



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| ! Institutsleitung     | o ./.                                  |
| o Lothar H. Wieler     | ! FG36                                 |
| o Lars Schaade         | o Stefan Kröger                        |
| ! Abt. 1               | ! FG37                                 |
| o Martin Mielke        | o Muna Abu Sin                         |
| ! Abt. 2               | ! FG38                                 |
| o ./.                  | o Maria an der Heiden                  |
| ! Abt. 3               | ! IBBS                                 |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Christian Herzog                     |
| ! FG11                 | o Bettina Ruehe                        |
| o ./.                  | ! ZBS1                                 |
| ! FG12                 | o Janine Michel                        |
| o ./.                  | ! MF3                                  |
| ! FG14                 | o ./.                                  |
| o Mardjan Arvand       | ! MF4                                  |
| o Melanie Brunke       | o ./.                                  |
| ! FG17                 | ! P1                                   |
| o Djin-Ye Oh           | o Esther-Maria Antão                   |
| ! FG21                 | ! P4                                   |
| o Wolfgang Scheida     | o ./.                                  |
| ! FG25                 | ! Presse                               |
| o Christa Scheidt-Nave | o Ronja Wenchel                        |
| ! FG32                 | ! ZIG                                  |
| o Michaela Diercke     | o Johanna Hanefeld                     |
| ! FG33                 | ! ZIG1                                 |
| o N.N.                 | o Franziska Badenschier<br>(Protokoll) |
| ! FG34                 | ! BZgA                                 |
| o Viviane Bremer       | o Martin Dietrich                      |
| ! FG35                 |  |

*Vorbemerkung: Verkürzter Krisenstab und entsprechendes Protokoll wegen Brückentag.*



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>            Fallzahlen, Todesfälle, Trend            SurvNet übermittelt: 3.577.040 (+11.336), davon 85.848 (+190) Todesfälle            Weiter sinkende Zahl neuer Fälle; heute deutlich weniger als sonst freitags, z.T. Feiertagseffekt von gestern            7-Tage-Inzidenz: 97/100.000 Ew. Gesamtbevölkerung;            37/100.000 Ew 80+ Jahre.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 28.516.504 (34,4%), mit vollständiger Impfung 8.320.680 (10,0%)            Intensivregister: Zahlen leicht zurückgehend            DEMIS: Meldungen pro Tag über DEMIS und Anzahl COVID-19-Fälle nach Meldedatum            Blau: Meldungen über DEMIS            Orange: COVID-19-Fälle            Wenn normale und variantenspezifische PCR für 1 Person = doppelt oder gar dreifach gemeldet            Wochenend-Effekt deutlich: Labore melden weniger Spitzen dienstags und donnerstags            Feiertag-Effekt deutlich: an Ostern 4 Tage lang weniger Meldungen, Himmelfahrt gestern auch weniger Meldungen (25 Kreise haben gar nicht gemeldet); Effekt wird nicht ausgeglichen, d.h. keine zusätzlichen Testungen nach Feiertagen, somit nicht nachgemeldet            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            SL schert etwas aus            SH weiterhin einziges BL mit 7TI unter 50/100.000 Ew. &gt;50% der Kreise mit 7TI &lt;100/100.000 Ew.            Deutschlandkarte hellt sich auf            Anmerkungen:            BW, TH, Teile von HE noch relativ dunkel – Querdenken-Hochburgen: Korrelation weiterhin gegeben            L. Wieler: Verweis auf Analyse von BZgA zu Assoziation von Ablehnung von Maßnahmen und Fällen; Karte sieht ähnlich aus; Screenshot an nCoV-Lage gemailt            Dietrich: BZgA verwendet geobasierte Kommunikation, d.h. beauftragte Agenturen spielen unterschiedlichen Content aus</p> <p><i>TO DO: Im Lagebericht heute Disclaimer zu Feiertag einbauen und bis Anfang kommender Woche beibehalten; Woche darauf wegen Pfingstmontag erneut verwenden.</i></p> <p><i>TODD: BZgA, Herr Dietrich, ist gebeten, demnächst Analyse und entsprechend weiteres Vorgehen der BZgA im Krisenstab vorzustellen.</i></p>	FG32 (Diercke)
2	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i>	FG38 (Maria)

	<p><b>Neue Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV)</b></p> <p>Gestern (13.05.2021) in Kraft getreten  (Anm.: siehe BMG <a href="#">hier</a> )  RKI außer bei Begriffsdefinition nicht involviert  Neu:  bisherige Einreise-VO mit Schutz-VO und Musterquarantäne-VO zusammengeführt  §4 Absonderungspflicht nun auf Bundesebene, gilt bis 30.06.2021 – alle anderen bestehen so lange, bis Bundestag Epidemiologische Lage aufhebt  Beförderungsverbot integriert: Wenn auf Luftweg aus Virusvarianten-Risikogebiet in DEU einreisend, weiterhin Beschränkung von Beförderung bei Einreise Testnachweise  Wenn aus „normalem“ Risikogebiet einreisend: anmelden in DEA  aber wenn Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis oder neg. PCR: keine Quarantäne nötig  Wenn aus Hochinzidenz-Risikogebiet einreisend: Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis befreit sofort von Quarantäne  Ansonsten PCR-Test frühestens ab Tag 5 nach Einreise  Wenn aus Virusvarianten-Risikogebiet einreisend: Weiterhin 14 Tage Quarantäne für alle  Anmerkung Hanefeld:  bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass 3 Risikogebiete-Kategorien komplex sind  Kommentierung zu neuer Einreise-VO vor etwa 10d, als ursprüngliches Dokument; Vorschlag für max. Zwischritt nicht aufgenommen</p> <p><i>TO DO: Hanefeld schickt Mailverlauf an M. an der Heiden.</i></p>	<p>an der Heiden)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Ausbruch Saarbrücken-Osnabrück 2</b></p> <p>Besonderheit: 45 Personen in Pflegeheim betreut; 19 davon pos. getestet; davon 18 vollständig geimpft; davon wiederum 7 verstorben  Alle hatten mehrere Vorerkrankungen waren älter als 82 Jahre  Mail an nCoV-Lage 14.05.2021, 11:11 Uhr  Einschätzung:  bemerkenswerter Ausbruch  Diskussion, Fragen und Antworten bzw. offene Fragen:  Abstand nach Impfungen?  Virusvariante? B.1.1.7 ohne Auffälligkeiten  Impfstoff? BioNTech/Pfizer  Welche Batches für Erst- und Zweitimpfung? Selbst wenn Probleme nur mit 1 Batch, sind Zahlen hoch.  Korrekt gekühlt? – Laut Bericht: Keine Probleme mit Kühlkette oder Erschütterungen  Fälle unter Belegschaft? 7 von 55 Mitarbeiter:innen; nicht gesamtes Personal geimpft</p>	<p>FG8 (Maria an der Heiden)</p>



	<p>PEI hat bereits angefragt                  Ähnliche Ausbrüche in Pflegeheimen mit Geimpften bereits bekannt? Ja, aber nur leicht symptomatisch                  Serologische Untersuchungen? Bislang nicht; Schwierigkeiten, an Seren zu kommen.</p> <p><i>TODO: Informationen/ Bericht mit Leitung und Bremer abstimmen, dann an BMG weitergeben.</i></p> <p><i>TODO: Ausbruch genauer untersuchen.</i></p> <p><i>TODO: Austausch mit PEI.</i></p> <p><b>Entisolierungskriterien für geimpfte Positive</b></p> <p>Grundsatzfrage von BMG, einzelnen GÄ, Konsiliarlabor und anderen Laboren: Wie umgehen mit Geimpften, die einen positiven SARS-CoV-2-Nachweis erhalten? Wie Ungeimpfte behandeln?</p> <p>Datengrundlage <b>jüngst im EpidBull</b></p> <p>Ähnliche Schlussfolgerung wie CDC und ECDC: Geimpfte spielen keine wesentliche Rolle, können aber potenziell Virus weitertragen</p> <p>Corman und Drosten haben angekündigt, dass häufiger schwach positive Fälle auftreten werden</p> <p>Vorschlag Konsiliarlabor: angepasstes Vorgehen für verkürzte Isolierungsdauer: 2 Tage + anschließende PCR-Verlaufsuntersuchung nach z.B. 72h; je nach Ergebnis Entisolierung oder erneute Beurteilung</p> <p>Fragen:                  Anfangs Schwellenwert definieren für Verlaufsuntersuchung?                  Antwort: aufgrund 1 Untersuchung unklar, ob Person am Anfang oder Ende des infektiösen Zeitraums; deswegen sollen alle mind. 1 Verlaufsuntersuchung bekommen.                  Schwellenwert für Verlaufsuntersuchung, Entisolierung: neg oder weniger als <math>10^6</math> Viruslast oder CT30+ o.a.?                  Antwort: KL möchte voraussichtlich negatives Ergebnis fordern, Entscheidung nach Gespräch mit AGE</p> <p>Diskussion:                  Wenn Person, die vollständig geimpft ist, zum gegenwärtigen Zeitpunkt als neu infizierte Person entdeckt wird, dann ist das besonders wichtiger Fall; deswegen Interesse an Einzelfall-Analyse</p> <p>Kinetik: für relevante Kinetik ist 2. Untersuchung wichtig                  Wenn Viruslast ansteigt: vollständig isolieren wie bei Neuinfektion, weil primäres Impfversagen zugrunde liegen kann</p> <p>Wenn Viruslast absinkt und Person symptomlos: verkürzte Isolierung möglich.</p> <p>Schwellenwert bei Symptomlosen sollte weiter gültig sein.                  Großes Interesse an Antwort haben Kliniken: Personal durchgeimpft und weiter exponiert, sodass es positive Befunde geben kann und große Ausfälle befürchtet werden.                  Falsch-positive PCR</p>	<p>IBBS (B. Ruehe)</p>
--	---	------------------------

	<p>Einerseits: relativ häufig  Andererseits: Bei positivem Schnelltest wird 1 anschließender PCR verlangt, nicht 2 PCR; System vertrauen  Vergleich Entlassmanagement für medizinisches Personal: weiterhin 2 unabhängige PCR nötig, aber Rückmeldung, dass schwer umzusetzen, z.B. in Pflegeeinrichtungen wegen ungeklärter Kostenübernahme  Im Zweifel Einzelfallentscheidung der Klinik – Dilemma: Möglichst viel Sicherheit bieten, aber Praxis nicht außen vor lassen  Pro-Argumente, d.h. für (mind.) 5 Tage (insb. Mielke, Oh, Kröger)  72h ist hinreichend langer Zeitraum für Großteil der Betroffenen, um Symptome zu entwickeln oder Virusausscheidung zu verändern  Berücksichtigt Zeit zwischen Abstrich, Ergebnis und Kommunikation des Ergebnisses  Infektionsprävention höher gewichtet als mögl.  Personalausfall  Skizziert Rahmenbedingungen; Einzelfallentscheidung möglich  Falls falsch-positive PCR, dann 14 Tage Isolation auf 5 Tage verkürzt = zu vertreten; aber nicht auf 3 Tage  L. Schaade: Es gibt bereits 14, 10 und 5 Tage für Testen/ Entlassungen – nicht noch 3 Tage einführen – sonst Eindruck der Beliebigkeit erwecken  Contra-Argumente, d.h. gegen (mind) 5 Tage – für weniger als 5 Tage (insb. Herzog)  Keine Evidenz für 5 Tage  Entscheidung:  5 Tage  Und zum Entlassungstag soll PCR-Test vorliegen, der nicht älter als 72h ist und dessen Ergebnis negativ ist oder unter <math>10^6</math> oder CT über 30</p> <p><i>TODO: Ruhe möge bitte Textvorschlag erstellen.</i></p>	
4	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>CDC, USA: Zweifach Geimpfte können auf Maskentragen u.a. verzichten. Diskussion wird auch bei uns aufkommen. Bereits Gespräche im Haus?  L. Schaade:  nicht darüber diskutieren, solange noch keine 60% geimpft  Impfquote in USA viel höher  Anmerkungen  Bevölkerung wird Mühe haben, bis zum Erreichen einer angemessenen Impfquote Masken zu tragen; nicht möglich, sich von jedem Impfausweis zeigen zu lassen; insofern plausibel, Maskentragen an Impfquote festzumachen.  Die meisten Studien zu Impfstoff-Effektivität wurden durchgeführt, als alle Menschen Masken getragen haben.</p>	<p>Presse  (Wenchel)</p>



5	<p><b>Internationales</b></p> <p><b>UK wird wieder normales Risikogebiet</b></p> <p>UK wird von DEU wieder als „normales“ Risikogebiet eingestuft wegen Virusvariante B.1.617, aber nicht als Virusvarianten-Risikogebiet; ähnliche Situation wie Indien vor drei Wochen Hinweis insb. an Presse Presse: Übers Wochenende wie gehabt erreichbar, wird Lagezentrum vorwarnen Frage L. Wieler: Gibt es bereits passende PCR, um schneller zu sein als mit Sequenzanalyse? Entwicklungen bei Gesundheitsämtern? Antwort Kröger: Einer der Beweggründe für VOC-Ernennung: Mittel für PCR können an GÄ gehen, um besseres Bild zu bekommen; Im neuen SurvNet-Update Möglichkeit geschaffen, Virusvariante einzugeben ad hoc-Erhebung wie bei B.1.1.7 wäre möglich, aber Genomsequenzierungen geben sehr gutes Bild, nur leicht verzögert; nächste Woche zu klären, wenn neue Zahlen aus Genomsequenzierung vorliegen (für KW18+19); zuletzt in ca. 1,5% der Sequenzen die beiden Subvarianten (B.1.617.1 und B.1.617.2) detektiert, v.a. Fälle mit Reiseanamnese Diskussion: variantenspezifische Maßnahmen Noch keine Hinweise, dass Variante schlimmer als B.1.1.7 Jeder Fall muss isoliert werden GÄ gehen unsicher mit Laborergebnissen um, reagieren mitunter erst, wenn Variante bekannt ist; dabei sollten Maßnahmen sich nicht unterscheiden. UK führt spezielle Maßnahmen in Hotspots durch; DEU hat (noch) keine solchen Hotspot; ad hoc-Erhebung würde auch nicht helfen, diese zu finden.</p> <p><i>TODO: In EpiLag und AGE (erneut) informieren.</i> <i>TODO: Risikogebiete-Seite online aktualisieren.</i></p>	ZIG1 (Hanefeld)
6	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mo., 17.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:11 Uhr**