



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	24.03.2021, 11:00-12:52 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:	!	IBBS
! Abt. 1		○ Christian Herzog
○ Martin Mielke		○ Agata Mikolajewska
! Abt. 2		○ Michaela Niebank
○ Thomas Ziese		○ Bettina Rühle
! Abt. 3	!	MF 4
○ Osamah Hamouda		○ Martina Fischer
○ Tanja Jung-Sendzik	!	P 1
○ Janna Seifried		○ Ester-Maria Antão
! FG 14		○ Ines Lein
○ Melanie Brunke		○ Mirjam Jenny
! FG 17	!	P 4
○ Ralf Dürrwald		○ Dirk Brockmann
! FG 21	!	Presse
○ Patrick Schmich		○ Marieke Degen
○ Wolfgang Scheida		○ Ronja Wenchel
! FG 27	!	ZIG1
○ Julika Loss		○ Luisa Denkel
! FG 32		○ Eugenia Romo Ventura
○ Michaela Diercke	!	BMG
! FG 33		○ Christophe Bayer
○ ?	!	BZgA
! FG 34		○ Florentine Frentz
○ Viviane Bremer		
! FG 36		
○ Silke Buda		
○ Walter Haas		
○ Stefan Kröger		
! FG37		
○ Tim Eckmanns		
! FG 38		
○ Maria an der Heiden		
○ Ute Rexroth		
○ Meike Schöll		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend abnehmend <p><i>ToDo:</i> Die am Montag berichteten Zahlen zu Ausbrüchen in Kitas und Schulen sind noch nicht in den Lagebericht aufgenommen worden; Presseanfragen mehren sich; eine Darstellung soll in den heutigen Lagebericht aufgenommen werden.</p> <p><i>ToDo:</i> FG32 erstellt neue Grafik der hospitalisierten COVID-19 Fälle nach Altersgruppen (auf 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs) Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW11: 1,35 Mio), Zunahme um ca. 6% zur Vorwoche ▪ Positivenanteil ist auch gestiegen (KW11: 7,9 %) ▪ Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche ○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden ○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> ▪ kein signifikanter Probenrückstau ▪ massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI ○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Steigende Anzahl an beteiligten Laboren ▪ KW11: > 60.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, davon mit Hinweis auf VOC: 72,3% (B.1.1.7: 71,3 %, B.1.352: 1 %, P1 nur sporadisch nachweisbar) ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ <ul style="list-style-type: none"> ▪ 354 Einrichtungen beteiligt ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 428.063 Testungen erfasst, davon positiv: 854 (0,2 %), davon 717 (84%) in PCR gegangen, davon PCR-bestätigt: 377 (52,6%), insg. 0,1% Positivenrate, viele POCT nicht auswertbar (mehr als Positive!) 	<p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	--	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Raten im Vergleich zur Vorwoche gleich geblieben, aber bei 0-4- und bei 5-14-Jährigen gehen die ARE-Raten hoch, während die ab 60-jährigen weniger ARE gemeldet haben. ▪ Werte liegen nach wie vor deutlich unter denen der Vorsaisons (seit 36. KW). ○ ARE-Konsultationen bis KW11 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsultationsinzidenz steigt an. In KW11 ca. 615.000 ARE-Arztbesuche in DEU (Vorwoche: 516.000), unterhalb des Vorjahresniveaus, TH stark betroffen, aber in fast allen Regionen Anstiege zu sehen, BE/BB/SL/RP/HH/SH eher Ausnahme mit gleichbleibendem Niveau, in keiner Region wird ein Rückgang beobachtet. ○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder gestiegen. Weiterer Rückgang in Altersgruppe 80 +, aber Altersgruppen 0-4, 15-34, 35-59, 60-79 steigen z.T. stark an. Dabei sind Altersgruppen 15-34 und 35-59 wieder auf erhöhtem Niveau, alle anderen Altersgruppen noch unter dem Niveau der Vorjahre. ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in den Altersgruppen 60-79 und 35-59 wird möglicherweise ein ansteigender Trend beobachtet. ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen pendelt weiterhin um 50% ○ <u>Diskussion</u>: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger. ○ Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Probeneingang und SARS-CoV2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar. ○ Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des 	<p>Martina Fischer / MF4</p>
--	---	--------------------------------------

- Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild.
- Diskussion: Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei Hospitalisierungsraten vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass Hospitalisierungsberichte der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32 wird eine Darstellung nach Hospitalisierungsdatum aufbereiten.

COALA-Studie (Folien [hier](#))

- ! Im Rahmen der COALA-Studie werden bei Kita-Ausbrüchen Fälle und Kontaktpersonen in Kitas und den zugehörigen Familien an Tag 5 nach Bekanntwerden des Indexfalls untersucht und eine Selbstbeprobung in den Familien über 14 Tage ermöglicht.
- ! In einigen untersuchten Ausbrüchen wurde eine B.1.1.7 Mutation nachgewiesen.
- ! Es wird eine hohe Teilnahmebereitschaft der Familien konstatiert; dadurch entsteht eine große Stichprobe, auch wenn im Verlauf ggf. Mitglieder der Familie nicht als KP1 klassifiziert werden können.
- ! Mund-Nase-Abstriche, Speichelproben als auch Kapillarblutentnahmen haben sich bewährt und werden gut akzeptiert. Speichelproben funktionieren bei <1-jährigen Kindern nicht.
- ! Die Selbst-Testung läuft gut (Abstrichmaterial wird den Familien überlassen, dabei soll alle 4 Tage eine Selbstprobung erfolgen, die Probe soll innerhalb von 24 Stunden versandt werden), Rücklauf über 90%, bei den Speichelproben ist der Rücklauf etwas niedriger.
- ! Die Selbstbeprobungen machen die Viruslast sichtbar; die Viruslast ist bei Kindern nicht so lange nachweisbar wie bei Erwachsenen. ¼ der positiven Fälle wird erst im Rahmen der Selbstbeprobung identifiziert.
- ! Bisherige Ergebnisse legen geringere sekundäre Attackrates, wenn der Indexfall ein Kind ist, nahe als wenn der Indexfall zum Personal gehört. Die Variabilität zwischen verschiedenen Kitas ist hoch.
- ! Diskussion: Die Thematik der Selbstbeprobung und



	<p>Entnahmemethoden wurde bei den Seuchenreferent*innen diskutiert. Eine mögliche Änderung der Empfehlungen im Diagnostikpapier müsste differenziert betrachtet werden: die Schnaub-Nase-Abstrich-Technik etabliert sich zunehmend als Standard für Antigen-Tests, Speichelproben sind nur im Zusammenhang mit PCR-Tests sinnvoll.</p> <p>Modellierung: Modus-Covid-Projekt (Folien noch ausstehend)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Link: https://covid-sim.info/ ! Es handelt sich um ein agentenbasiertes Modell für Berlin, bei dem Individuen („Teilchen“) in synthetischer Population auf Basis eines Verkehrsmodells modelliert werden. Modell ähnelt von der Struktur her dem Modell von Michael Meyer-Hermann und Kollegen. ! Transmissionswahrscheinlichkeiten werden unterschieden; das Modell ist detailreich und modular strukturiert; es erlaubt regelmäßige Prognosen, z.B. zur Wirkung von Testangeboten. Weiterer Ausbau des Modells ist möglich. ! Modell erlaubt Aussagen über Nutzen von Schnelltests in verschiedenen Kontexten und bestätigt Ergebnisse anderer Studien und Modelle. Zentrale (konservative) Annahme ist, dass die Schnelltests 70% der tatsächlich ansteckenden Personen als positiv identifizieren und dass diejenigen, die der Schnelltests als positiv ausweist, sofort PCR-nachgetestet werden und in Absonderung gehen. ! Aus den Daten kann man u.a. die Zusammensetzung des R-Werts ablesen, v.a. ungeschützte Kontakte im eigenen Haushalt und gegenseitige private Besuche sind relevant. 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (diese Woche mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ DEA stellt ein gutes Beispiel für abteilungsübergreifende Zusammenarbeit dar. Die Webseite ist seit 08.11.2020 online und das RKI ist seit 01.01.2020 Herausgeber. ○ Einreise aus Risikogebieten erfordert neben der DEA auch Nachweis eines negativen Testergebnisses. Bisher mussten Gesundheitsämter dieses Testergebnis von den Reisenden separat (z.B. per Email) einfordern. Uploadmöglichkeit innerhalb der DEA ermöglicht Verknüpfung mit Einreiseanmeldung, dabei können über einen PIN-Code im Nachgang oder zeitgleich max. 2 Testergebnisse (als Bilddatei) hochgeladen werden. Die Gesundheitsämter können sehen, wer Upload 	<p>Schmich</p>

	<p>vorgenommen hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorteile: <ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitserleichterung für GÄ ○ Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig) ○ Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April. ○ Häufig wechselnde rechtliche Anforderungen können nur mit Zeitverzug in der DEA abgebildet werden. Aktuelle Regelungen zu Testnachweisen und Absonderung nach Einreise hängen von vorherigen Aufenthaltsorten (Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiete, Hochinzidenzgebiete) auf Grundlage der Musterquarantäne-Verordnung, der Corona-Einreise-Verordnung bzw. der Länderbestimmungen ab. ○ Bei der Pressestelle sind Beschwerden eingegangen, dass die im DEA Impressum genannte Telefonnummer der Zentrale nicht auskunftsfähig sei. Es wird gebeten, ggf. eine andere Telefonnummer zu hinterlegen. 	
4	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
5	Kommunikation Presse <ul style="list-style-type: none"> ○ Angesichts vieler in dieser Woche geplanten Online-Veröffentlichungen und der regulären Ausgabe ist die Arbeitsbelastung der EpiBull Redaktion sehr hoch. Es wird gebeten, bei kurzfristig gewünschten Veröffentlichungen eine anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen. 	Pressestelle
6	RKI-Strategie Fragen <ul style="list-style-type: none"> a) Allgemein b) RKI-intern Nicht besprochen	
7	Dokumente <ul style="list-style-type: none"> ○ Definition Reinfektion (hier) ist finalisiert. Diese kann sowohl als Infobrief an die Gesundheitsämter als auch auf der Webseite unter „Falldefinition“ veröffentlicht werden; letzteres ist angesichts des öffentlichen Interesses an der Thematik sinnvoll. Grundsätzlich sollte ein Hinweis zur Zielgruppe / zum Zweck des Dokuments (Erfassung im Meldewesen, nicht für klinische Betrachtungen gedacht) vorweg gestellt werden. ○ Im Infobrief bzgl. Genomsequenzierung wird das Kriterium für die Gesundheitsämter, dass es sich um einen Verdacht auf B.1.1.7 handelt, nach erfolgter Diskussion in FG32 und FG 36 herausgenommen; ein Verweis auf die integrierte molekulare Surveillance wird beibehalten. Der überarbeitete Entwurf soll, sobald finalisiert, der AG Diagnostik z.K. gesandt werden. 	FG 32
8	Update Impfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
9	Labordiagnostik	

