



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	! FG37
! Institutsleitung	o Sebastian Haller
o Lothar H. Wieler	! FG38
o Lars Schaade	o Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o Maria an der Heiden
! Abt. 1	o Claudia Siffczyk (Protokoll)
o Martin Mielke	! ZBS7
! Abt. 3	o Michaela Niebank
o Osamah Hamouda	! MF1
o Tanja Jung-Sendzik	o Thorsten Semmler
o Janna Seifried	! P1
! FG14	o Christina Leuker
o Mardjan Arvand	! Presse
o Melanie Brunke	o Marieke Degen
! FG17	o Ronja Wenchel
o Thorsten Wolff	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	o Mikheil Popkhadze
! FG33	! BZgA
o Thomas Harder	o Oliver Ommen
! FG34	! Weitere
o Viviane Bremer	o Michel Bosnjak ! Abt.2
! FG36	
o Walter Haas	
o Silke Buda	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 8.744.840 (+63.393), davon 116.746 (+28) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 840,3/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.753.672 (75,5%), mit vollständiger Impfung 61.023.959 (73,4%), mit Boosterimpfung 41.930.241 (50,4%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Bundesländer mit steigendem Trend außer Bremen (HB), dort 4.höchste Inzidenz 2. Höchste Anstiege und Inzidenzen in Hamburg, Berlin(BE), Brandenburg(BB)); kontinuierliche Zunahme sichtbar in Bayern 3. Nun auch leichter Anstieg in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt zu beobachten 4. Höchste Inzidenzen in Berlin Mitte und Berliner Stadtbezirken sowie in Landkreisen Brandenburgs 5. Die höchsten Inzidenzen sind bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen, überholen 15-34-Jährige. Auch bei den 0-4-Jährigen deutliche Anstieg zu beobachten; 60+ bundesweit nicht ansteigend. 6. Die Hospitalisierungsinzidenz leichte Anstiege wahrnehmbar <p>7-T-Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz und adjustierte Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesländern</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. BE: Höchste 7-T-Inzidenzen bei 5-14-Jährigen; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei 80+, nicht ansteigend, auch nicht bei adjustierten Werten 8. BB: adj. 7-Tages-Inzidenz leichter Anstieg, über 80-Jährige mit höchsten Inzidenzen, bei 5-14-Jährigen minimaler Anstieg, angesichts hoher Fallzahlen sind Daten unvollständig; werden später nachgeliefert, viele Angaben fehlen 9. HB: am stärksten betroffene Altersgruppen wie im Bundesdurchschnitt; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei über 80-Jährigen; aktuell Eingabeprobleme: Hospitalisierungsdaten schwer zu bewerten; wenige Fälle in jungen Altersgruppen, dort Hospitalisierungsinzidenzen schwer zu bewerten. 10. HH: Adj. Hospitalisierungsinzidenz zeigt leichten Anstieg; Ursache noch nicht klar eingrenzbar, wahrscheinlich 80+; insb. Anfang Januar deutliche Inzidenzanstiege in dieser Altersgruppe und dort höhere Inzidenzen als bundesweit 11. BW: Hospitalisierungsinzidenzen steil ansteigend 12. Zusammenfassend: Noch nicht richtig klar absehbar. Dennoch über 80-Jährige am stärksten betroffen, wenn dort die Inzidenz stark zunimmt, sind auch deutliche 	FG32

	<p>Anstiege in den Hospitalisierungsinzidenzen zu erwarten</p> <p>Diskussion:</p> <p>Bei welcher Anzahl von Krankenhausaufnahmen wird die KritIS /Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gefährdet? Wenn derzeit überwiegend die Normalstationen betroffen sind, gibt es ggf. mehr Spielraum, als bei hoher Auslastung der ITS?</p> <p>Dem RKI liegen bundesweiten Daten zur Bettenauslastung außerhalb der ITS-Stationen nicht vor; Einblicke, Daten liegen in der Zuständigkeit der Bundesländer. Sollte eine Länderabfrage stattfinden, um Zahlen zu bekommen? Fokus auf Surveillance: Historische Daten, u.a. zu Influenzawellen liegen vor. Vergleich mit SARI-Daten zeigen, dass noch lange nicht die ITS-Auslastung früherer starker Grippewellen erreicht wurde. Primäres Ziel der Maßnahmen des RKI ist, die Bevölkerung vor schweren Krankheitsverläufen zu schützen, und nicht die Kapazität der Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Kapazitätenplanung liegt bei den Bundesländern.</p> <p>DIVI für Normalstationen? Herausforderung einen Denominator für Deutschland zu definieren.</p> <p>Vertreter der Krankenhausgesellschaften nutzen derzeit das Forum, um den Fokus auf den seit langem (schon vor Pandemiezeiten) bestehenden strukturellen Kapazitätsmangel zu legen</p> <p>Fokus liegt auf Surveillance: Aktuelle Krankenhauslast kann in das Geschehen eingebettet werden, da auch geeignete Daten für vorpandemische Zeiten vorliegen. Die Bettenkapazitäten sollten sich an den Verlauf der schweren Fälle anpassen.</p>	
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> <p>Minimaler Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz, ITS-Belegung Derzeit noch keine Anpassungen nötig, Formulierungen tragen noch</p>	Abt. 3
5	<p>Expertenbeirat <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Im Expertenbeirat wurden zwei Stellungnahmen besprochen: zur Infektionslage und zur Digitalisierung. Für Morgen Stellungnahme Kommunikation, Stellungnahme zu Kindern. Empfehlungen des Expertenbeirats werden sobald ausgesprochen direkt auf die Website des Bundeskanzleramtes veröffentlicht (https://www.bundesregierung.de/breg-de), und unterstützen MPK-Beschlüsse. Hohe Arbeitslast für alle Beteiligten; Task Force am RKI</p>	Hr Wieler



	<p>unterstützt bei Einschätzung der Stellungnahmen Wichtige Möglichkeit auch für das RKI direkt Themen, Aspekte, einzubringen Hr. Wieler ist bei dem nächsten Panel mit zwei Teilnehmenden federführend</p> <p>Themenschwerpunkt: bislang eher akute Themen behandelt, va in Bezug auf das Abebben der erwarteten Pandemiewelle im Herbst. Langfristig möglicherweise auch generelle Themen im Expertenbeitrag behandelbar.</p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen ->s. Pkt 7 „Strategie-Fragen“</p> <p>P1</p> <p>Neuer Fokus auf AG-Tests ausreichend für Maßnahmen vor dem Hintergrund der massenhaft durchgeführten PCR-Testungen anderer Länder, s. Österreich/Wien? Neue Darstellung?</p> <p>Diskussion</p> <p>Derzeit noch gültige nationale Teststrategie hat für begrenzte PCR-Testungskapazitäten fachlich begründete Empfehlungen vorgelegt. Priorisierung auf Wien Ausnahmebeispiel, hohe Anzahl unterstützender Institute, Fokus auf Gurgeltests ermöglichen hohe PCR-Testungskapazitäten. In D: 3 Mio. PCR-Tests befundet, bewertet und münden in Infektionsschutzmaßnahmen, hoher Qualitätsstandard. Auch im internationalen Vergleich angemessen hohe Zahl und auch andere Länder haben Testkonzepte angepasst. Darstellung sollte sich auf Deutschland beschränken. Ourworld indata.gov- zukünftig ggf. bei Bedarf daraus geeignete Abb. übernehmen.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen im Wochenbericht: Stand der Kommunikation? FG32 hat kurzen Textbaustein bereits vorbereitet Dennoch Bitte um genauere Erläuterung zur Einordnung, warum jetzt getrennte Ausweisung, genau erläutern im Hinblick auf Omikron, auch FAQs müssen aktualisiert werden. Bilateraler Austausch dazu mit FG 32 wird erfolgen Meldedaten auf Bundeslandebene genauer angesehen, Datenqualität für Kategorien außergewöhnlich hoch,</p>	<p>Alle, FG 32, Presse; Abt. 3</p>

	<p>Vollständigkeit liegt bei über 90%, 94% vollständige Angabe für Grund des Todes. Meldeartefakt z.B. Voreinstellung (in verschiedenen Softwareprodukten) erscheint möglich. 2/3 der GÄ nutzen SurvNet, hier Voreinstellungen bekannt. Angaben plausibel, Größenordnung vereinbar mit Studienergebnissen, u.a. Studie der Rechtsmedizinischen Institutes Hamburg: 87% (?) der Gestorbenen verstarben aufgrund von COVID-19, 85% der über 70-Jährigen wiesen auch andere Grunderkrankungen auf, erst die COVID-19 Infektion verursachte den letalen Verlauf. Gute Datenqualität, Meldedaten sind gut interpretierbar, vernünftige Aussagen möglich. Todesursache im Einzelfall in der Praxis extrem schwierig zu bewerten. „Tod an“ sehr komplexe Bewertung, nicht immer möglich. Bisher bekannte Untererfassung der Todesursache aufgrund von Infektionskrankheit, Beispiel Influenza, z.B. bei potentiell tödlichen Grunderkrankungen. Für die Bewertung der Todesursache gibt es noch keinen Goldstandard, deshalb bisher noch nicht getrennt ausgewiesen in Berichten.</p> <p>TO DO: Herr an der Heiden im Austausch Statistischem Bundesamt, wird IfSG-Meldedaten mit Daten der Todesursachenstatistik abgleichen, dazu Publikation, u.a. auch im Epid. Bull. Möglich. Kann dann als fachlicher Anlass genutzt werden, um die differenzierte Darstellung der COVID-19-Todesfälle im Wochenbericht (nach Verstorben an / Verstorben mit) zu begründen. Dann Darstellung in Routineberichterstattung übertragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viele Nachfragen bezüglich der Verkürzung des Genesenenstatus nach 3 Monaten <p>TO DO: Ausführlicherer Begründungstext wird aus- und nachgearbeitet. In FG abgestimmt und in Runde geschickt</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Kommunikation dabei wichtig: Fachliche Grundlagen gilt für diejenigen die „nur“ genesen sind (nicht zusätzlich geimpft) <p>RKI-intern</p> <p>GMK-Beschluss vom Samstag, Beschlüsse zur PCR-Testung, zur Quarantäne und zum Entlassmanagement, gibt es einen Handlungsauftrag für das RKI? (Dokumente s. Anlagen)</p> <p>Diskussion: Kein unmittelbarer Handlungsauftrag für das RKI; Bundesländer und Kreise regeln das über Allgemeinverfügungen und Verordnungen</p> <p>Selbstmanagement, d.h. Information der Indexperson selbst an die Kontaktpersonen, war auch schon vorher in den Empfehlungen des RKI adressiert. Die fachliche Priorität für PCR-Testungen vulnerabler Gruppen und HCW wurden übernommen; Priorisierung großer Ausbruchsgeschehen ist</p>	<p>FG32 (Herr Zacher), FG34 (Herr an der Heiden), DESTATIS</p> <p>Presse</p> <p>FG 33 (Herr Harder)</p> <p>FG 38 (Fr. Rexroth)</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>weggefallen.</p> <p>Notwendige Anpassungen Änderungen in nationaler Teststrategie: nicht viele Punkte. Nächsten Donnerstag Besprechung Hr. Mielke, weitere, mit BMG (Frau Korr)</p> <p>Nachtestung mit AG-Test, sind dafür Anpassungen im Meldewesen notwendig? Pragmatische Entscheidung wünschenswert. Falldefinition umfasst auch jetzt schon Übermittlung von AG-Tests. Welche Darstellung von AG-Testungen in Routineberichten? TO DO: FG 32 nimmt das mit und macht einen Vorschlag</p> <p>Nachtestungen von positiven AG-Tests mit weiterem AG-Test in zertifiziertem Testzentrum - Handlungsbedarf? Diskussion: Aufgrund hoher Inzidenzen ist aktuell ist der positive Vorhersagewert (PPW) hoch, daher ist die Bestätigung nicht so relevant Die Qualität der Abstrichentnahme in Testzentren variiert stark Bestätigungstest einen AG-Tests durch PCR ist Goldstandard hoch in Spezifität und Sensitivität. Bestätigung des AG-Tests mit AG-Test: Spezifität wird erhöht, aber Sensitivität nimmt ab, d.h. es kann dazu kommen, dass Genesene im 2. AG-Test eher negativ werden.</p> <p>Vielleicht mögliches Thema für Expertenrat: PEI-Liste: Allgemeine Empfehlung für AG-Tests/Diagnostika? Vlt. besser: In AG Testen mit PEI, BfArm darauf hinwirken, dass explizite Benennung von für die Nachtestung geeigneten AG-Tests erfolgt. Und ggf Bericht ans BMG, was für sinnvoll erachtet wird.</p> <p>Es wurde beschlossen, die Ergebnisse der heutigen MPK abzuwarten. Erst dann einen Termin mit BMG zur weiteren Abstimmung machen, um Punkt für Punkt zu bestimmen und zu besprechen wie Beschlüsse in gemeinsame Empfehlungen umgesetzt werden und auf der Website des RKI dargestellt werden. Dabei bleibt wichtig klar darzustellen, wer der Urheber der Beschlüsse ist (Beschluss der MPK, bzw. fachliche Empfehlungen in Abstimmung mit dem BMG). Bestehende fachliche RKI-Empfehlungen sind davon unabhängig zu betrachten. Das gilt zB auch für die aktuellen RKI-Empfehlungen zur Entisolierung auf den Websites. Es muss derzeit nicht angepasst werden. Es ist aber sinnvoll, sich schon jetzt auf mögliche kommende Fragen vorzubereiten. Derzeit existiert politischer Wille einheitlich verfasste Empfehlungen abzugeben.</p>	<p>Herr Mielke, weitere, BMG</p> <p>FG 32</p> <p>Alle</p> <p>Alle</p>
--	---	---



Ende: 14:32 Uhr