



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

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG38
! Institutsleitung	o Ute Rexroth
o Lothar H. Wieler	o Ulrike Grote
! Abt. 1	! MF1
o Martin Mielke	o Stephan Fuchs
! Abt. 2	! P1
o Thomas Ziese	o Ines Lein
! Abt. 3	! Presse
o Osamah Hamouda	o Ronja Wenchel
o Janna Seifried	! ZBS1
o Nadine Litzba	o Marica Grossegesse
! FG12	! ZBS7
o Annette Mankertz	o Christian Herzog
! FG14	! ZIG1
o Melanie Brunke	o Eugenia Romo Ventura
! FG17	o Angela Fehr
o Djin-Ye Oh	! ZIG4
! FG21	o Heinz Ellerbrok
o Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG32	o Martin Dietrich
o Michaela Diercke	Protokoll:
! FG33	Nadine Litzba, Abt. 3
o Ole Wichmann	
! FG34	
o Viviane Bremer	
! FG36	
o Walter Haas	
! FG37	
o Sebastian Haller	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle:                      Knapp 196 Mio Fälle, Anstieg 2,6%, im Vgl. zu Anstieg von 8% in letzter Woche geringeres Wachstum; Todesfälle &gt; 4 Mio, CFR 2,14%, ebenfalls geringer als letzte Woche                      Anstieg in 6 Ländern, in 5 Ländern gehen Fallzahlen zurück, UK (-37%) im Vgl. zur Vorwoche                      7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit                      Höchste 7TI in Amerika, insbes. Mittelamerika, Zentralasien, Südeuropa und südliches Afrika                      WHO AFRO meldete Ende Juni eine 3. Welle für afrik. Kontinent, seit Anfang der Woche geht Anzahl der Fälle zurück, Fälle v.a. in Südafrika, Namibia, Botswana, Simbabwe; Gründe für Anstieg waren Ermüdung der Bevölkerung bzgl. NPI, Delta in 21 afrik. Ländern nachgewiesen, beste Daten aus Namibia und Südafrika, Delta dominierende Variante in Namibia, Beta inzwischen Anteil von 5%, Südafrika ebenfalls großer Anteil Delta, Beta 22%.                      Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep:                      Ältere Daten als Folie 1, höchste 7TI in Amerika und Europa, höchsten Anstieg Todesfälle in Nord- und Südamerika und Südostasien</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.766.765 (+2.454) Fälle, davon 91.637 (+30) Todesfälle                      Kontinuierlicher Anstieg der 7TI, Anzahl der Hospitalisierten ganz leichter Anstieg zur Vorwoche                      DIVI Intensivregister niedriges Niveau, leichter Rückgang, Anzahl der Impfungen nimmt weiter zu, &gt;50% mit vollst. Impfung</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Durchschnitt 7TI bei 17, Verdreifachung, Anstieg in allen BL, mehr oder weniger stark, v.a. nördliche BL betroffen, HH und Berlin höchste 7TI, SH war sonst immer niedrig, nun auch hohe 7TI</li> <li>○ Nachfrage zu Anstieg der 7TI und Hochwasser in RP und NW: RM aus RP, dass kein Anstieg der 7TI in Zusammenhang mit Hochwassergebieten sichtbar</li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz:                      LK Ahrweiler relativ hohe 7TI, laut LK haben die aufgetretenen Fälle aber keinen Bezug zu Hochwassergebieten, höchste 7TI (&gt;50/100.000 EW) in Wolfsburg, Lüneburg und Berchtesgadener Land</li> <li>○ Verbreitung VOC in Deutschland, 29. KW:                      Delta dominierende Variante, beachten: Legende der Abb. zu versch. Dominaten unterschiedlich</li> </ul>	<p>ZIG1 (Romo Ventura)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sterbefallzahlen Deutschland: Niveau der Vorjahre, weiterhin niedrige Sterbefallzahlen</li> </ul> <p><b>Diskussion</b> Gibt es Bezug zwischen den Zahlen der Verstorbenen und den Verstorbenen auf ITS? Kein direkter Bezug möglich da ggf. nicht zeitgleich gemeldet, ITS-Zahlen von DIVI Könnten wir einen Ausbruch in den Katastrophengebieten erkennen? GA fragt die Fälle nach dem möglichen Infektionsort, dabei würden ggf. andere LK aufgeführt. Aber Erfassung nicht systematisch, wird in EpiLag erwähnt und Herdkennung vergeben.</p> <p><b>Modellierungen (nur freitags)</b> 1. Nicht besprochen</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Projektantrag zur ad hoc Unterstützung von Namibia bis 31.12. gewährt, 790.000 € Projektantrag zur Unterstützung des Africa CDC: Aufstockungsantrag für laufendes Projekt, Staff Exchange zur Unterstützung der Response, 10.08.2021 – 12.2022</p>	<p>ZIG (Ellerbrok)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Version 2.6 seit Mittwoch verfügbar: CWA kann nun lokale 7TI für bis zu 5 Kreise anzeigen Man kann überprüfen, ob Zertifikat für ausgewähltes Land zum Zeitpunkt der Reise gültig ist CWA kann Teststellen anzeigen, die an CWA angebunden sind, zudem Editionsfunction verfügbar</li> <li>○ Evaluation der CWA: Der 2. Teil der wissenschaftlichen Evaluation ist fertiggestellt. Kernergebnis: 80% der Nutzer waren von der Warnung der CWA überrascht, Hinweis auf Nutzen, Bericht der Evaluation ist fertiggestellt kann geteilt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG21 teilt den Bericht zur Evaluation mit Krisenstabsverteiler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CovPass App: 80 Mio Impfzertifikate ausgestellt, Apotheken werden nun langsam wieder angebunden</li> <li>○ DEA: 10 Mio Anmeldungen</li> </ul> <p><b>Vorstellung des Projekt mit der Firma Netcheck</b></p> <p>2. Aktuelle Schätzungen der effektiven Reproduktionszahl von SARS-CoV-2 anhand von Massenkontaktdaten seitens der Firma Netcheck 3. Kooperation mit Firma Netcheck, Firma sammelt Bewegungsprofile, GPS-basiert, bilden Kontaktnetzwerke ab, Kontakte innerhalb von 8qm für mind. 2 min, genauer als es CWA über Bluetoothprotokoll kann. 4. Daraus wird Kontaktindex ermittelt und Frühwarnsystem entwickelt, bildet auch Freundschaftsparadox ab. 5. Kontaktindex stimmt gut mit dem Verlauf des R-Werts von</p>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>



	<p>vor 17 Tagen überein</p> <p>6. Kontaktindex musste für stärkere Übertragung der Delta-Variante angepasst werden, zusätzlich Effekt der Impfung eingebaut und Teststrategie, UV-Index hatte nicht viel Einfluss, derzeit hat Kontaktindex noch rohe Fassung, Anpassung noch nicht abgeschlossen</p> <p>7. Aber Frühwarnsystem hat am letzten WE angeschlagen, sehr hoher Kontaktindex: Vermutet wurde zunächst Effekt von CSD, aber größerer Einfluss durch Fußballspiele am WE (z.B. in Kaiserlautern) und schlechtes Wetter. Unklar, ob sich das auch nun im R-Wert in den nächsten Tagen niederschlagen wird. Seit Dienstag fällt der Kontaktindex wieder.</p> <p>8. Firma Netcheck arbeitet auch eng mit Hr. Brockmann zusammen.</p> <p>9. Datenerhebung durch verschiedene Handyapps als Opt-in-Option (u.a. Autonavigations-App). Zustimmung der Weitergabe von zeitlichen und räumlichen Daten. Daten von 1,4 Mio Deutschen werden derzeit genutzt, vermutlich eher junges bis mittleres Alter (20-50-Jährige). Aber MF1 nicht bekannt welche Apps dies sind – daher weiteres derzeit schwer zu bewerten: Fußballspiele scheinen sehr gut abgebildet zu werden, ggf. haben mehr Fussballfans die App.</p> <p>10. Opt-in-Verfahren grds. nicht repräsentativ</p> <p>11. Datenschutz: Daten dürfen nicht in voller Auflösung geteilt werden, aber räumliche Darstellung z.B. in Form von Landkarten möglich (welches Fußballstadium).</p> <p>12. MF1 nimmt Kontakt mit Max von Kleist auf zur Kalibrierung mit Sequenzdaten/Inzidenzschätzer</p> <p>13. Hintergrund-Paper von Netcheck:  <a href="https://www.pnas.org/content/118/31/e2026731118/tab-article-info">https://www.pnas.org/content/118/31/e2026731118/tab-article-info</a></p> <p>14. Kontakt zu Abt.3 auch von Netcheck gewünscht. Auch CWA an Kontakt interessiert</p> <p><i>ToDo: Abt.3 prüft wer aus Abt.3 für das Projekt mit Netcheck zur Verfügung stehen wird.</i></p>	
--	---	--



<p>4</p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Die Risikobewertung soll an die aktuelle Lage angepasst werden. Einschätzung des Risikos unverändert. Änderungen (siehe auch <a href="#">hier</a>):</p> <p>15. „Insgesamt nimmt die Anzahl der Fälle weltweit ab“ wird gestrichen</p> <p>16. „...seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.“ zu „...zwischen Ende April und Anfang/Mitte Juli in allen Altersgruppen steigen nun die Fallzahlen wieder an.“ geändert</p> <p>17. Hinweis auf Reisen bei Häufungen aufgenommen</p> <p>18. Hinweis zu Impfstoffverfügbarkeit und Impfpriorisierung gestrichen, ergänzt: „Da genügend Impfstoff zur Verfügung steht, konnte die Impfpriorisierung aufgehoben werden...“.</p> <p>19. Bei VOC wird Hinweis auf Länder gestrichen. In anderen RKI-Texten meistens 2 Namen: WHO-Benennung und Pangolin-Bezeichnung, daher auch hier beides.</p> <p>20. Text zu schweren Verläufen bei Delta ergänzt: „Internationale Studien weisen darauf hin, dass die inzwischen in Deutschland dominierende VOC B.1.617.2 (Delta) zu schwereren Krankheitsverläufen mit mehr Hospitalisierungen und häufiger zum Tod führen kann.“</p> <p>21. Der letzte Satz zur Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems wurde angepasst: „Da die verfügbaren Impfstoffe einen guten Schutz vor der Entwicklung einer COVID-19-Erkrankung (insbesondere vor schweren Erkrankungen) bieten, ist davon auszugehen, dass mit steigenden Impfquoten auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einhergeht.“</p> <p>22. Einige redaktionelle Änderungen</p>	
<p>5</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>„Hello Again“-TV-Spot läuft</p> <p>Heute wird Schulpaket versendet– digitales Informationspaket für Schulen, da in ersten BL Schulanfang</p> <p>Semesterstart: für Unis soll ähnliches digitales Info-Paket vorbereitet werden</p> <p>Diskussionen zu nächsten Studien: Aspekt Migration: Informationsbedarfe und Informationskanäle sollen in nächsten Studien berücksichtigt werden</p> <p>Bitte, dass AHA+L-Maßnahmen weiterhin beworben werden, in TV-Spots werden Massenveranstaltungen ohne Maske gezeigt. Eine kommunikative Linie wäre wichtig! Fachlich eindeutig, auch CDC betont, alle AHA-Maßnahmen auch für Geimpfte.</p> <p>BZgA hält AHA + L für weiterhin wichtig, Aber Widerspruch in Erzählsträngen: Impfansporn sollte nicht gedämpft werden. Daher Entscheidung der BZgA beide Stränge zu teilen. Im Anschluss soll wieder AHA + L beworben werden (weitere Diskussion unter allgemeinen RKI-Strategie Fragen)</p> <p><b>Presse, P1</b></p> <p>Personen werden immer mit Maske dargestellt, es sei denn sie</p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>FG36</p> <p>Presse (Wenchel)/P</p>





	<p>Protection propagiert. Dies zeigt, dass das Gesamtkonzept nicht verstanden wurde, nämlich, dass alle Schienen benötigt werden (mit versch. Priorisierungen je nach Belastung des Systems)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Höhere tolerable Grenzwerte nur auf den ersten (intuitiven) Blick korrekt: Indikator Inzidenz ist abgeschwächt und die gleichen Werte stellen ein höheres Transmissionsgeschehen dar: Erhöhung der Inzidenzschwellenwerte führt zu hohem Infektionsdruck auf nicht geimpfte, empfängliche Bevölkerung, insbesondere der Kinder unter 12 J. und Ältere. Unklar wie hoch der tolerable Infektionsdruck ist.</li> <li>○ Schwierigkeit von einer bevölkerungsweiten Inzidenz auf Maßnahmen in Schulen etc. zu schließen. Gibt es Möglichkeit mit Inzidenzen in Altersgruppen zu arbeiten (unter 12, 12-60, über 60)? Es wurde in Gruppe auch über altersdiff. Abstufungen gesprochen, aber Papier soll in Verordnung auf Landesebene übersetzt werden, dies macht es schwierig.</li> <li>○ In Papier nun 3 Indikatoren: Übertragung, Schwere und Belastung. Im RKI Sinn, dass Hospitalisierung und Intensivbettenbelegung auch betrachtet werden. Vorschlag, dass 2 Werte erhöht sein müssen, um nächste Stufe auszulösen. Allerdings Belastung als Indikator ggf. schwierig für einige LK mit Maximalversorgungs-KH.</li> <li>○ Heatmap und Dynamik des Geschehens sind wichtige ebenfalls zu bedenkende Parameter; sollten differenziert dargestellt werden.</li> <li>○ Auch Influenza muss bedacht werden: Bei normaler Influenzasaison leicht Überlastung mit zusätzlichen COVID-Fällen.</li> <li>○ Frage, ob Schwellenwerte in ControlCOVID-Papier angepasst werden müssen?</li> <li>○ RM aus Politik: Anpassung erwartet, wenn Inzidenzwerte gleichbleiben, wird die Akzeptanz nicht da sein.</li> <li>○ Vielleicht an Grenzwerten festhalten, aber Änderung der Maßnahmen bei den Grenzwerten? Z.B. Schließen des Einzelhandels nicht schon bei Stufe 2. Aber in jedem Fall Vermeiden von Massenveranstaltungen.</li> <li>○ Eine Anpassung der Schwellenwerte und Maßnahmen des ControlCOVID-Papiers sollte vorbereitet werden. Eine Veröffentlichung sollte ggf. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.</li> <li>○ Fortsetzung der Diskussion dazu in der nächsten Woche.</li> </ul> <p>! Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Satz zur Feststellung der hinreichenden Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Virusvarianten weiterhin in Einreiseverordnung.</li> <li>○ Es gibt viele Anfragen dazu, unklar wie wir damit umgehen.</li> </ul>	<p>FG38/Presse</p>
--	--	--------------------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachfrage an BMG-Erlasspostfach und Antwort von Hr. Sangs, dass es bei der Ausweisung durch das RKI bleibt</li> <li>○ Es handelt sich jedoch nicht um eine Aufgabe des RKI, soll in Erlassbericht formaler formuliert werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG33 und AL3 bereiten bis Anfang nächster Woche einen Erlassbericht vor.</i></p> <p>! Antikörperstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befürchtung, dass in Herbst durch zeitlich begrenzten Impfschutz von Hochbetagten erneut viele Erkrankungen</li> <li>○ Studie zu AK-Prävalenz in HCW v.a. in Alten- und Pflegeheimen? Auch um Problembewusstsein zu befördern</li> <li>○ AK kein gutes Schutzkorrelat, aber ggf. bei gut angelegten Studien gut zu diskutieren.</li> <li>○ STIKO befasst sich mit dem Thema, betrachtet auch internationale Studien (siehe auch Update Impfen).</li> </ul>	<p>AL1/FG33</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht besprochen)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>STIKO diskutiert derzeit über die Impfempfehlung für Kinder:          Moderna wird auch für 12-17-Jährige mit Risiko empfohlen          Überlegungen, ob die Empfehlung auch auf gesunde Kinder ausgedehnt wird, Treffen dazu nächste Woche, Impfziel muss neu definiert werden: bisher Ziel Verhinderung von schweren Fällen/Todesfällen und Überlastung des Gesundheitssystems.          Wenn auch Verhinderung von leichten Fällen, psycholog. Folgen etc. als Ziel aufgenommen werden, würde das die Bewertung ändern</p> <p>Modellierung: durch Impfung der Jugendlichen keinen Einfluss auf Verlauf der 4. Welle, stattdessen ist Impfung der 18-65jährigen jetzt wichtig</p> <p>Empfehlungen zu Booster stellen sich als komplex dar (versch. Grundimmunisierungen, Immundefiziente, Ältere etc.), wird auch in WHO/SAGE Arbeitsgruppe COVID-19 Vaccination diskutiert, bisher nur bei Sinovac/Sinopharm empfohlen, v.a. von Politik und Pfizer gefordert, bisher nicht ausreichend Daten vorhanden, Israel bildet Ausnahme mit Booster-Empfehlung, ggf. durch sehr enges Impfschema</p> <p>Nächste Woche Veröffentlichung der monatlichen Erhebungen der Impfakzeptanz: Erstmals Diskrepanz zw. Erhebungsinstrument und DIM, ggf. durch Impfungen in Betrieben, hier viel nicht berichtet und im DIM-System eher Untererfassung, d.h. bei 18-60jährigen möglicherweise Untererfassung der Zahl der Geimpften.</p> <p><u>Weitere Diskussionspunkte zu Boosterimpfungen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Israelische Boosterempfehlung für über 60-jährige vor dem Herbst basiert auf neuen Studiendaten. Diese zeigen in der Altersgruppe &gt; 60 einen Abfall des Schutzes vor schwerer Erkrankung von 97 auf 81%.</u></li> <li>2. <u>Diese Daten sollte man sehr ernst nehmen, sie passen zur</u></li> </ol>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>FG17</p>



	<p><b>Immunseneszenz (=abgeschwächte Immunfunktion mit zunehmendem Lebensalter)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Die israelische Impfkampagne war eine der ersten und effektivsten Impfkampagnen der Welt, es kamen ausschließlich mRNA Impfstoffe zum Einsatz. Das zuvor erwähnte enge Impfschema (Dosierungsintervall 3 Wochen) fand auch bei vielen Pflegeheimbewohnern in Deutschland Anwendung, v.a. zu Jahresbeginn</li> <li>4. In Deutschland sind Menschen &gt;60 häufig mit Astra Zeneca geimpft, einem Impfstoff, dessen Effektivität per se bereits unter der Effektivität von mRNA-Impfstoffen liegt.</li> <li>5. Es besteht deswegen Anlass zur Sorge, dass ein substantieller Teil von Menschen &gt;60 auch in Deutschland unzureichend vor schwerer Erkrankung geschützt sein wird.</li> </ol> <p>In Kürze sollen Ergebnisse einer Modellierung veröffentlicht werden, um zu verdeutlichen was man bisher erreicht hat: Verhinderung von bis zu 40.000 Todesfällen Im Paper soll auch die Wirkung der NPI erwähnt werden, da die Maßnahmen zusammen zur Verhinderung von Todesfällen geführt haben.</p> <p><i>ToDo: Ole Wichmann gibt diese Info an die Gruppe der Autoren weiter</i></p>	<p>FG36/FG38</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG17/ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht besprochen)</p> <p><i>ToDo: Thema für nächste Sitzung: Bewertung der derzeitigen Empfehlung einer 10-tägigen Isolation bei Daten zur verlängerten Virusausscheidung von Delta bis zu 13 Tagen</i></p>	<p>ZBS7 FG36 (Haas)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG14</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG32</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG38</p>
<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG38</p>



<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> VC mit Holtherm und Karagiannidis zu Quotient Hospitalisierung/ITS-Belegung (TN: Wieler, MF4, FG33, FG36)	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> (keine) Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:15 Uhr**