



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 10.11.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung | |
| ○ Lars Schaade | |
| ○ Esther-Maria Antão | |
| ○ | ! FG37 |
| ! Abt. 1 | ○ Muna Abu Sin |
| ○ Martin Mielke | ! FG38 |
| ! Abt. 2 | ○ Ute Rexroth |
| ! Abt. 3 | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Osamah Hamouda | ○ Inessa Markus(Protokoll) |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ulrike Grote |
| ○ Janna Seifried | ○ Claudia Syffczyk |
| ! FG11 | ! ZBS7 |
| ! FG12 | ○ Michaela Niebank |
| ! FG14 | ! ZBS1 |
| ○ Melanie Brunke | ! MF3 |
| ! FG17 | ! MF4 |
| ○ | ! P1 |
| ○ Ralf Dürrwald | ○ Christina Leuker |
| ○ Djin-Ye Oh | ! P4 |
| ! FG21 | ○ Susanne Gottwald |
| ○ Wolfgang Scheida | ! Presse |
| ! FG25 | ○ Susanne Glasmacher |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ○ Marieke Degen |
| ! FG32 | ○ Ronja Wenchel |
| ! FG33 | |
| ○ Thomas Harder | ! ZIG |
| ! FG34 | ○ Johanna Hanefeld |
| ○ Viviane Bremer | ! ZIG1 |
| ! FG35 | ! BZgA |
| ! FG36 | ! BMG |
| ○ Silke Buda | |
| ○ Stefan Kröger | |
| ○ Kristin Tolksdorf | |

- Martina Fischer
- Jasmin Benser

- Janina Ensin



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.884.054 (+39.676), davon 96.963 (+236) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 232/100.000 Einw. Hospitalisierungsinzidenz: 4.6/100 000, bei > 60 J 10.5 /100 000; damit wurde der allgemeine Grenzwert von 5 als Gesamtwert überschritten; zeigt die Belastung an Verlauf der 7-T-Inzidenz: Am höchsten in SN mit >500; gefolgt von TH, BY und BW; insgesamt deutlicher Anstieg; Knick in der Kurve am Ende durch Meldeverzug; Nord- West/Süd-Ostgefälle R Wert deutlich über 1 Geografische Verteilung 7-T-Inzidenz nach LK: Das erste Mal ein LK (LK Rottal-Inn) über 1000/ 100 000; Insgesamt hohe Inzidenzen (>500) im Süd-Osten (BY, SN, TH und Teile BW); Inzidenz nimmt über die letzten Wochen kontinuierlich zu; Top 15 über 700/100 000 Inzidenz der Fälle nach AG und KW (heatmap) Fast in allen AG Inzidenz über 100; AG 10-14J über 400; ältere AG 85J/90J über 130 und 200, deutlich höher als in dritten Welle 7-T-Inzidenz nach LK und AG: LK mit hohen Inzidenzen nehmen in jüngeren und mittelalten AG zu; in der Gruppe > 50J nehmen LK mit Inzidenz > 500 zu; in Rottal-Inn liegt die Inzidenz bei 50-59 J > 1000/100 000; AG > 80J zahlreiche LK über 500 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz nach BL: TH, SN, BY, ST, BW deutlich erhöht, Bundesweit bei 4,6; einige BL liegen deutlich darüber TH, BY und SA weisen die höchsten Hosp-Inzidenzen auf, 15% der LK liegen über 10/100 000 Todesfälle (Karte): Kleine Zahlen, starke Schwankungen, Hohe Zahlen in den LK mit hoher Hospitalisierungszahl und Inzidenzen Beispiel (Dashboard): Rottal-Inn Inzidenz deutlich höher im Vergleich zur 2 und 3 Welle, dies gilt auch für Traunstein, Dingolfingen, Deggendorf (Inzidenz bei Älteren sehr hoch) Großstädte mit >500 000 Einwohner: alle Großstädte weisen eine Inzidenz > 100/100 000, ausgenommen Bremen bei 85/100 000</p> <p>Frage: Ist eigentlich bekannt, warum TH eine vielfach erhöhte Hospitalisierungsinzidenz hat?</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>Inzidenz seit 3 Wochen im Vgl. am höchsten, SN geringfügig darunter. Hospitalisierungsinzidenz ist anfällig für Ungenauigkeiten Thüringen hat auch hohes Durchschnittsalter und geringe Impfquoten Sachsen hat nur 33% Datenvollständigkeit bei Hospitalisierung, Thüringen 66%</p> <p><i>ToDo: FG 32 Weiterführende Klärung am Freitag</i></p> <p>Testkapazität und Testungen: hier (<i>nur mittwochs</i>) Anzahl der Testungen nicht wesentlich verändert, Positivanteil deutlich gestiegen von 12 auf 16%, höchster Wert seit Beginn der Erfassung Auslastung der Kapazitäten: aktuell ca. 50% der PCR-Testkapazität genutzt, unterschiedliche Verteilung in den BL In TH Kapazitäten nahezu ausgelastet, andere BL zwischen 50-60% Auslastung Positivanteile in TH, SA fast 30%; BB Anstieg steil nach oben, insgesamt steigend Übersicht Teststrategie in Kitas nach BL: Geimpfte nur sporadisch in einzelnen Bereichen getestet, PCR-Pooltest in NRW und BY in Grundschulen, weitere BL AG-Test 2-3 pro Woche</p> <p>ARS-Daten (hier) Daten aus Monats- und Wochenbericht Bei gleichbleibender Testung Anstieg des Positivanteils Vgl. BL über versch. Wellen: Einige BL verzeichnen einen höheren Positivanteil in der aktuellen Welle im Vgl. zu vorhergehenden Wellen, KW 34-44 2020 und 2021 auch deutlicher Anstieg des Positivanteil <i>Testgruppe und Testort</i> nach Arztpraxen, KH und Andere: Hohe Positivanteile in Arztpraxen, KH im Vgl. deutlich niedriger; Andere (Testzentren) deutliche Zunahme Nach AG: 5-14 J steiler Anstieg in den letzten Wochen in Arztpraxen Anzahl der Testung pro AG und Ort: Jüngere eher in Arztpraxen, Ältere in KH; Testung nach AG: 80 J am meisten getestet, gefolgt von AG 5-14 J bzw. 15-34 J; Positivanteile: 5-14 J am höchsten Ausbrüche (KW44) Altenpflegeheime (APH) und med. Einrichtungen: Med. Einrichtungen: 119 Ausbrüche (118 in KW43); (unten/grün) APH 161 Ausbrüche (135 Ausbrüche in der Vorwoche)</p> <p>Frage: Gibt es eine Verzögerung in der Bearbeitung der Proben in TH auf Grund der starken Auslastung?</p> <p>Turnaround time in TH liegt bei einem Tag.</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<p>Syndromische Surveillance (hier) (<i>nur mittwochs</i>) Grippeweb: Anstieg ARE setzt sich fort, ganz normales Niveau und vergleichbar mit Vorjahren; AHA-Regeln scheinen diese Saison keinen Einfluss zu haben ARE-Konsultationsinzidenz: leicht gesunken, Herbstferien SARI-Fälle: Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre trotz deutlichem Rückgang weiter sehr hoch (65% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), so viele SARI-Fälle in dieser AG wie sonst nur auf dem Höhepunkt der Grippewelle; AG > 35 Jahre erhöht, ähnlich Werte aus Vorjahr in KW 44, aber höher als in den Jahren von der COVID-19-Pandemie; Nachmeldungen möglich Anteil COVID-19 an SARI bei 33% (KW 43: 31%); Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung bei 64% (KW 43: 51%) Kita: 267 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in SN (n=41), BW (n=37); Durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, Median: 3 Fälle; (22 Ausbrüche mit >=10 Fällen/Ausbruch); Erwachsene bilden einen großen Anteil in den Ausbrüchen Schulen: 919 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in BW (n=210), BY (n=136) Durchschnitt: 5 Fälle, Median: 3 Fälle; 62 Ausbrüche mit >=10 Fällen</p> <p>Frage zu Kita-Ausbrüchen: Bei positiven Betreuungspersonal werden Kinder seltener nachgetestet, daher kann es sein, dass der Anteil der Betreuenden in den Ausbrüchen in Kitas im Vgl. zu Schulen niedriger erscheint. Maßnahmen den BL unbekannt, jedoch sind es vor allem junge Erwachsenen, die sich gegenseitig infizieren. Kinder spielen eine Rolle, aber am ehesten nicht die Tragende.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (hier) (<i>nur mittwochs</i>) In KW44: 71% Positivenrate (186 Einsendungen) 54 Arztpraxen aus 14 BL; größter Anteil bei 0-4 J Keinen Nachweis von Influenza, mehr Nachweise SARS-CoV-2 Endemische Coronaviren: Trend setzt sich fort Sonstige Atemwegsviren: Rhinovirus rückgängig, RSV dominieren (34% Posrate), 49% der Nachweise bei 0-4 J</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (hier) (<i>nur mittwochs</i>) Starker Anstieg in der Belegung, besonders ITS Neuaufnahmen von COVID-19: +1465 Pat in letzten 7 Tagen (30% mehr im Vgl zu Vorwoche) Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Alle BL über 3%, mehrere über 12%, Trend zunehmend Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad Anteil der Invasivbeatmung (dunkelgrün) sehr hoch, Anteile vgl mit Vorwellen Anteil der Verstorbenen: 50-80 Pat pro Tag; Trend steigend Altersverteilung COVID-19 Pat auf ITS: über 60J über 60%,</p>	<p>Fr. Fischer</p>
--	---	--------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Verschiebung in die älteren Gruppen Personal/Raummangel: Freie Betten nehmen ab, Personalmangel auf dem Peak der zweiten über der dritten Welle, extrem stark 67% der Meldebereiche melden eine eingeschränkte Kapazität Prognose für 20 T: Anstieg der ITS Belegung bundesweit</p> <p>VOC/VOI in Deutschland (hier): Keine Veränderung, B.1.617.2 (Delta) weiterhin dominierend VOI B.1.621 (My)/ C.37 (Lambda) keine Nachweise in der letzten Woche Anteil der Stichprobe (gleichbleibende Anzahl der Sequenzierungen) sinkt auf 1,2%; Grund: steigende Fallzahlen VOI: AY.4.2 (Delta plus): Keine Zunahme AY33: Anteil stabil; keine Zunahme AY.4.2: Insgesamt 620 Nachweise, Vgl. Unterschiede Altersmedian, Hospitalisierung, Anteil Verstorbene, Impfdurchbrüche nicht signifikant; breite geographische Verteilung</p>	FG36
2	<p>Internationales (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p>	Abt. 3

<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Keinen Beitrag</p> <p>Presse</p> <p>Seit dieser Woche gibt es wieder wöchentliche BPK Sprechzettel in Vorbereitung</p> <p>P1</p> <p>Flyer 2G/3G Überarbeitung s. <i>Diskussion RKI Strategie</i> Tweet am WE: Kontaktreduzierende Maßnahmen hervorheben</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p>6</p>	<p>Bereits im Stufenplan/ Control COVID (S. 9) beschrieben: „Bei zunehmendem Infektionsdruck (Stufe 2) sollten sich auch Geimpfte und Genesene bei planbaren Kontakten zu Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf außerhalb des eigenen Haushalts einem aktuellen Test unterziehen und nur mit negativem Testergebnis treffen (betrifft auch private Veranstaltungen wie Geburtstagsfeiern, Spieleabende usw.).“</p> <p>Dabei wird bei 3 G eine Testung mit NAT (bsp PCR) empfohlen.</p> <p>Unterschiedliche Bezeichnungen und Konzepte 2 G, 2G plus (2 G mit AG Nachweis) und 3G NAT (Test mit PCR für Hochrisikosetting) müssen erklärt werden. Es sollte eine weitere Verwirrung der Bevölkerung bzgl. versch. Konzepte vermieden werden.</p> <p>Eine weitere konkrete Darstellung und Hervorhebung relevanter Szenarien zur Veranschaulichung für die Bevölkerung und Verweis auf bestehende Dokumente (Control COVID Papier) wäre wünschenswert. Es wurde diskutiert, ob eine Beschränkung auf Hochrisikosettings oder eine allgemeine Empfehlung zur Testung v.a. von Geimpften erfolgen sollte. Eine zusätzliche Testung (v.a. PCR) bindet Ressourcen und ist nur bei Kontrolle dieser nützlich. In Hochrisikosettings werden die Testkonzepte (Alle geimpft, gebooster, mehrfach in der Woche getestet, Kontaktbeschränkungen) nicht konsequent umgesetzt. Dabei sollte vor allem in Bildung und Beruf seriell getestet werden und anlassbezogen bei Geimpften und Risikokonstellationen (s. Modellierungen EpiBull-Artikel)</p> <p>Empfehlungen in den einzelnen Papieren (z.B: Altenpflege-Dokument, Testverordnung, TestVO der Länder) sind nicht immer konsistent bzgl. ihrer Empfehlungen. Auch auf Bundesebene sind Testpflichten</p>	<p>Abt. 3 / Alle</p>



	<p>für Geimpfte nicht unbedingt legal (Schutz AusnahmeVO): Geimpfte sind mit Getesteten gleichgestellt. Generell sollte ein zusätzlicher Nutzen von der Testung ausgehen.</p> <p>Insgesamt sollte bei der aktuellen Situation und Entwicklung offensiver kommuniziert werden, dass die Bevölkerung die Anzahl der Kontaktpersonen reduziert werden (social bubble) und Massenveranstaltungen eingeschränkt werden und das Verhalten an Karnival/Weihnachten/ Besuchen im Altersheim angepasst werden sollte. Es herrscht eine Unsicherheit in der Bevölkerung (hohe Fallzahlen, wenig Aktion von der Politik), der Appell sollte praktisch und klar sein und von der Bevölkerung umsetzbar sein.</p> <p>AHA+L, Kontaktbeschränkungen, Testungen in Hochrisiko/vulnerable Settings als Message für die BPK und Twitter, zusätzlicher Hinweis im Lagebericht</p> <p>ToDo:</p> <p><i>FG36, FG37 und Abt1 einheitliche (minimal-invasive) Anpassung des Stufenplans zu NAT</i></p> <p><i>Presse: Kommunikation über die Flyer (Weihnachtstreffen in der social bubble mit Testgedanken/ 2G und 2Gplus bei Treffen mit Personen mit hohem Risiko)</i></p> <p><i>Flyer sollten in mehrere Sprachen übersetzt werden</i></p> <p>! Diskussion zu Gesetzentwurf auf Freitag verschoben</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	
<p>7</p>	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>8</p>	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)</p> <p>STIKO (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>

9	Labordiagnostik FG17 S. Lage national ZBS1 (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <i>(ausnahmesweise auch mittwoch)</i> CWA: nur auf ärztlichen Rat hinweisen oder auch auf Antivirale? CWA wird hauptsächlich für die Benachrichtigung von KP genutzt. Aktuell verfügbare Therapieoptionen (Monoklonale AK, weitere Medikamente kommen) in Frühphase der Erkrankung indiziert, wenn bsp. Eine KP positiv getestet Idee: bei KP mit Symptomen/pos. Test empfehlen sich mit dem HA in Verbindung zu setzen um mögliche frühzeitige Therapieoptionen zu besprechen. RKI gibt keine Therapieempfehlungen. Es sollte der Kontakt zu Fachgesellschaften (Bestehender Arbeitskreis mit Einbezug von Allgemeinmediziner und Internisten) aufgenommen werden und ein Statement für die CWA und Testpapier abgestimmt werden <i>ToDo: Fr. Niebank kümmert sich um die Koordination und Abstimmung</i>	ZBS7
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
12	Surveillance nicht berichtet	FG 32
13	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Wichtige Termine	Alle



	keine	
16	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 12.11.2021, 11:00	

Ende: 13:07 Uhr