



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lothar Wieler	! FG38
! Abt. 1	o Ute Rexroth
o Martin Mielke	! IBBS
! Abt. 2	o Bettina Ruehe
o Thomas Ziese	o Michaela Niebank
! Abt. 3	! MF4
o Osamah Hamouda	o Martina Fischer
o Tanja Jung-Sendzik	! P1
o Nadine Litzba (Protokoll)	o Esther-Maria Antao
! FG14	! Presse
o Melanie Brunke	o Susanne Glasmacher
! FG17	o Marieke Degen
o Ralf Dürrwald	o Maud Hennequin
! FG25	o Christa Scheidt-Nave
o Christa Scheidt-Nave	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	! ZIG1
! FG33	o Eugenia Romo Ventura
o Thomas Harder	! BZgA
! FG34	o Heide Ebrahimzadeh-Wetter
o Viviane Bremer	! BMG
! FG36	o Christophe Bayer
o Walter Haas	
o Silke Buda	
o Stefan Kröger	
o Kirstin Tolksdorf	





	<p>Antigennachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AG-Nachweise unvollständig übermittelt. Im Meldesystem wurde bei 7% der PCR-bestätigten Fälle ein zuvor durchgeführter AG-Nachweis mit übermittelt. Anteil relativ stabil seit MW 11.</li> <li>○ An das RKI übermittelt Antigennachweise mit (blau) und ohne (orange) PCR-Bestätigung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 70% der übermittelten AG-Nachweise werden per PCR bestätigt. Seit MW 10-19 zeigen sich ähnliche Werte, keine größeren Veränderungen. Bedeutet, dass ca. 1000 Fälle pro Woche nicht bestätigt werden.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heatmap: Effekte der Impfung gut zu sehen. Daten zur Durchimpfungsrate AG der 60+ auf DIM</li> <li>▪ ggf. auch Herdenimmunität unter 60%? Britische Studie: Schutz von Personen in Altenheim und KH bei hoher Durchimpfung. Vorsichtig kommunizieren, da möglicherweise Effekt auf schwere Fälle, aber auf Ausbreitungsdynamik ggf. nicht so einen hohen Einfluss.</li> </ul> </li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur mittwochs)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie erwartet durch den Feiertag und Brückentag in der letzten KW weniger Testungen. Positivenanteil weiter gesunken (8,3%). Seit einigen Wochen geht die Anzahl der Testungen, die positiv Getesteten und auch der Positivenanteil zurück. Die Anzahl der übermittelnden Labore bleibt konstant, Testkapazitäten gleichbleibend, Rückstau vernachlässigbar.</li> <li>○ Besorgniserregende Varianten: über 90% Varianten, wobei B1.1.7 vorherrschend, andere Varianten insgesamt unter 1%</li> <li>○ POCT in Einrichtungen: Anzahl durchgeführte Tests in Einrichtungen geht deutlich zurück, auch im Verlauf der letzten Wochen. Anzahl der meldenden Einrichtungen geht jedoch auch zurück. Aussagekraft daher eingeschränkt, aber an der Befragung insgesamt nur ein kleiner Teil der in Frage kommenden Einrichtungen beteiligt. Anteil der Teilnehmenden der stationären Pflege hat stark abgenommen, ebenso wie die Anzahl der Tests. Unklar wieso (Impfungen?), wird erfragt.</li> <li>○ Interessant, dass unter den AG-Tests an GÄ ca. 75%, bei den Einrichtungen nur 54,8% per PCR als positiv bestätigt werden.</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B1.617 wird in Zukunft ebenfalls aufgenommen.</li> <li>▪ In Genomsequenzierung sieht man Rückgang von B1.1.7 um 4% für aktuelle KW, Plateau erreicht, sinkt ggf. unter Einfluss der anderen Varianten und sinkender Fallzahlen</li> <li>▪ B.1.617 als Familie ca. 2%, 1,6% davon Subvariante 2</li> <li>▪ Insgesamt ca. 300 Fälle seit KW 9 für diese Variante, relativ geringe FZ</li> <li>▪ Compliance der Testungen in Altenheimen, Rückgang der Zahlen deckt sich mit anekdotischen Infos. Möglicherweise könnten Poolteste, ähnlich den Lolli-</li> </ul> </li> </ul>	<p>AL1</p> <p>AL3</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>AL1</p>
--	---	---



	<p>restlichen Altersgruppen gleich geblieben oder gesunken ist. Aber sie liegt insgesamt auf sehr niedrigem Niveau, so dass das auch durch wenige Fälle ausgelöst sein kann. Sollte weiter beobachtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE-Konsultationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Altersgruppen ist Konsultations-Inzidenz gesunken. Bundesweit nur noch 280.000 Arztbesuche, während es in der Vorwoche 466.000 waren. Erklärt auch weniger Testungen.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, SARI-Fälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei AG 0-4 und 5-14 stabile Zahlen</li> <li>▪ Bei über 15-jährigen in allen AG deutliche Abnahme, bei den 80+ war bei Hospitalisierten keine 3. Welle zu sehen.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, COVID-SARI-Fallzahlen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang der hospitalisierten COVID-Fälle in allen Altersgruppen, v.a. bei AG 60-79, aber auch bei AG 35-59. Bei AG 35-59 aber immer noch auf Niveau der 2. Welle</li> <li>▪ Bei Intensivpflichtigen ebenfalls Rückgang in AG 35-59, 60-79 und 80+, auch hier das Niveau der AG 35-59 noch auf dem der 2. Welle.</li> <li>▪ Medianes Alter bei allen hospitalisierten Fällen und Fällen mit Intensivbehandlung bei 61 Jahren</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, Anteil COVID an SARI-Fällen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil COVID an allen SARI Fällen ebenfalls zurückgegangen, für alle Hospitalisierten bei 55%</li> <li>▪ Bei denen in Intensivbehandlung bei 76%, weiterhin sehr hoch.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wer wird weniger getestet? Gemischter Effekt – normalerweise verschiebt es sich zu Fällen mit schweren Symptomen (in offenen Praxen und Notaufnahmen), aber Abnahme scheint real, daher Beurteilung erschwert. Aber keine Anzeichen, dass Abnahme der Fallzahlen nur Folge von verminderter Testhäufigkeit ist.</li> </ul> </li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starker Rückgang, auch in allen Behandlungsgruppen, besonders bei „leichten“ Behandlungsgruppen, aber inzwischen auch bei ECMO und invasiver Beatmung.</li> <li>○ In allen BL ist der Rückgang sichtbar. In einigen BL ist der Rückgang langsamer, so zeigen Bremen und SH stagnierendes Niveau. Diese BL haben aber kleine Belegungen.</li> <li>○ Ein besonders starker Rückgang ist in BB und TH zu sehen. Und auch BW zeigt inzwischen Rückgang</li> <li>○ Altersstruktur und Entwicklung der Altersgruppen: von 88% der gemeldeten COVID-Pat. liegen Altersangaben vor <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 40-49jährige übersteigen inzwischen die 80+</li> <li>▪ Altersgruppenentwicklung der letzten 2 Wochen: Rückgang in allen Altersgruppen, außer bei 18-</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki

	<p>29jährigen und 40-49jährigen. Bei den Kindern war die Belegung stabil, stieg aber in den letzten 4 Tagen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Belastung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belegung von nicht COVID-Pat. und COVID-Pat. dargestellt. Die Gesamtbelegung war zum Peak der 3. Welle ähnlich wie im Peak der 2. Welle, aber die Anzahl der schweren Fälle war sehr hoch.</li> <li>▪ Der Personalmangel ist noch vorhanden, noch ist keine Kehrtwendung sichtbar.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viel mehr ECMO-behandelte Fälle, daher freie Kapazitäten niedriger. Wird klarer wenn Beatmungsformen einzeln dargestellt werden. Mehr schwere Fälle und daher weniger betreibbare Betten.</li> <li>▪ Die 50.000 € für Vorhaltung der Kapazitäten sind auch in die Kosten für Umstrukturierung (technische Geräte, Personal etc.) gegangen.</li> </ul> </li> </ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 81 Einsendungen in dieser Woche. Dies ist die seit Beginn des Jahres niedrigste Anzahl, erstmalig unter 100 Proben pro Woche.</li> <li>○ Es ist insgesamt ein deutlicher Rückgang sichtbar, wahrscheinlich da aktive Betreuung, Kontaktierung der Praxen ausgesetzt wurde.</li> <li>○ Eingesendet wurden Proben aus 31 Arztpraxen aus 11 AGI-Regionen</li> <li>○ Verteilung auf Altersgruppen: Seit der Öffnungen im März mehr Proben von Kindern</li> <li>○ Rhinoviren zeigen weiteren Rückgang, SARS-CoV-2-Nachweise zuletzt fast unverändert (4,94 %) und nur ein Nachweis von Parainfluenzaviren, ebenfalls rückläufig. Kein Nachweis von Influenza.</li> <li>○ Altersverteilung Rhinoviren AG 0-4 und 16-34</li> <li>○ Endemische Coronaviren: NL63 zeigt weiter einen starken Anstieg, OC63 einen Rückgang, insgesamt ein ungewöhnlich hoher Anteil an saisonalen Coronaviren.</li> <li>○ Altersverteilung endemische Coronaviren: AG 5-15 und 0-4 am stärksten betroffen, aber auch Infektionen bei AG16-60</li> <li>○ Diskussion:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Warum Anstieg bei NL63? Geringere Basisimmunität bei NL63 könnte eine Rolle spielen, durch den langen Zeitraum, in dem durch Maßnahmen Infektionen unterdrückt wurden. Dies wird auch für Influenza befürchtet. Aber auch Rückgang der Einsendungen, ggf. Verzerrung, wenn einzelne Praxen stärker betroffen. Bei NL63 bisher kein Rückgang aufgrund saisonaler Faktoren zu sehen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Haas), FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>AL3</p>
--	---	---





	<p>! Dokumente zu IMS überprüfen und ggf. anpassen (S. Kröger).</p> <p>! Empfehlungen/Indikationen zur Testung sollen erstellt bzw. angepasst werden (Hr. Mielke).</p>	
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Kommunikation</b></li> <li>○ <b>BZgA</b></li> <li>○ nicht berichtet</li> <li>○ <b>Presse</b></li> <li>○ nicht berichtet</li> <li>○ <b>Gespräch Saale-Orla-Kreis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thürigen hat das RKI in gebeten mit dem Landrat und dem Amtsarzt des Saale-Orla-Kreises in Kontakt zu treten. U. Rexroth und M. Jenny haben das Gespräch geführt.</li> <li>○ Die Landesebene hatte den Eindruck, dass der Landrat nicht hinter den Maßnahmen steht. Dies hat sich im Gespräch anders dargestellt.</li> <li>○ Der Kreis hat seit längerer Zeit eine 7TI über 500, hat ca. 80.000 EW, sehr ländlich, die größte Stadt hat 10.000 EW.</li> <li>○ Landrat ist seit 10 Jahren im Amt und auch der Amtsarzt ist gut etabliert. Aber die Bevölkerung hat keine Risikoperzeption, ist der Maßnahmen müde und zeigt Ablehnung der Maßnahmen (Testen, Kontaktreduktion etc.)</li> <li>○ Beispiel: 90% der Eltern schicken ihre Kinder in die Notbetreuung und die Mehrheit lehnen die Testung ab.</li> <li>○ Die Untererfassung ist sehr hoch, z.T. eine Positivenquote von 80%. Anteil der Todesfälle trotzdem bei 2,4%, wahrscheinlich Untererfassung.</li> <li>○ Kreiskrankenhäuser haben keine COVID-Stationen, daher auch keine betroffenen Pfleger/Ärzte. Auch öffentliche bekannte Todesfälle (Bürgermeister, ohne Vorerkrankungen) ändern Risikowahrnehmung nicht.</li> <li>○ Die Maßnahmen werden durchgesetzt, sehr viele Bußgeldbescheide. Heftige Reaktionen der Bevölkerung.</li> <li>○ Zuletzt Rückgang der Zahlen, wird durch das Wetter erklärt.</li> <li>○ Es soll versucht werden Leute aus der Community als Multiplikatoren zu gewinnen, ist aber schwer, da es eben solche Multiplikatoren gibt, die sich stark gegen die Maßnahmen einsetzen. Auch lokale Ärzte beteiligt.</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation der Situation vor Ort wäre wichtig. Gespräch wird zusammengefasst und</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>

	<p>Bericht gegenüber dem Seuchenreferenten von TH. Nicht öffentlich. Es wäre gut, wenn es jemand vor Ort aufarbeiten würde und wenn es Bemühungen der Aufarbeitung gibt, sollte das RKI das unterstützen. Prüfung, ob wir objektive Parameter erfassen, die hilfreich sein können. Ansonsten wäre eine Analyse mit sozialwissenschaftlichen Methoden möglich.</p> <p><b>Bericht aus dem Gesundheitsausschuss</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfen: Ab 7.6. soll Priorisierung aufgehoben werden, Betriebsärzte sollen dann auch impfen. Jeder Betriebsarzt soll 800 Dosen Impfstoff pro Woche bestellen können.</li> <li>○ Schwangere: Hr. Spahn hat sich hinter die STIKO-Empfehlung gestellt, Impfung in Einvernehmen mit dem Arzt/der Ärztin</li> <li>○ Impf-App: Verhandlungen innerhalb der EU über die zu übermittelnden Infos, bei Änderung muss immer auch Impf-App geändert werden</li> <li>○ BM Spahn zu Verkürzung des Impfabstands: Fehlende Zweitimpfung vor Reisen ggf. auch negativ, dann besser kürzerer Abstand.</li> <li>○ Frage, ob es Daten nach Zweitimpfung zu Sinusvenenthrombosen gibt</li> <li>○ Heterologer Impfschutz: Hinweis, dass das Thema bei anderen Impfungen nicht so diskutiert wird.</li> <li>○ Impfung von Kindern: Auch wenn STIKO die Impfung für Kinder nicht empfohlen wird, BM Spahn plant trotzdem ein Impfprogramm</li> <li>○ Frage zur Auffrischung nach 6 Monaten: Juli/Aug sollen genug Impfstoffe zur Verfügung stehen</li> <li>○ Haltung von Hr. Spahn zu Risikogebiet UK: im Zweifelsfall vorsichtiger wegen Variante, Reiseverkehr sollte nicht vereinfacht werden</li> <li>○ Frage nach personeller Ausstattung des RKI bei weiteren digitalen Projekten</li> <li>○ Blut: Richtlinienkompetenz soll der Bundeärztekammer genommen werden. Das Gesetz wurde jedoch noch verändert, wird nochmal überarbeitet, kommt nicht mehr ans RKI.</li> <li>○ Strategiepapier Schrappe: Es wird eine Klarstellung von Fachleuten erwartet, BM Spahn rechnet mit Stellungnahme des RKI. Es wird eine sachliche Darstellung geben an der Hr. Wieler beteiligt ist. In den FAQs des DIVI Intensivregisters sind viele Informationen vorhanden.</li> </ul>	Präs
--	--	------



<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> Sport im Freien bei Kindern und Jugendlichen Anfrage von Fr. Wessel aus dem BMG, Erleichterung des Sports für Kinder mit Testungen? Thema wird von Fr. Loss bearbeitet  <i>ToDo: Thema soll in Absprache mit Fr. Loss außerhalb des Krisenstabs bearbeitet werden.</i>	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b>  nicht besprochen	Alle
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>  nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> s.o. PCR-Untersuchung zur B1.617 ist etabliert, kann im Sentinel durchgeführt werden <b>ZBS1</b> Nicht berichtet	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  SORMAS Korrekturen: Von gestern auf heute wurden ca. 500 Fälle die doppelt gezählt worden waren, korrigiert. Die Doppelung hatte sich durch einen Fehler in der SORMAS-Software ergeben. Es zeigten sich keine gravierenden Änderungen, aber bei einigen kleineren GÄ gab es von gestern auf heute eine Abnahme der Fallzahlen.	AL3
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38

	<p>Ausbruchsscreening wird eingestellt</p> <p>20.05. Intra Action Review mit IGV-Flughafengruppe, Extraktion von Lessons Learnt</p> <p>FFP2-Maskenpflicht im ÖPNV wird entfallen, Verordnungen werden entkoppelt von der epidemische Lage von nationaler Tragweite, die ggf. im Sommer enden könnte. Derzeit sind alle entsprechenden Verordnungen an die epidemische Lage geknüpft.</p>	(Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>nicht berichtet</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:00 Uhr**