus USA: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home | |
| 9 | <p>Labordiagnostik</p> <p>FG17</p> <p>! 581 Proben, 43 SARS-CoV-2 positiv, 56 humane Rhinoviren, 13 saisonales Coronavirus (NL63), Proben aus unterschiedlichen</p> | FG17 Oh |

| | | |
|-----------|--|-------------|
| | <p>Gegenden (kein lokaler Ausbruch), 1 Probe Parainfluenza</p> <p>ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 457 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, 143 positive, 31,3%, 300 Studienproben für diverse Studien, Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen | ZBS1 Michel |
| 10 | <p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Antikoagulationsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gibt es Empfehlungen zur Anwendung von niedermolekularem Heparin im stationären oder ambulanten Bereich? ! Nein, es ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung, es sind keine guten Daten für den ambulanten Bereich verfügbar, bei Beratungsanfragen werden Einzelfallentscheidungen getroffen ! Nutzung von Heparin eher bei älteren und Patienten mit Risikofaktoren, z.B. bei Monitoring hinsichtl. Niereninsuffizienz ! Expertenbeiratssitzung: für Patienten mit Risikofaktoren für thromboembolische Entwicklung ist Entscheidung fallbasiert, es gibt keine Empfehlung/Stellungnahme durch Fachgesellschaft ! Leitlinie wird aktuell überarbeitet, ggf. gibt es hierzu Äußerungen, IBBS behält dies im Auge | VPräs/IBBS |
| 11 | <p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen | |
| 12 | <p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen | FG32 |
| 13 | <p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>Pakt für den ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Es sind Mittel für IGV Flughäfen und Häfen vorgesehen ! Ball ist beim BMG um das Förderprogramm aufzuziehen, inklusive Verwaltungsvereinbarung, Verteilungsschlüssel auf Länder, was kann gefördert werden ! Entscheidungen im März 2021 <p>Weitere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Flughafengruppe diskutiert Saisonarbeitskräfte, die ggf. zu vermehrter Einschleppungen von VOC führen, insbesondere von Ländern (wie Polen, Bulgarien, Rumänien) mit erhöhter VOC-Zirkulation ! Es gab von Bayern aus einen Besuch vor Ort in Tschechien, dort wurde Betrug bei Reisen von Tschechien nach Deutschland aufgewiesen, z.B. negative Testergebnisse sind für 20 Euro käuflich, gurgeln mit Desinfektionsmitteln vor Testung, Bayern ist bestrebt, Ausnahmeregelungen zu reduzieren ! Präs hatte Gespräch mit neuem Gesundheitsminister aus Bayern zu bayrischer Teststrategie, wie kann sichergestellt werden, dass Tests vernünftig angewendet werden? | FG38 |



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

| | | |
|-----------|---|------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Vermeidung von Fälschungen durch Abgabe über Apotheken ○ Vernünftige Anleitung ○ Neuer EpiBull Artikel hierzu sollte proaktiv gestreut werden, kommunikativ Vor- und Nachteile klarstellen ○ Auf fachlicher Ebene besteht in BL extreme Sorge wegen der Heimtestungen ○ BZgA Steuerungskreis Thema testen hat Problematik der Sicherstellung einer vernünftigen Anwendung besprochen, BZgA wird Informationsstücke zu Selbsttests produzieren ○ Eigendynamik solch eines Testangebots wird mit Gewinnung von Freiheit gleichgesetzt, Aufklärung zu Grenzen der Tests notwendig, dies muss an Bevölkerung transportiert werden, Botschaft: Freiheit ist (nur) durch Immunität zu erreichen | |
| 14 | <p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Füllung der LZ-Position leider sehr unzuverlässig, viele MA sagen kurzfristig Schichten ab (Gründe werden nicht immer angegeben) ! RKI ist nicht aufgestellt, um jahrelang ein LZ zu führen ! Bitte an andere Abteilungen zu kommunizieren, dass Einträge verbindlich sind, Verlässlichkeit ist ganz wichtig ! Insbesondere in FG, die sich auch fachlich mit COVID-19 auseinandersetzen bestehen aktuell Personen-Engpässe ! Krisentätigkeit ist prioritär ! AL3 hat gestern erneut Bitte an alle AL geschickt, mehr MA aus ihren Abteilungen im LZ mitarbeiten zu lassen, es werden nun auch mehr Leute angesprochen, die bereits geschult wurden ! Wir müssen überlegen wie wir wieder auf normalen Betrieb zurückgelangen, alle sind erschöpft durch allgemeine Fatigue aber auch LZ-Aktivität, die Kräfte sind langsam erschöpft ! Eingehende Anfragen können jedoch in anderer Struktur nicht geleistet werden, es ist massiv mehr Unterstützung notwendig ! Wie kann dies längerfristig aufrechterhalten werden? ! Spezifischere Rückmeldung wäre gut, denn aktuell erhalten motivierte MA Appelle genau wie jene, die sich nicht aktiv einbringen ! Abt. 3 bemüht sich, spezifischer zu sein | FG38 |
| 15 | <p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Präs morgen Townhall Meeting zu Impfungen | alle |
| 16 | <p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, via WebEx | |

