# 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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-05-14_Lage_AG\Lage-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/Entlassungsmanagement  Ausbruch 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 Fragen  RKI-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** | Internationales  UK 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**