



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 12.01.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Viviane Bremer |
| o Lothar H. Wieler | ! FG36 |
| o Lars Schaade | o Silke Buda |
| o Esther-Maria Antão | o Stefan Kröger |
| ! Abt. 1 | o Kristin Tolksdorf |
| o Martin Mielke | o Udo Buchholz |
| ! Abt. 2 | ! FG37 |
| o Michael Bosnjak | o Tim Eckmanns |
| ! Abt. 3 | ! FG38 |
| o Osamah Hamouda | o Ute Rexroth |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Petra v. Berenberg
(Protokoll) |
| o Janna Seifried | ! MF2 |
| ! ZIG | o Torsten Semmler |
| o Johanna Hanefeld | ! MF4 |
| ! FG14 | o Martina Fischer |
| o Melanie Brunke | ! P1 |
| ! FG17 | o Christina Leuker |
| o Ralf Dürrwald | ! P4 |
| ! FG21 | o Susi Gottwald |
| o Wolfgang Scheida | ! Presse |
| ! FG25 | o Ronja Wenchel |
| o Christa Scheidt-Nave | o Marieke Degen |
| ! FG32 | o Michaela Diercke |
| o Michaela Diercke | ! ZBS7 |
| ! FG33 | o Claudia Schulz-Weidhaas |
| o Thomas Harder | ! BZgA |
| | o Andrea Rückle |
| ! FG34 | |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 7.661.811 (+80.430), davon 114.735 (+384) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 407,5/100.000 EW DIVI Intensivregister 3.154 (-99) in Behandlung Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.158.449 (74,8%), mit vollständiger Impfung 60.004.889 (72,2%), Auffrischimpfungen 36.786.897 (44,2%) Aktuell Rekordwerte: 150.000 DEMIS-Meldungen (13.000/h bzw. 3,6/sec) gingen ein Massiver Anstieg der 7-Tage-Inzidenz Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Fortgesetzter Anstieg in allen BL HB 1394/100.000 EW, BE entwickelt sich in die gleiche Richtung TH, ST, SN noch auf niedrigerem Niveau Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 63 LK > 500/100.000 EW 4 LK > 1000/100.000 EW, davon zwei Bezirke in Berlin, HB, Lübeck Auch in BY einige Kreise mit sehr hoher Inzidenz Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap) Von KW 52 auf KW 1: Deutlichster Anstieg bei jungen Erwachsenen Hospitalisierungsinzidenz Ist relativ konstant Wird vermutlich unterschätzt, da Daten unvollständig durch Übertragungsrückstand aufgrund großer Datenmengen COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Sterbewoche Kein Anstieg, Verlauf muss beobachtet werden, da ein möglicher Anstieg mit Zeitverzug eintritt</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien hier Behandelte COVID-19-Fälle/Neuaufnahmen</p> <ol style="list-style-type: none"> 3064 (letzte Woche 3562) Personen auf ITS behandelt (Stand 12.01.2022) 1265 Neuaufnahmen (1400 letzte Woche) auf ITS auch deutlich zurückgegangen Etwa 100 Todesfälle/Tag (leichter Rückgang) <p>Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> In fast allen BL Rückgang (NI, SN, TH, südliche BL) oder Plateau (SH, HB, MV) Anstieg in HH <p>Behandlungskapazitäten und Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> Erster Rückgang auch bei schweren Fällen (2000 invasive 	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF 4 (Fischer)</p>



	<p>Beatmungen), dadurch Freisetzung von Kapazitäten</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Verfügbarkeit steigt 8. Personalmangel geht zurück 9. Insgesamt setzt sich aktuell der Entlastungstrend fort <p>Entwicklung nach Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Rückgang bei 70-79 und 80+Jährigen stärker als bei 50-59Jährigen, z.T. durch höhere Sterblichkeit beim Älteren begründet 11. Behandlung auf ITS ohne COVID-Symptomatik: Beim 0-17Jährigen 17% <p>Omikron-ITS-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. 41 Fälle (letzte Woche 22 Fälle) <p>Impfstatus bei Neuaufnahme</p> <p>Seit 14.12. wird der Impfstatus erfasst (Auftrag BMG)</p> <p>Daten von 9669 Fällen (90%) liegen vor:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Ungeimpft</td> <td style="text-align: right;">61,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig geimpft</td> <td style="text-align: right;">22,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig + Auffrischung</td> <td style="text-align: right;">5,8%</td> </tr> <tr> <td>Teilimmunisiert</td> <td style="text-align: right;">8,8%</td> </tr> <tr> <td>Genesen ohne Impfung</td> <td style="text-align: right;">0,8%</td> </tr> </table> <p>SPoCK-Prognose</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Erstmals wieder leichter Trend nach oben für die BL im Norden und Osten, Plateau für die BL im Süden, Südwesten, Westen 14. Übergangs-/Trendumschwungsphase seit Kurzem, Umschwungdaten noch wenig, Prognosen werden in 2 Wochen wieder verlässlicher <p>Syndromische Surveillance</p> <p>Folien hier</p> <p>Grippe Web:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. ARE-Rate von KW 52 zur KW 1 gesunken 2,6 % (Vorwoche: 3,1 %), bei Erwachsenen Niveau des Vorjahres, bei Kindern über Vorjahresniveau, aber in beiden AG deutlich unter Werten vor der Pandemie 16. Insgesamt 2,2 Millionen ARE in Deutschland <p>ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Üblicher Anstieg um den Jahreswechsel 18. Niveau der Konsultationsinzidenz 1000/100.000 EW entspricht den vier Vorjahren 19. SEED^{ARE}: Anstieg der ARE -Arztbesuche mit COVID-Diagnose auf 157/100.000 EW 20. SEED^{ARE} nach Altersgruppen: Anstieg seit KW 1 besonders bei 15-34Jährigen, aber auch bei 34-59Jährigen <p>ICOSARI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. 0-4-Jährige: 38%, RSV-bedingte Erhöhung geht weiter zurück, Rückgang auch in den anderen Altersgruppen 22. SARI-Fallzahlen sind insgesamt stabil geblieben, unter vor-pandemischem Niveau <p>COVID-19 leicht rückläufig bei 80+Jährigen</p> <p>Vergleich Hospitalisierungsinzidenz ICOSARI/Melddaten</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Bei Kindern liegen die Melddaten über ICOSARI-Daten 24. Bei Älteren liegen während der Wellen die ICOSARI-Daten 	Ungeimpft	61,8%	Vollständig geimpft	22,8%	Vollständig + Auffrischung	5,8%	Teilimmunisiert	8,8%	Genesen ohne Impfung	0,8%	FG36 (Buda)
Ungeimpft	61,8%											
Vollständig geimpft	22,8%											
Vollständig + Auffrischung	5,8%											
Teilimmunisiert	8,8%											
Genesen ohne Impfung	0,8%											



	<p>höher als die Meldefälle (Zeitverzug/Untererfassung dort bei hohen Fallzahlen) Kita-/Schulausbrüche 25. Kita: Seit dem Jahresbeginn (und mit Abklingen der Ferien) wieder leichter Anstieg zu erkennen 26. Schule: Ebenfalls wieder leicht ansteigender Trend seit KW 1/2022 (bisher 19 Ausbrüche übermittelt, 17 davon aus SN)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>Folien hier KW 1/22: 120 Einsendungen, Positive über alle Altersgruppen (außer 0-4Jährige) gleichmäßig verteilt SARS-CoV-2-Anteil 11%, Omikron-Anteil bis KW 52/21 auf 36% gestiegen Influenza: H3N2 Anstieg auf 5 % gestiegen (überwiegend bei 5-15-Jährigen) Endemische Coronaviren: Anteil OC43 am stärksten (13%), NL63 und 229E auf niedrigem Niveau stabil Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren rückläufig, RSV-Welle beendet, Parainfluenzaviren rückläufig, HMPV Anstieg auf 7%</p> <p>Testzahlerfassung am RKI</p> <p>Folien hier Steigerung auf 1,5 Millionen Tests in der letzten Woche, Positivenanteil fast 23% Laborauslastung: noch im Rahmen, steiler Anstieg der Probenzahlen wird jedoch berichtet, bspw. Berlin hatte täglich so viele Proben wie sonst in einer Woche, mit einem Positivenanteil von 40% Abfrage der Kapazitäten-Steigerungsmöglichkeiten PCR: Es wurden Geräte und Personal aufgestockt, eine Steigerung um 1 Million Tests/Woche ist in den nächsten drei Monaten machbar HB: Hat höchste PCR-Kapazität angegeben, möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen Testmöglichkeiten und hohen Fallzahlen dort Laborbasierte AG-Tests: 500.000 Tests/Woche könnten geleistet werden, auch Arztpraxen führen AG-Tests durch Kapazitäten reichen nicht aus, um Proben vor der Auswertung nach Notwendigkeit eines CT-Werts zu sortieren NW: nach Wiederaufnahme der Pooltests hohe Arbeitsbelastung durch derzeit 8% positive Pools Zwischenfrage: Kann ein ergänzender Abschnitt mit dem Hinweis auf Test-Priorisierung gemäß Nationaler Teststrategie in den Wochenbericht aufgenommen werden? Antwort: Ja SARS in ARS Anstieg der Testzahlen in vielen BL, Anstieg auf niedrigerem Niveau in SN, ST, TH Bei im Vgl. zu KW 52 stark gestiegener Testanzahl sinkt der</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Seifried)</p>
--	---	--



	<p>Positivenanteil oder stagniert Zeitverzug zwischen Abnahme und Ergebnis Zunahme in BY, HH, NI, Testanzahl liegt noch unter Vorjahresniveau, könnte hier trotzdem eine Grenze erreicht sein? Testorte 27. Anstieg überall, besonders stark in Praxen, in KH ist das Niveau von vor den Feiertagen wieder erreicht Testinzidenz 28. Anstieg in allen Altersgruppen 29. Positivenanteil relativ stabil 30. Positive/100.000 EW: Anstieg bei den 15-34Jährigen, geringerer Anstieg bei 35-59Jährigen VOC (SARS in ARS) 31. Anteil in ARS 80% 32. Omikron-Anteil an allen Nachweisen 65%</p> <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: 33. „Omikron geht steil“, KW 52 in Genomsequenzierung knapp 60%, in IfSG-Daten (KW 1) >70%, (Delta entsprechend bei 30%) Übermittelte Omikron-Fälle 34. Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 118.298 (Stand 12.01.22), 75,6 Fälle/100.000 EW, geographische Verteilung. Landkarte verdunkelt sich Beschreibung der übermittelten Fälle Hospitalisierungsrate, Verstorbenenrate und Reinfektionsrate sind gering 35. 41% mit vollständiger Impfung, davon >60% mit Auffrischung Trendmodell: Break-Even-Punkt (Omikron=Delta) wurde am 3./4.01.2022 überschritten Hinweis: Bislang keine Verbreitung von B.1.640.* in Deutschland Frage: Könnte nun der tägliche Omikron-Bericht eingestellt werden?</p> <p><i>ToDo: Bericht soll bitte noch bis nächste Woche weitergestellt werden, dann kann er nach vorheriger Rücksprache/Kommunikation eingestellt werden</i></p> <p>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen Mehr als 2000 Sequenzierungen, davon > 700 in der Stichprobe Omikron-Anteil in der letzten Woche: 50% Die kumulative Wachstumskurve von Omikron bei der Verdrängung von Delta hat die Kurve von Alpha bei der Verdrängung des Wildtyps überholt</p>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF2 (Semmler)</p>
--	---	--



	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: Laut dän. Studie finden 30% der Übertragungen in Privathaushalten statt. Auch hinter jedem infizierten Schüler steht ggf. ein infizierter Haushalt. Welche Präventionsmaßnahmen sind möglich? ○ Zustimmung: Auch in NL ungebremstes Wachstum da keine Einschränkungen im privaten Umfeld ○ Es sollte informiert werden: Private Kontakte reduzieren, Narrativ, dass Kinder keine Rolle in der Pandemieentwicklung spielen sollte umgeschrieben werden ○ Zusätzliche Maskenempfehlung: Bei Infektionsfall sollte auch im privaten Haushalt möglichst durchgehend und auch von Kindern eine med. Maske getragen werden ○ Appellieren: bei ARE-Symptomatik eines Mitglieds sollte der ganze Haushalt 5-7 Tage zuhause bleiben ○ 7-Tage-Inzidenzen nach Altersgruppen: Höchste Inzidenzen >1000/100.000 EW liegen bei jungen Erwachsenen (20-29jährige), bei 30-39jährigen etwas niedriger ○ Daten zu Omikron bei Jugendlichen wären wünschenswert ○ Haushalte sollten vermeiden, eine Infektion nach außen zu tragen, insbesondere vulnerable Personen meiden <p>ToDo: Anregungen bitte aufnehmen, Appell an Familien, bei Symptomatik geschlossen zuhause zu bleiben, vulnerable Personen zu meiden und auch im Privathaushalt <u>situationsbezogen</u> eine Maske zu tragen <u>wenn ein Infektionsfall auftritt. Eine zeitliche/ räumliche Trennung bleibt weiterhin grundlegend.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage an M. Fischer: Welche Daten werden für die SPoCK-Prognose herangezogen? ○ Modellierung wird in Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg, IMBI) durchgeführt, Beobachtungen der letzten zwei Wochen werden gelernt, auch sich ändernde Muster werden erkannt/gelernt und einbezogen, zu Beginn einer Musteränderung dauert es etwas, bis ausreichend Daten vorliegen, so dass eine zuverlässige Prognose abgeleitet werden kann ○ Frage an M. Fischer: Durch wen und wie ist der Begriff COVID-Symptomatik definiert? ○ Bei Erwachsenen gilt die ursprüngliche Definition. Patient*innen die bei Aufnahme auf ITS PCR positiv sind werden gezählt, da die Infektion Verlauf und Genesungsprozess auch bei anderen Grunderkrankungen beeinflusst ○ Bei Kindern wurde bisher von den pädiatrischen Fachgesellschaften definiert, es wird jetzt von pädiatrischer Seite aber gewünscht, dass unterschieden wird, um Zufallsbefunde zu erkennen ○ Bisher gibt es keinen Hinweis, dass finanzielle Interessen hierbei eine Rolle spielen 	<p>Alle</p> <p>P1 (Leuker)</p>
--	--	--------------------------------



2	<p>Internationales</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Anpassung der Risikobewertung an die aktuelle Situation</p> <p><i>ToDo: Dokument soll im Krisenstab zirkuliert und in der Krisenstabssitzung am Freitag, 14.01.2022 freigegeben werden</i></p>	FG 38 (Rexroth)
5	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	Präs
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Frage 1: Welches Veröffentlichungsdatum ist für die Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung/Anordnung von Quarantäne geplant? Voraussichtlich der 15.01.2022 (sicher nicht vor dem 14, 01.2022)</p> <p>Frage 2: Die Bund/Länder-beschlüsse fokussieren stark auf FFP2-Masken in ÖPNV und Einzelhandel. Gibt es dazu eine wissenschaftliche Begründung/Rechtfertigung, ggf. speziell für Omikron?</p> <p>Antwort: Die FAQ „Was ist beim Tragen von medizinischen Masken zur Infektionsprävention von COVID-19 in der Öffentlichkeit zu beachten?“ (www.rki.de/covid-19-faq) wurde am 20.12.2021 überarbeitet und enthält aktuellen Stand und Position des RKI</p> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Freitag 14.01.2022 findet wieder eine BPK statt ○ Das Presse-Hintergrundgespräch zur Zuverlässigkeit von Meldedaten ist für kommenden Mittwoch, 19.01.2022 geplant ○ Presse-Information zur Veröffentlichung der DIVI-Daten zum Impfstatus ist für dem 13.01.2022 vorgesehen ○ Als Twitterbotschaft geplant: Appell zur Absonderung des ganzen Haushaltes bei einem ARE-Fall in der Familie und aus dem Wochenbericht über Twitter zu verstärken. <p>.....</p> <p>P1</p> <p>Zwei Themen sind in Bearbeitung, in direktem Kontakt mit den entsprechenden Fachabteilungen: VOC (mit S. Kröger, FG 36)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel),</p> <p>P1 (Leuker)</p>



	<p>Gesprächskarten zur Frage „Wie gehe ich mit Impfgegnern um“ (in Koop. mit der Universität Erfurt) Rückfrage zum Thema Masken im Haushalt: Sollen diese nur bei Außenkontakten getragen werden? Tritt im Haushalt ein Fall auf, dann auch innerhalb des Haushalts</p> <p>Zwischenfrage (Buda): Soll im Wochenbericht eine stärkere Ausrichtung auf die syndromische Surveillance erfolgen? <u>Das soll nächste Woche erfolgen,geplant werden</u></p> <p>ToDo: In den -Wochenbericht sollen vorbereitende Anmerkungen zur zukünftigen verstärkten Ausrichtung auf die syndromische Surveillance aufgenommen werden</p>	<p>Buda</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente (nur freitags)</p> <p>Anpassung KPM-Papier (auch. int. KoNa), Umsetzung MPK-Beschlüsse Quarantäne und Isolation, Entlassmanagement und Definition Genesenen-Status Heute, 12.01.2022, findet um 13:30 eine Besprechung mit BMG zur Definition des Genesenen-Status statt, Teilnehmende Rexroth, Harder, Buchholz, Schaade In der Krisenstabssitzung deshalb nur informative Hinweise zum Papier Anpassungen im KoNa-Papier werden nötig (internationale KoNa-Verfolgung ist nicht mehr empfohlen) Definitionen in der Tabelle, die in der MPK erstellt wurde, weichen von der Mantelverordnung ab (z.B. Rechtsrahmen verlangt Orientierung an Testdatum, MPK orientiert sich an Symptomatik) Verkürzung des Genesenen-Status von 6 auf 3 Monate bringt akute Änderung für viele Personen</p> <p><i>ToDo: Für die fachliche Umsetzung (auch in den digitalen Projekten) bitte eine Aufgabe vergeben</i></p> <p>In der Mantelverordnung wird auf RKI und PEI verwiesen, diverse Konstellationen (geimpft-infiziert in unterschiedlicher Anzahl und Reihenfolge) müssen abgebildet werden, in der AGI wurde der Wunsch nach einer Tabelle geäußert Hinweis Harder: STIKO bietet bereits eine solche Tabelle (Tabelle 5) Vorschlag: Durchgemachte Infektion zählt wie eine Impfung, trüge zur Verständlichkeit bei, wird vom Minister abgelehnt,</p>	<p>Alle VPräs, Rexroth, Harder, Alle</p> <p>FG 32 (Benzler) FG 21 (Schmich)</p>



	<p>da Studiendaten darauf hinweisen, dass AK-Status bei Genesenen mit einer Impfung sehr gut ist Janssen-Impfung sollte als eine Impfung gelten Diese Vorschläge entsprechen der Tabelle 5 der STIKO Frage: Zählung ab Symptombeginn oder ab PCR? Am präzisesten ist ab Abnahmedatum der Probe, die zu einem positiven Befund geführt hat zu zählen Genesenen-Status ab wann? BMG befürwortet 14-Tage-Frist, Datenlage erlaubt allenfalls 21 Tage In bisherigen STIKO-Empfehlungen taucht nur eine 28-Tage Frist auf, 21-Tage wären vollkommen neu Auch im Zusammenhang mit Post-COVID- und Long-COVID-Syndromen sind jeweils 4-Wochen-Fristen eingeführt Aus Gründen der Konsistenz und Übersichtlichkeit sollte für 28 Tage argumentiert werden 7-Tage-Quarantäne mit verpflichtendem PCR (quantitativ) für KRITIS-Personal wird von den Ländern kritisch beurteilt Labore werden die Proben nicht nach Bedarf an Ct-Werten sortieren können Alle anderen können sich mit AG-Test freitesten, aber alternative Vorschläge wie bspw. 2 AG-Tests für KRITIS wurden nicht angenommen Hinweis: CT-Wert spielt nur bei der Entlassung aus der Isolation eine Rolle (mit der sorgfältig umgegangen werden muss) nicht bei der Entlassung aus der Quarantäne, hier muss der Test negativ sein Frage: Ab wann kann ein positiver AG-Test für den Genesenen-Nachweis herangezogen werden. Noch hält das RKI am PCR als Goldstandard fest, sollte sich aber Gedanken zu dieser Frage machen In einigen Laboren wird es sehr bald zum Deckelungs-Effekt wegen zu hohen Probenaufkommens kommen Wenn der AG-Test akzeptiert wird, wird auch der AK-Test als ausreichender Nachweis gefordert werden Asymptomatisch Infizierte bilden häufig keine AK, alleinige Genesung führt darüber hinaus nicht zu belastbarer Immunisierung, nur in Kombination mit 1 Impfung Fazit: Kompromisslinie liegt bei AG-Test +Symptomatik, AK-Test als Nachweis soll weiterhin abgelehnt werden</p> <p>Diskussion zum Thema Impfpflicht</p> <p>Hinweis: Mit diesem Thema soll wahrscheinlich der Expertenrat beauftragt werden, der Themen, die in der Zuständigkeit anderer Gremien liegen, eigentlich ungern aufnimmt RKI-Position war bisher die Befürwortung einer Impfpflicht ab 18 Jahre (ohne weitere Überlegungen Stellungnahme zu Sanktionen), gibt es Gegenargumente? Umsetzung ist kompliziert: Impfregeister? Über Meldeämter? Über Krankenkassen? Impfung soll individuellen Schaden abwenden und Krankheitslast im Gesundheitswesen reduzieren, Omikron hat diesbezüglich einiges verändert</p>	<p>Schaade</p> <p>Harder</p> <p>Scheidt-Nave</p> <p>Seifried</p> <p>Mielke</p> <p>Rexroth</p> <p>Schaade</p> <p>Alle</p> <p>Präs</p>
--	---	--



	<p>Verminderung der Transmission durch Impfung ist bei Omikron gering, die Verhinderung schwerer Verläufe jedoch sehr gut gegeben Ein angepasster Impfstoff könnte die Wirkung auf die Transmission verbessern Kontrolle/Sanktionen sind schwierig, Sanktionen sollten locker gehandhabt werden, ggf. ohne zentrale Erfassung Cosmo-Daten zeigen, dass viele Ungeimpfte sich nicht impfen lassen wollen, diese sollten vor sich selbst beschützt werden Menschen zu Ihrem eigenen Wohl zu etwas zu zwingen, ist eher paternalistischer Ansatz, besser Empowerment (PH-Grundgedanke)? Impfung kommt für Omikron-Welle zu spät, aber auch danach wird keine Grundimmunität in der Gesamtbevölkerung vorhanden sein Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte der Impfung, Geimpfte sind in jedem Fall besser geschützt als Ungeimpfte Auch an Long COVID (bzw. die Verhinderung) sollte gedacht werden Kontrollwesen: „Das Bessere ist der Feind des Guten“ Erwartung an RKI ist: Transparenz bezüglich der Entscheidungsgrundlagen und -kriterien. Das Institut sollte keine Haltung zur Impfung einnehmen, sondern transparent die Grundlagen und mögliche Entscheidungskriterien kommunizieren (Beispiel Pockenschutzimpfung: Möglichkeit der Eradikation durch Impfflicht, allerdings umfänglicher Immunschutz durch Impfung) Wichtige Diskussion, RKI sollte zusätzliche Kriterien und Entscheidungsgrundlagen liefern, Entscheidung wird, sollte die Lage endemisch werden, sehr schwierig</p> <p><i>ToDo: FG 33 nimmt die Inhalte und Anregungen dieser Diskussion in die fachgebietsinternen Beratungen auf</i></p>	<p>Mielke</p> <p>FG 33</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik (nur freitags)</p> <p>FG17</p> <p>Nicht besprochen</p> <p>ZBS1</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</p> <p>Siehe unter „Strategie“</p>	<p>ZBS7</p>
<p>12</p>	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG14</p>



13	Surveillance (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>) Nicht besprochen	FG38
16	Wichtige Termine Nicht besprochen	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 14.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:01