# Krisenstabssitzung zu COVID-19

**Ergebnisprotokoll**

*Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014*

***Anlass:***COVID-19

***Datum:*** *Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
	+ Lothar H. Wieler
	+ Lars Schaade
* Abt. 1
	+ Martin Mielke
* Abt. 2
	+ ./.
* Abt. 3
	+ Tanja Jung-Sendzik
* FG11
	+ ./.
* FG12
	+ ./.
* FG14
	+ Mardjan Arvand
	+ Melanie Brunke
* FG17
	+ Djin-Ye Oh
* FG21
	+ Wolfgang Scheida
* FG25
	+ Christa Scheidt-Nave
* FG32
	+ Michaela Diercke
* FG33
	+ N.N.
* FG34
	+ Viviane Bremer
* FG35
	+ ./.
* FG36
	+ Stefan Kröger
* FG37
	+ Muna Abu Sin
* FG38
	+ Maria an der Heiden
* IBBS
	+ Christian Herzog
	+ Bettina Ruehe
* ZBS1
	+ Janine Michel
* MF3
	+ ./.
* MF4
	+ ./.
* P1
	+ Esther-Maria Antão
* P4
	+ ./.
* Presse
	+ Ronja Wenchel
* ZIG
	+ Johanna Hanefeld
* ZIG1
	+ Franziska Badenschier (Protokoll)
* BZgA
	+ Martin Dietrich

Vorbemerkung: Verkürzter Krisenstab und entsprechendes Protokoll wegen Brückentag.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TOP | Beitrag/ Thema | **eingebracht von** |
| **1** | Aktuelle Lage National * Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-05-14_Lage_AG%5CLage-National_2021-05-14.pptx)
* Fallzahlen, Todesfälle, Trend
* SurvNet übermittelt: 3.577.040 (+11.336), davon 85.848 (+190) Todesfälle
* Weiter sinkende Zahl neuer Fälle; heute deutlich weniger als sonst freitags, z.T. Feiertagseffekt von gestern
* 7-Tage-Inzidenz: 97/100.000 Ew. Gesamtbevölkerung; 37/100.000 Ew 80+ Jahre.
* Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 28.516.504 (34,4%), mit vollständiger Impfung 8.320.680 (10,0%)
* Intensivregister: Zahlen leicht zurückgehend
* DEMIS: Meldungen pro Tag über DEMIS und Anzahl COVID-19-Fälle nach Meldedatum
	+ Blau: Meldungen über DEMIS
	+ Orange: COVID-19-Fälle
	+ Wenn normale und variantenspezifische PCR für 1 Person = doppelt oder gar dreifach gemeldet
	+ Wochenend-Effekt deutlich: Labore melden weniger
	+ Spitzen dienstags und donnerstags
	+ Feiertag-Effekt deutlich: an Ostern 4 Tage lang weniger Meldungen, Himmelfahrt gestern auch weniger Meldungen (25 Kreise haben gar nicht gemeldet); Effekt wird nicht ausgeglichen, d.h. keine zusätzlichen Testungen nach Feiertagen, somit nicht nachgemeldet
* Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:
	+ SL schert etwas aus
	+ SH weiterhin einziges BL mit 7TI unter 50/100.000 Ew.
	+ >50% der Kreise mit 7TI <100/100.000 Ew.
	+ Deutschlandkarte hellt sich auf
* Anmerkungen:
	+ BW, TH, Teile von HE noch relativ dunkel – Querdenken-Hochburgen: Korrelation weiterhin gegeben
	+ L. Wieler: Verweis auf Analyse von BZgA zu Assoziation von Ablehnung von Maßnahmen und Fällen; Karte sieht ähnlich aus; Screenshot an nCoV-Lage gemailt
	+ Dietrich: BZgA verwendet geobasierte Kommunikation, d.h. beauftragte Agenturen spielen unterschiedlichen Content aus

TO DO: Im Lagebericht heute Disclaimer zu Feiertag einbauen und bis Anfang kommender Woche beibehalten; Woche darauf wegen Pfingstmontag erneut verwenden. TODO: BZgA, Herr Dietrich, ist gebeten, demnächst Analyse und entsprechend weiteres Vorgehen der BZgA im Krisenstab vorzustellen.  | FG32 (Diercke) |
| **2** | Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)Neue Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV)* Gestern (13.05.2021) in Kraft getreten
* (Anm.: siehe BMG [hier](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/coronaeinreisev.html) )
* RKI außer bei Begriffsdefinition nicht involviert
* Neu:
* bisherige Einreise-VO mit Schutz-VO und Musterquarantäne-VO zusammengeführt
* §4 Absonderungspflicht nun auf Bundesebene, gilt bis 30.06.2021 – alle anderen bestehen so lange, bis Bundestag Epidemiologische Lage aufhebt
* Beförderungsverbot integriert: Wenn auf Luftweg aus Virusvarianten-Risikogebiet in DEU einreisend, weiterhin Beschränkung von Beförderung bei Einreise
* Testnachweise
* Wenn aus „normalem“ Risikogebiet einreisend:
	+ anmelden in DEA
	+ aber wenn Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis oder neg. PCR: keine Quarantäne nötig
* Wenn aus Hochinzidenz-Risikogebiet einreisend:
	+ Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis befreit sofort von Quarantäne
	+ Ansonsten PCR-Test frühestens ab Tag 5 nach Einreise
* Wenn aus Virusvarianten-Risikogebiet einreisend:
	+ Weiterhin 14 Tage Quarantäne für alle
* Anmerkung Hanefeld:
* bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass 3 Risikogebiete-Kategorien komplex sind
* Kommentierung zu neuer Einreise-VO vor etwa 10d, als ursprüngliches Dokument; Vorschlag für max. Zweischritt nicht aufgenommen

TO DO: Hanefeld schickt Mailverlauf an M. an der Heiden. | FG38 (Maria an der Heiden) |
| **3** | Klinisches Management/EntlassungsmanagementAusbruch Osnabrück 2* Besonderheit: 45 Personen in Pflegeheim betreut; 19 davon pos. getestet; davon 18 vollständig geimpft; davon wiederum 7 verstorben
* Alle hatten mehrere Vorerkrankungen waren älter als 82 Jahre
* Mail an nCoV-Lage 14.05.2021, 11:11 Uhr
* Einschätzung:
* bemerkenswerter Ausbruch
* Diskussion, Fragen und Antworten bzw. offene Fragen:
* Abstand nach Impfungen?
* Virusvariante? B.1.1.7 ohne Auffälligkeiten
* Impfstoff? BioNTech/Pfizer
* Welche Batches für Erst- und Zweitimpfung? Selbst wenn Probleme nur mit 1 Batch, sind Zahlen hoch.
* Korrekt gekühlt? – Laut Bericht: Keine Probleme mit Kühlkette oder Erschütterungen
* Fälle unter Belegschaft? 7 von 55 Mitarbeiter:innen; nicht gesamtes Personal geimpft
* PEI hat bereits angefragt
* Ähnliche Ausbrüche in Pflegeheimen mit Geimpften bereits bekannt? Ja, aber nur leicht symptomatisch
* Serologische Untersuchungen? Bislang nicht; Schwierigkeiten, an Seren zu kommen.

TODO: Informationen/ Bericht mit Leitung und Bremer abstimmen, dann an BMG weitergeben.TODO: Ausbruch genauer untersuchen.TODO: Austausch mit PEI.Entisolierungskriterien für geimpfte Positive * Grundsatzfrage von BMG, einzelnen GÄ, Konsiliarlabor und anderen Laboren: Wie umgehen mit Geimpften, die einen positiven SARS-CoV-2-Nachweis erhalten? Wie Ungeimpfte behandeln?
* Datengrundlage jüngst im EpidBull
* Ähnliche Schlussfolgerung wie CDC und ECDC: Geimpfte spielen keine wesentliche Rolle, können aber potenziell Virus weitertragen
* Corman und Drosten haben angekündigt, dass häufiger schwach positive Fälle auftreten werden
* Vorschlag Konsiliarlabor: angepasstes Vorgehen für verkürzte Isolierungsdauer: 2 Tage + anschließende PCR-Verlaufsuntersuchung nach z.B. 72h; je nach Ergebnis Entisolierung oder erneute Beurteilung
* Fragen:
* Anfangs Schwellenwert definieren für Verlaufsuntersuchung?Antwort: aufgrund 1 Untersuchung unklar, ob Person am Anfang oder Ende des infektiösen Zeitraums; deswegen sollen alle mind. 1 Verlaufsuntersuchung bekommen.
* Schwellenwert für Verlaufsuntersuchung, Entisolierung: neg oder weniger als 10^6 Viruslast oder CT30+ o.a.?

Antwort: KL möchte voraussichtlich negatives Ergebnis fordern, Entscheidung nach Gespräch mit AGE* Diskussion:
* Wenn Person, die vollständig geimpft ist, zum gegenwärtigen Zeitpunkt als neu infizierte Person entdeckt wird, dann ist das besonders wichtiger Fall; deswegen Interesse an Einzelfall-Analyse
* Kinetik: für relevante Kinetik ist 2. Untersuchung wichtig
	+ Wenn Viruslast ansteigt: vollständig isolieren wie bei Neuinfektion, weil primäres Impfversagen zugrunde liegen kann
	+ Wenn Viruslast absinkt und Person symptomlos: verkürze Isolierung möglich.
* Schwellenwert bei Symptomlosen sollte weiter gültig sein.
* Großes Interesse an Antwort haben Kliniken: Personal durchgeimpft und weiter exponiert, sodass es positive Befunde geben kann und große Ausfälle befürchtet werden.
* Falsch-positive PCR
	+ Einerseits: relativ häufig
	+ Andererseits: Bei positivem Schnelltest wird 1 anschließender PCR verlangt, nicht 2 PCR; System vertrauen
	+ Vergleich Entlassmanagement für medizinisches Personal: weiterhin 2 unabhängige PCR nötig, aber Rückmeldung, dass schwer umzusetzen, z.B. in Pflegeeinrichtungen wegen ungeklärter Kostenübernahme
* Im Zweifel Einzelfallentscheidung der Klinik – Dilemma: Möglichst viel Sicherheit bieten, aber Praxis nicht außen vor lassen
* Pro-Argumente, d.h. für (mind.) 5 Tage (insb. Mielke, Oh, Kröger)
* 72h ist hinreichend langer Zeitraum für Großteil der Betroffenen, um Symptome zu entwickeln oder Virusausscheidung zu verändern
* Berücksichtigt Zeit zwischen Abstrich, Ergebnis und Kommunikation des Ergebnisses
* Infektionsprävention höher gewichten als mögl. Personalausfall
* Skizziert Rahmenbedingungen; Einzelfallentscheidung möglich
* Falls falsch-positive PCR, dann 14 Tage Isolation auf 5 Tage verkürzt = zu vertreten; aber nicht auf 3 Tage
* L. Schaade: Es gibt bereits 14, 10 und 5 Tage für Testen/ Entlassungen – nicht noch 3 Tage einführen – sonst Eindruck der Beliebigkeit erwecken
* Contra-Argumente, d.h. gegen (mind) 5 Tage – für weniger als 5 Tage (insb. Herzog)
* Keine Evidenz für 5 Tage
* Entscheidung:
* 5 Tage
* Und zum Entlassungstag soll PCR-Test vorliegen, der nicht älter als 72h ist und dessen Ergebnis negativ ist oder unter 10^6 oder CT über 30

TODO: Rühe möge bitte Textvorschlag erstellen.  | FG8 (Maria an der Heiden)IBBS (B. Ruehe) |
| **4** | RKI-Strategie FragenRKI-intern* CDC, USA: Zweifach Geimpfte können auf Maskentragen u.a. verzichten. Diskussion wird auch bei uns aufkommen. Bereits Gespräche im Haus?
* L. Schaade:
* nicht darüber diskutieren, solange noch keine 60% geimpft
* Impfquote in USA viel höher
* Anmerkungen
* Bevölkerung wird Mühe haben, bis zum Erreichen einer angemessenen Impfquote Masken zu tragen; nicht möglich, sich von jedem Impfausweis zeigen zu lassen; insofern plausibel, Maskentragen an Impfquote festzumachen.
* Die meisten Studien zu Impfstoff-Effektivität wurden durchgeführt, als alle Menschen Masken getragen haben.
 | Presse (Wenchel)  |
| **5** | InternationalesUK wird wieder normales Risikogebiet* UK wird von DEU wieder als „normales“ Risikogebiet eingestuft wegen Virusvariante B.1.617, aber nicht als Virusvarianten-Risikogebiet; ähnliche Situation wie Indien vor drei Wochen
* Hinweis insb. an Presse
* Presse: Übers Wochenende wie gehabt erreichbar, wird Lagezentrum vorwarnen
* Frage L. Wieler: Gibt es bereits passende PCR, um schneller zu sein als mit Sequenzanalyse? Entwicklungen bei Gesundheitsämtern?
* Antwort Kröger:
	+ Einer der Beweggründe für VOC-Ernennung: Mittel für PCR können an GÄ gehen, um besseres Bild zu bekommen;
	+ Im neuen SurvNet-Update Möglichkeit geschaffen, Virusvariante einzugeben
	+ ad hoc-Erhebung wie bei B.1.1.7 wäre möglich, aber Genomsequenzierungen geben sehr gutes Bild, nur leicht verzögert; nächste Woche zu klären, wenn neue Zahlen aus Genomsequenzierung vorliegen (für KW18+19); zuletzt in ca. 1,5% der Sequenzen die beiden Subvarianten (B.1.617.1 und B.1.617.2) detektiert, v.a. Fälle mit Reiseanamnese
* Diskussion: variantenspezifische Maßnahmen
* Noch keine Hinweise, dass Variante schlimmer als B.1.1.7
* Jeder Fall muss isoliert werden
* GÄ gehen unsicher mit Laborergebnissen um, reagieren mitunter erst, wenn Variante bekannt ist; dabei sollten Maßnahmen sich nicht unterscheiden.
* UK führt spezielle Maßnahmen in Hotspots durch; DEU hat (noch) keine solchen Hotspot; ad hoc-Erhebung würde auch nicht helfen, diese zu finden.

TODO: In EpiLag und AGE (erneut) informieren.TODO: Risikogebiete-Seite online aktualisieren. | ZIG1 (Hanefeld) |
| **6** | Andere Themen* Nächste Sitzung: Mo., 17.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex
 |  |

**Ende: 12:11 Uhr**