



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 06.04.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

- Teilnehmende:
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 - Lothar Wieler
 - ! Abt. 1
 - Martin Mielke
 - ! Abt. 2
 - Michael Bosnjak
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - ! ZIG
 - Mikheil Popkhadze
 - ! FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Djin-Ye Oh
 - Ralf Dürrwald
 - ! FG21
 - Wolfgang Scheida
 - ! FG32
 - Michaela Diercke
 - Claudia Sievers
 - Justus Benzler
 - ! FG33
 - Thomas Harder
 - ! FG34
 - Viviane Bremer
 - ! FG35
 - Christina Frank
 - ! FG36
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
 - Kai Schulze
 - Walter Haas
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! FG 38
 - Ute Rexroth
 - Amrei Wolter (Protokoll)
 - ! MF4
 - Martina Fischer
 - ! P1
 - Ines Lein
 - Christina Leuker
 - ! Presse
 - Ronja Wenchel
 - Susanne Glasmacher
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - Agata Mikolajewska
 - ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - ! ZIG1
 - Sofie Gillesberg Raier
 - ! BZgA
 - Andrea Rückle





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (<i>nur montags</i>)</p> <p>Folien hier</p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datenstand: WHO, 05.04.2022 ○ Fälle: 490.853.129 (-21% im Vergleich zu Vorwoche) ○ Todesfälle: 6.155.344 Todesfälle (CFR: 1,3%) <ol style="list-style-type: none"> 1. Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ol style="list-style-type: none"> 1. Neu hinzugekommen: USA und Thailand (da Österreich und Niederlande nicht mehr auf der Liste sind) 2. Global rückgängige Fallzahlen in allen Regionen (5-19%) 3. Ebenso Rückgang der Todesfallzahlen 2. WHO epidemiological update <ol style="list-style-type: none"> 1. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien, insbesondere in Europa (teilweise nur Testungen von Risikogruppen, Personen die Behandlungen im Krankenhaus benötigen, Personen die mit Risikogruppen arbeiten, Österreich hat Anzahl PCR pro Einwohner:innen reduziert) 3. 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang der Inzidenzen 2. Frankreich und Italien stabilisierte Zahlen 4. WHO Update: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARS-CoV-2 Genomsequenz des ersten Falles wird als „index virus“ bezeichnet ▪ Omicron dominierend (99,8%) ▪ BA.2 macht 93,6% der Omikron Sequenzen aus, dominierend in allen WHO Regionen ▪ XE: 10% Transmission Vorteil zu BA.2 ▪ Studien: Hospitalisierung Kinder <4 in USA (Hospitalisierungsraten 5x höher während Omicron dominant war im Vergleich zu Delta, Hospitalisierungslänge kürzer) ▪ Weitere Studie in Norwegen zu Hospitalisierung von Kindern <18 Jahren: Länge des Krankenhausaufenthaltes median 1 Tag für alle drei Varianten ▪ Risiko für Hospitalisierung: Alpha 4,1%, Delta 1,6%, Omikron 1,7%, allerdings auch mehr Kinder mit Omikron als mit Alpha infiziert, muss in Bewertung berücksichtigt werden 	<p>ZIG 1 (Raiser)</p>

	<p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 22.064.059 (+214.985), davon 130.708 (+340) Todesfälle ○ 7-Tage-Inzidenz: 1.322,2/100.000 Einw. (Rückgang um 300 Punkte) 5. Hospitalisierungsinzidenz: 6,62/100.000 EW, AG \geq 60Jährige: 15,04/100.000 EW 6. Fälle auf ITS: 2.160 (-74) 7. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76.6%, Zweitimpfung 76,0%, Auffrischimpfungen 58,8% 8. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer <ol style="list-style-type: none"> 1. In allen BL Rückgang 2. Höchste: SA, TH, MV, BY 3. Niedrigste: B, HH, BB 9. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ol style="list-style-type: none"> 1. Derzeit hohes Niveau, 340 LK bei über 1.000 2. Ab morgen neue Kartendarstellung (Farbe und zusammengefasste Kategorien) 10. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutlicher Rückgang in allen AG 2. Stärkste AG 5-14 Jährige 3. AG 60-79 und \geq80: leichter Rückgang 11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Niveau, 1000-1400 pro Woche ○ Keine Übersterblichkeit nach Destatis ○ Zur Plausibilitätsüberprüfung wurden DEMIS Meldungen und an das RKI übermittelte Fälle verglichen, Fälle sind plausibel, Labore melden deutlich weniger <p>ITS-Belegung und Spock (Folien hier) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. DIVI-Intensivregister <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlung von 2.125 COVID-19 Patient:innen auf Intensivstationen 2. Seitwärtsbewegung in COVID-ITS-Belegung 3. Anzahl Neuaufnahmen geht leicht runter (1.690 in den letzten 7 Tagen) 4. Anzahl verstorbener SARS-CoV-2 positive Patient:innen pro Tag bei Plateau 13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten 	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--



	<ol style="list-style-type: none"> 1. In allen BL Seitwärtsbewegung, belastetere BL: SA, MV, SL, BY 14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoher Anteil nicht-invasiver Behandlung, unbekannte Behandlung (37%) 2. Differenziertere Erfassung SARS-CoV-2 als Haupt- oder Nebendiagnose? 3. Anstieg der Einschätzung der Betriebssituation als eingeschränkt, Gründe liegen beim Personal 15. Altersgruppen <ol style="list-style-type: none"> 1. Plateaubewegung bzw. Rückgang in allen AG 2. Dominierende Altersgruppe auf ITS ist AGÜ60 16. SPoCK: Prognosen <ol style="list-style-type: none"> 1. Gleichbleibende Niveaubewegung für ganz Deutschland 2. Leicht steigende Tendenz Norden, Südwest <p>Testkapazität und Testungen (Folien hier) (nur mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Testanzahl und -kapazität <ol style="list-style-type: none"> 1. Rückgang Durchführung PCR-Testungen um 16%, Anzahl Testungen in KW13/2022 bei 1,9 Mio. 2. Rückgang Positivenanteil auf 52% 3. Testanzahl sollen ab jetzt 14-tägig aktualisiert werden 4. In KW16 für KW14 und KW15, allerdings noch Pause durch Ostern, 4-Wochen Lücke soll vermieden werden 5. Testkapazitäten zu 2/3 ausgelastet 18. Laborauslastung <ol style="list-style-type: none"> 1. In meisten BL Entspannung 19. Wo wird getestet <ol style="list-style-type: none"> 1. SH testet mehr als vor einem Jahr, B, HE, HH testen auf selbem Niveau wie letztes Jahr 2. Meisten Testungen in Arztpraxen 3. Höchster Positivenanteil in Arztpraxen (60%), dann Teststellen, Dann Krankenhäuser 4. Rückgang der Positivenanteile und Anzahl Testungen pro 100.000 20. Testungen nach Altersgruppe <ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl Testungen in AG 5-14-Jährige am höchsten 21. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen: 169 aktive Ausbrüche 2. Ausbrüche Altenheim: Derzeit Plateaubildung von 585 	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG32 (Sievers)</p>
--	---	---



	<p>mittwochs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 142 Einsendung 6. Geringste Einsendung an SARS-Cov-2 seit Beginn 7. Leichte Aktivität HKU1 8. KW 12: 92% BA.2 Variante 9. Altersaufteilung: kommt im Sentinel in allen AG vor 10. Influenza Viren: weiterer Anstieg A(H3N2), wenig Veränderung zu Vorwochen, Nachweisrate von 7% 11. HMPV am stärksten vertreten, dann humane Rhinoviren, PIV geringe Aktivität <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenzkarte mit neuen Farben und angepassten Kategorien einpflegen, bei kleineren Inzidenzen können die Kategorien flexibel aufgefächert werden. Überarbeitete Karte kann übernommen werden ○ Klinisch mehr unterscheiden, ob COVID die Haupt- oder Begleitdiagnose ist? Es kann nur eine Hauptdiagnose gestellt werden, Begleitdiagnosen können bis zu 300 gegeben werden und hängen auch mit Codierrichtlinien und Bezahlung zusammen. Differenzierung ist dennoch gut. Klare Zielstellung der Erfassung herausarbeiten, so bedeutet eine Behandlung mit COVID als Hauptdiagnose auch einen erhöhten Behandlungsaufwand. Klare Trennung: ITS Kapazität wird über das DIVI-Register erfasst, die Schwere der Krankheit der Patient:innen über Surveillance. Die klaren Linien sollen auch gegenüber dem BMG benannt werden. Für und Gegen-Argumente zusammenschreiben, da dies auch Thema im Expertenrat ist. ○ Tabelle mit IfSG-Daten kann durch einen erklärenden Satz im Wochenbericht ersetzt werden <p>Todo: Hintergrundinformationen für WPK zusammenstellen (Fischer und Unterstützung FG36)</p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur mittwochs)</p> <p>Treffen am Montag mit WHO (<i>Vertrauliche Informationen, nicht zur Weitergabe nach außen bestimmt</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Benennung des Wuhan-01: „index virus“ ○ Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass Omikron-Sublinien eine etwas kürzere Inkubationszeit und ein kürzeres serielles Intervall als Delta haben und einen rascheren Viruslastanstieg ○ Omikron weist ein bis zwei Tage vor Symptombeginn bereits 	<p>FG17 (Oh)</p>



	<p>übertragungsrelevante Viruslasten auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Höhere Transmission und geringere Virulenz könnte sich dadurch erklären lassen, dass Omikron früher und effizienter in Nasenepithelgewebe repliziert als Bronchialepithel ○ Möglicherweise Wegfall von zwei Tiermodellen; Frettchen lassen sich mit Omikron nicht infizieren, in Hamstern wird Omikron schlechter repliziert als Delta ○ Zunehmender Nachweis von rekombinanten Viren aufgrund von hohen Infektionszahlen und Cozirkulation von verschiedenen Varianten ○ Untersuchung von rekombinanten Viren ist daher wichtig, da Virus neue Selektionsvorteile gewinnen kann ○ Derzeit zirkulierende Varianten: Omikron BA.1/BA.2 Spike, Omikron bzw. Delta Rückgrat ○ Erwartung: Durchsetzung von Rekombinanten mit BA.2 Spike ○ BA.1 x BA.2 Rekombinanten Zunahme ○ Derzeit stehen Analysen zur Krankheitsschwere von Infektionen mit Rekombinationen noch aus 	
3	<p>Update digitale Projekte (Folien hier) <i>(nur montags)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
5	<p>Expertenbeirat <i>(mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Wieler
6	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p>Presse</p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p>Risikokommunikation</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p>	



	<p>Allgemein</p> <p>GMK-Beschlüsse und Lauterbach-Kehrtwende zu Quarantäne- und Isolationsregelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Kehrtwende BMG: Vorschlag der freiwilligen Isolation nach positiver Testung wurde verworfen. Sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für den medizinischen Bereich soll eine behördliche Isolation (nicht Quarantäne!) angeordnet werden ! Bericht aus AGI über Beschwerde der Länder über die Inkonsistenz, Bitte nach Einarbeitung der Rückmeldungen der Länder in das Dokument und der Erstellung einer überarbeiteten schriftlichen Handreichung ! BMG hat im Verlauf des Krisenstabes eine erneute Überarbeitung des Dokumentes dem RKI zugesendet, in dem bereits der Passus des Tätigkeitsverbotes für medizinisches Personal gestrichen wurde, da diese durch die auferlegte Isolierung obsolet wird ! Bis zur Zusendung des überarbeiteten Dokuments seitens BMG wurden erste Änderung von RKI Seite eingearbeitet, Finalisierung war noch nicht möglich ! Wichtigsten Änderungen (auch im Dokument vermerkt): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschläge wurden von den Ländern grundsätzlich begrüßt ▪ Für die SAR-CoV-2 pos. Getesteten ambulant: „Freitestung“ mit AG-Test Tag 5, Tag 7, Aufheben nach Tag 10 auf fachlicher Grundlage von 3 Arbeiten ▪ Der Begriff „symptomatisch“ soll alle ARE und nicht nur COVID abdecken, gemeint sind neu aufgetretene, akute Atemwegssymptomatik, nicht chronische oder allergische Genese ▪ Bezüglich der arbeits- und versicherungstechnischen Fragen sowie den Umsetzungsfragen liegt die Zuständigkeit nicht beim RKI. Generell sind aber Asymptomatische bei Beibehaltung der Isolationspflicht abgedeckt und die Ungleichbehandlung zwischen dem ambulanten und medizinischen Bereich bei Beibehaltung der Isolation obsolet ▪ CT-Wert von Seiten des Gesundheitsministers weiterhin gewünscht ▪ Bei vollständig geimpftem, positiv getestetem Personal soll auch bei Personalmangel das Tätigkeitsverbot bestehen bleiben ▪ Ein Entfall allgemeiner Meldepflicht für SARS-CoV-2-Nachweise wird vom RKI abgelehnt, insbesondere für die Beurteilung der Entwicklung der Lage sind die Meldedaten relevant. BY, BW, SH und andere BL unterstützen das Festhalten an der Meldepflicht, Filter muss in Teststrategie ergänzt werden ▪ Es werden keine abgestimmten Infektionsschutzkonzepte zum Schutz vulnerabler Gruppen ergänzt, dies soll in Form von Extrapapieren 	<p>Alle</p>
--	--	-------------



	<p>durchgeführt werden, um von kleinteiligen Lösungen abzusehen</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Bezüglich der gewünschten wissenschaftlichen Evidenz für die Kürzung der Isolierungsdauer kann auf die aktuelle Version des COVID Strategy Calculators, sowie auf 3 (von Hrn. Mielke versendete) Paper zur Ausscheidungskinetik verwiesen werden▪ Paper weisen auf, dass 5 Tage nach Symptombeginn 50% der SARS-CoV-2-positiven mittels Antigentest kein Virus nachweisbar ist, daher sinnvoll des Testbeginns ab Tag 5▪ Der Fokus der Gefahr für Kinder durch Wegfall der KoNa soll auf gesamte Bevölkerung erweitert werden und auf den sehr hohen Anteil der Bevölkerung mit Labornachweis hingewiesen werden▪ RKI Sicht ist hier nicht die alleinige Einschränkung auf die Kinder, sondern Hinweis auf einen hohen Anteil▪ Strategie der Kommunikation: Einbeziehung der Bevölkerung, ansonsten kann Verhalten der Bevölkerung wissenschaftliche Evidenz in Gegenteil verzerren <p>KRINKO-Rückmeldungen zu Q&I-Regelungen</p> <ul style="list-style-type: none">! Vorschlag aus der KRINKO bei Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einen Satz einzufügen, dass grundsätzlich in den Einrichtungen/den zuständigen Behörden die Möglichkeit zur individuellen Entscheidung (Personalnotstand) gegeben sein sollte! Spezifizierung von Angaben: „deutliche Symptombesserung“ soll mit Zeit versehen werden, hier Nennung von mind. 48h Symptomfreiheit! Bezüglich des „angeordneten Tätigkeitsverbots“ stand die Frage, wer dies anordnen kann, da Krankenhäuser eigene Regulierungen über Ausbruchsverhinderungskonzepte haben: da Tätigkeitsverbote in der neuen Überarbeitung vom BMG gestrichen wurde, ist diese Frage obsolet! Fokus auf quantitative nicht qualitative PCR für Beschäftigte im med. Bereich! Ergänzung „in Abstimmung mit dem KH-Hygieniker“ or (Antigen-Schnelltest- *, PCR-Test**)! Gesundheitsminister hat in PK bekannt gegeben, dass die Länder im Laufe des heutigen Tages einen zwischen RKI und BMG abgestimmten neuen konsolidierten Vorschlag zugestellt	
--	---	--



	<p>bekommen</p> <p>To-Do: Überarbeitung des Dokuments FG36 (Hr. Buchholz), zurückspiegeln an Leitung</p>	
8	<p>Dokumente (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p>Update Impfen (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p>Labordiagnostik (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG17 / ZBS1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38 Alle
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (<i>nur montags</i>)</p> <p>!</p>	
13	<p>Surveillance (<i>nur montags</i>)</p> <p>o (nicht berichtet)</p>	FG32 (Diercke)
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (<i>nur montags</i>)</p>	FG38
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 11.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:15 Uhr

