



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 28.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| ! Institutsleitung     | ○ Walter Haas           |
| ○ Lothar H. Wieler     | ○ Silke Buda            |
| ! Abt. 1               | ○ Kristin Tolksdorf     |
| ○ Martin Mielke        | ! FG37                  |
| ! Abt. 3               | ○ Muna Abu Sin          |
| ○ Janna Seifried       | ! FG38                  |
| ○ Nadine Litzba        | ○ Ute Rexroth           |
| ! FG12                 | ! MF4                   |
| ○ Annette Mankertz     | ○ Martina Fischer       |
| ! FG14                 | ! ZBS7                  |
| ○ Mardjan Arvand       | ○ Michaela Niebank      |
| ○ Melanie Brunke       | ! P1                    |
| ! FG17                 | ○ John Gubernath        |
| ○ Djin-Ye Oh           | ! P4                    |
| ○ Ralf Dürrwald        | ○ Susi Gottwald         |
| ! FG21                 | ! Presse                |
| ○ Wolfgang Scheida     | ○ Marieke Degen         |
| ! FG25                 | ○ Ronja Wenchel         |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ! ZIG                   |
| ! FG32                 | ○ Eugenia Romo Ventura  |
| ○ Michaela Diercke     |                         |
| ○ Claudia Sievers      | ! BZgA                  |
| ! <b>FG33</b>          | ○ Christoph Peter       |
| ○ Thomas Harder        |                         |
| ○                      |                         |
| ! FG34                 | Protokoll:              |
| ○ Viviane Bremer       | Maren Imhoff, ZfKD/FG38 |
| ! FG36                 |                         |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, (Folien <a href="#">hier</a>)            SurvNet übermittelt: 3.761.169 (+2.768) Fälle, davon 91.586 (+21) Todesfälle            Zunahme hat sich verlangsamt (s. Wochenvergleich)            7-Tage-R-Wert = 1,07            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Aufspaltung alte/neue BL: Anstieg in neuen BL auf niedrigem Niveau; BL mit höchsten Inzidenzen: HH, BE, HB, SL            Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz:            Anteil Kreise mit niedriger Inzidenz sinkt; ca. 10 %            &gt; 25/100.000; 2 Kreise (LK Lüneburg, SK Solingen)            &gt; 50/100.000            Trend-Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz:            Inzidenzanstieg gegenüber Vorwoche teilweise um Faktor 5 und höher (LK Mecklenburgische Seenplatte: Faktor 21,0; LK Miltenberg: Faktor 8,3); Kreise mit bedeutendem Inzidenzanstieg über gesamtes Bundesgebiet verteilt; Küste mit deutlichem relativem Anstieg, absolute Fallzahlen gering            Wochenvergleich der 7-Tage-Inzidenz:            Zunahme um 21 % (aktuelle Woche: 15/100.000, Vorwoche: 12,4/100.000); Anstieg hat sich verlangsamt            Todesfälle während der letzten 14 Tage nach Landkreis:            Todesfälle weiter auf niedrigem Niveau, ca. 150/Woche            7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap):            deutliche Zunahme in Altersgruppen 15-30 J., höchste 7TI in AG 20-24 (45/100.000) und AG 15-19 (40/100.000).; in 2021 deutlich kürzere Phase mit niedriger Inzidenz als 2020 (in KW 30/2020 in allen AG 7TI &lt; 10)            7-Tage-Inzidenz hospitalisierter COVID-19-Fälle nach LK:            7TI insgesamt sehr niedrig; kleine absolute Fallzahländerungen bewirken Inzidenzsprünge            Verlauf 7-Tage-Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle, Juni-Juli 2021:            7TI in allen Altersgruppen &lt; 1/100.000            Expositionsländer importierter Fälle:            in den letzten 14 Tagen zunehmend Fälle mit Exposition im Ausland; Anteil an Fällen mit Angaben zum Expositionsort: 20 % (Anteil gesamt: 10 %); Länder mit den meisten Nennungen: ES (n=762), TR (220), GR (155), HR (153)</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)            Anzahl Testungen -2 % im Vergleich zur Vorwoche  <b>Positivenanteil angestiegen:</b></p>	AL3 (Hamouda)



	<p>Testkapazität unverändert  Vergleich mit Vorjahr: in 2020 lag der Positivenanteil über einen Zeitraum von 13 Wochen &lt; 1 %, in 2021 lag er für einen wesentlich kürzeren Zeitraum von <b>2 (??) Wochen</b> &lt; 1 %  Anteil VOC: 95 %, Delta &gt; 90 %</p> <p><b>Diskussion</b>  Anstieg der Gamma-Variante in Nachbarregionen zu Luxemburg: kann auf umschriebene Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit dem Nationalfeiertag zurückgeführt werden, Delta scheint sich hier wieder durchzusetzen (Information aus EpiLag)  Auswirkungen der Flutkatastrophe: schwer einzuschätzen entscheidend für Übertragungen ist nicht der Aufenthaltsort, sondern das Verhalten</p> <p><b>ARS-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)  seit KW26 Verdopplung der Positivenanteile (KW29: 1,5 %) in den letzten Wochen deutlicher Rückgang bei Testungen in Testzentren/GÄ (Kategorie „Andere“)  Personen in der AG &gt; 80 J. werden überwiegend in KH getestet, sie sind die am häufigsten getestete AG und die AG mit dem niedrigsten Positivenanteil  Anstieg des Positivenanteils in AG 15-34 J. (KW29: knapp 10/100.000)  Anteil Delta seit KW26 &gt; 50 %, in KW29 knapp 90 %  Ausbrüche in Alten-/Pflegeheimen und KH: leichte Zunahme im Vergleich zur Vorwoche (med. Einrichtungen: 8; Pflegeeinrichtungen: 3)</p> <p><b>Diskussion</b>  Ist der Impfstatus der Betroffenen bei Ausbrüchen in Pflegeheimen bekannt? - kann nachgereicht werden; aktuell ist nichts über vermehrte Impfdurchbrüche in Heimen bekannt</p> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. COVID-19-Intensivpflichtige <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 28.07.21: 363 COVID19-Patient*innen auf ITS</li> <li>2. weiterhin niedriges Belegungsniveau, aber es zeichnet sich eine Trendwende ab</li> <li>3. leichte Beatmungsfälle anteilig zunehmend</li> </ol> </li> <li>2. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: überwiegend &lt; 3 %, auffälliger Anstieg in HH</li> <li>3. Altersstruktur: Verschiebung in jüngere AG, Zunahme der absoluten Zahlen in AG 30-39 J. und AG 18-29 J.; anteilig AG 60-69 J. (ca. 32 %) und AG 50-59 J. (ca. 22 %) am stärksten betroffen</li> </ol>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<p>4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle (SPoCK): es wird eine (geringe) Zunahme des Belegungsniveaus prognostiziert, v. a. in Kleeblatt Nord und Kleeblatt Süd-West</p> <p><b>Diskussion</b> Ist etwas darüber bekannt, ob leichter erkrankte Personen jetzt früher auf ITS behandelt werden? – Anstieg der ITS-Fälle bei jüngeren Personen häufig darauf zurückzuführen, dass sie die Normalstation „überspringen“ und sofort auf ITS behandelt werden.</p> <p><b>Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) GrippeWeb: ARE-Rate in KW29 stabil i. Vgl. zur Vorwoche (Vorwoche: ca. 3.500/100.000; aktuelle Woche: ca. 3.200/100.000), Anstieg der vergangenen Wochen hat sich nicht weiter fortgesetzt ARE-Konsultationen: Anstieg hat sich nicht fortgesetzt, in KW29 ca. 780 Konsultationen/100.000; in AG 5-14 J. im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (ca. KW25/26) deutlich mehr Konsultationen (2020: ca. 1.000/100.000; 2021: ca. 1.500/100.000) ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Zahlen mit Ausnahme der AG 0-4 J. auf niedrigem Niveau; verantwortliche(r) Erreger in AG 0-4 J. unklar SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 bis KW 29: Anteil COVID-19 an SARI in stat. Behandlung steigt an (8 %); Anteil COVID19 an SARI-ITS-Fällen in KW 29 bei 20 % Ausbrüche in Kitas: seit Mitte Juni &lt; 15 Ausbrüche/Woche Ausbrüche in Schulen: viele nachträgliche Übermittlungen; aktuell wenige Ausbrüche; zunehmend betroffene Altersgruppe: 11-14 J.</p> <p><b>Diskussion</b> regionale Verteilung der SARI-Fälle bekannt? kann über PLZ des Wohnortes ermittelt werden, bei der Interpretation zu beachten: insgesamt sehr kleine absolute Zahlen</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) Ferienzeit macht sich bemerkbar: 97 Einsendungen in KW 29 (33 weniger als in der Vorwoche, Rückgang einsendender Arztpraxen um -19) 77 % positive Virusnachweise (-3 %), kein SARS-CoV-2, keine Influenzaviren; mehrere Mehrfachinfektionen nachgewiesen, verteilt über unterschiedliche Altersgruppen PIV in KW29: PIV macht erstmals höchsten Anteil der Nachweise aus (knapp 50 %); ausschließlich PIV3 fehlende Basisimmunität Altersverteilung KW29: in AG 16-34 J. bei &gt; 60 % der Einsendungen HRV nachgewiesen, bei &lt; 10 % PIV</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>saisonale Coronaviren: „größter Zug ist durch“, OC43 und NL63 jeweils &lt;5 %</p> <p><b>Diskussion</b>                  Von einigen Beteiligten wird das Bedürfnis geäußert, die am RKI vorhandenen Daten und das Lagebild transparenter und zielgerichteter an politische Entscheidungsträger und andere Externe (u. a. Journalisten, Landesbehörden) zu kommunizieren, beispielsweise in Form einer Webinar-Reihe.                  Hintergrund: Beklagt wird u. a. die häufige Fokussierung in politischen Diskussionen und medialer Berichterstattung auf nur einen Indikator zur Bewertung der Lage.                  Einwände: Die für eine Webinar-Reihe erforderlichen Kapazitäten sind nicht vorhanden (Organisation, Einladung, Moderation usw.). Erfahrungsgemäß werden solche Angebote/Hilfestellungen ausgenutzt und ziehen negative Folgen nach sich („Wenn der kleine Finger gereicht wird, wird der Arm ausgekugelt.“). Das RKI erklärt und ordnet ein, muss sich aber auch damit abfinden, dass nicht alle erreicht/überzeugt werden können.                  Der Vorschlag ausgewählte Journalisten in die Krisenstabssitzung einzuladen wird mit Hinweis auf den Schutz der Mitarbeiter und auf die journalistischen Interessen (häufig nicht: sachliche Information) abgelehnt.</p>	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht besprochen)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht besprochen)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Der leichte Fallzahlenanstieg wird in der aktuellen Version (Stand: 16.07.2021) noch nicht reflektiert („<i>Nach einem Anstieg der Fälle im 1. Quartal 2021 und deutlich rückläufigen 7-Tage-Inzidenzen und Fallzahlen im Bundesgebiet seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.</i>“).</p> <p>Dokument mit angepasster Formulierung („...<i>steigen die Fallzahlen langsam wieder.</i>“) liegt <a href="#">hier</a>.</p>	FG38 (Rexroth)
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt zur Corona-Schutzimpfung ist in verschiedenen Sprachen erschienen:  <a href="https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/materialienmedi en/informationen-in-anderen-sprachen.html">https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/materialienmedi en/informationen-in-anderen-sprachen.html</a> &gt;&gt; Merkblätter &gt;&gt;                  Die Corona-Schutzimpfung – sicher und wirksam! (barrierefreies</p>	BZgA (Peter)



	<p>PDF)</p> <p><b>Presse, P1</b></p> <p>Anfragen zu Risikogebieten: RKI verweist auf AA, AA verweist auf RKI, das stiftet Verwirrung – kann das RKI offensiver kommunizieren, dass es nicht über die Ausweisung von Risikogebieten entscheidet? demnächst Tweet mit Visualisierung von Impfquoten nach Altersgruppen</p> <p><b>Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21</b></p> <p>viele Anfragen zu Änderungen in § 4 (Änderungsverordnung <a href="#">hier</a>), danach erfolgt durch das RKI eine Feststellung und Bekanntmachung der „hinreichenden Wirksamkeit“ von Impfstoffen gegen Virusvarianten; diese Feststellung ist maßgeblich für die Einreisebestimmungen für vollständig geimpfte Einreisende aus Virusvariantengebieten</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Verantwortlichkeit: Feststellung der Wirksamkeit ist nicht Aufgabe des RKI; Verlagerung der Verantwortung auf das RKI ist nicht tragbar; Frage der Wirksamkeit berührt unmittelbar AM-Recht, pharmazeutischer Hersteller muss Wirksamkeit belegen, ist Voraussetzung für die Zulassung; dies muss dem BMG unter Einbindung des Rechtsreferats vermittelt und die Verordnung geändert werden</p> <p>Fachliche Beurteilung: Feststellung der variantenspezifischen Wirksamkeit auf Basis von Studiendaten ist schwierig bis unmöglich (Schwellenwert „hinreichender“ Wirksamkeit? relevante Endpunkte?)</p> <p>Bekanntmachung auf der Internetseite unter <a href="http://www.rki.de/covid-19-risikogebiete">www.rki.de/covid-19-risikogebiete</a>, dass RKI keine Feststellung im Sinne der Verordnung getroffen hat; genaue Sprachregelung wird noch diskutiert (?)</p> <p><i>TODO: Bericht an BMG (FF: FG33, Einbindung Rechtsreferat); Sprachregelung für Internetseite und Anfragen (FF: Presse?)</i></p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>
<p>6</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Diskussion zu Dokument der AGI UAG „Strategiewechsel“ (nicht alle Beteiligten sind mit dem Dokument vertraut): E-Mail von BMG/Korr mit Arbeitsauftrag an AGI, ein Dokument zum „Strategiewechsel“ (d. h. weg von der Inzidenz als alleinigem Indikator für Maßnahmen) abzustimmen; RKI-ControlCOVID-Papier wird in der E-Mail als gute Grundlage genannt, deshalb wird kein direkter Arbeitsauftrag an das RKI gesehen, das Strategiewechsel-Dokument zu koordinieren oder abzustimmen; RKI beteiligt sich durch fachliche Beratung (Leitindikatoren: 7Tage-Inzidenz/100.000, 7Tage-Hospitalisierungsinzidenz, Anteil COVID-19-ITS-Fälle an</p>	<p>AL3 (Hamouda)/ alle</p>



	<p>Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Bettenkapazität, s. ControlCOVID-Papier); aktueller Entwurf des Strategiewechsel-Dokuments liegt dem RKI nicht vor; Auftrag des BMG und Einwände des RKI werden schriftlich fixiert; ursprüngliches Papier wird dem Erlassbericht beigefügt; Berichtsfrist endet am 30.07.; Schlusszeichnung im Haus bis 29.07., 18:30 Uhr; heute (28.07.) 17:00 Uhr erneute Diskussionsrunde in AGI UAG</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht besprochen)</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG17/ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht besprochen)</p>	ZBS7
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b> (keine)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b> (keine) Nächste Sitzung: Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	





**Ende: 13:05 Uhr**