**Protokoll Umsetzung GMK/MPK-Beschlüsse**

***Datum:*** *Mittwoch, 26.01.2022, 10:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
	+ Lars Schaade
* Abt. 1
	+ Martin Mielke
* Abt. 3
	+ Osamah Hamouda
	+ Tanja Jung-Sendzik
* FG32
	+ Michaela Diercke
	+ Justus Benzler
* FG33
	+ Thomas Harder
* FG35
	+ Christina Frank
* FG36
	+ Walter Haas
	+ Silke Buda
* FG37
	+ Muna Abu Sin
	+ Julia Hermes
* FG38
	+ Ute Rexroth
	+ Ariane Halm (Protokoll)
* ZBS7
	+ Claudia Schulz-Weidhaas
	+ Michaela Niebank

|  |  |
| --- | --- |
| TOP | Beitrag/ Thema |
| **0** | * Treffen wurde aufgrund mehrerer BMG-Erlasse nach den letzten GMK- (22.02.2022) und MPK-Beschlüssen (24.01.2022) einberufen
* Keine feste Frist, Antwort soll zeitnah heute Nachmittag erfolgen
* Sammeln und Vorlage bei BMG: Aufgabe Jung-Sendzik & Rexroth
 |
| **1** | Quarantäne & Isolierung* Ziffer 6 des MPK-Beschlusses, Dokumententwurf [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2022-01-26_Lage-AG%5CQuarant%C3%A4ne-Isolation-MPK_Vorschlag_Sondertreffen-2022-01-26.docx)
* Anpassung diverser Punkte im Dokument
* Streichen der extra Zeile für Beschäftigte in KKH und Pflegeheimen usw.), stattdessen, Einbezug dieser unter allgemeiner Bevölkerung
* Zertifizierter Antigentest an 1. Stelle
* PCR wird als Option erhalten bleiben, es gibt viele Anfragen hierzu
* Wenn PCR-Testung bei allgemeiner Bevölkerung bleibt, Fußnote bzgl. Reservierung von PCR für KRITIS-Personal bei Kapazitätenengpass? – Erläuterungen zur Priorisierung erfolgen an anderer Stelle, nicht in diesem Papier
* Bei Beschäftigten in KKH und vorhandenen Kapazitäten ggf. negativer PCR-Test, ansonsten Tätigkeitsaufnahme nach negativem Antigentest
* Beenden Isolierung: erneuter Test nach 2 Tagen (Tag 10) wird (sichtbar) gestrichen 🡪 wenn an Tag 7 noch positiv, dann Isolierung bis Tag 10
* Es gibt eine Sonder-AGI-Sitzung am Donnerstag
* Es gibt in dem Dokument zusätzlich zu den MPK-Beschlüssen noch mehr Nachbesserungsbedarf. Andere Dinge können im Hintergrund vorbereitet werden, jetzt zunächst Fokus auf den Erlass heute, in Begleittext kann auf die zusätzlich offenen Punkte hingewiesen werden
* Ute Rexroth hat mitgeschrieben und schickt Dokument an Muna Abu Sin, letztere entwickelt gemeinsam mit FG36 Vorschlag
 |
| **2** | Kontaktpersonenmanagement, Email 23:27 BMG (Rottmann)* Ziffer 8 des MPK-Beschlusses, kommentiertes MPK Dokument [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2022-01-26_Lage-AG%5CRahmenempfehlung%20f%C3%BCr%20Kontaktnachverfolgung_ub-Kommentare-RKI_2022-01-26.pdf)
* RKI-Rahmenempfehlung ist nun so anzupassen und zu priorisieren, dass es MPK-Beschluss entspricht und auf RKI-Seite publiziert werden kann
* Besprochene Anpassungen
* Superspreader werden gestrichen, keine nicht zwingend notwendigen Spezialregelungen mehr
* Priorisieren von Bereichen in denen viele medizinisch vulnerable Personen (höheres Risiko für einen schweren Verlauf) zu erwarten sind
* Dauer der Quarantäne und Isolierung sollte „auf das notwendige Maß“ beschränkt sein
* Dauer ist einrichtungsbezogen verschieden und anders als in der Tabelle
* Titel anpassen (gemäß GMK und MPK-Beschlüsse), Verweisen auf KoNa Papier am Anfang und dieses mitschicken, „optische Darstellung“ in grauem Kasten am Anfang
* Unter 3.2.2 im KoNa Papier
* Tabelle (die jetzt noch separat steht) soll in KoNa-Papier eingefügt werden
* Auf der RKI-KoNa-Internetseite Veröffentlichung der fachlichen Papiere, Management und Tabelle, hierauf kann verwiesen werden
* Alter Link Absonderung wird beibehalten (ansonsten müsste an anderen Stellen auch korrigiert werden)
* MPK-Tabelle basierend auf der VO kann über Absonderung oder über KoNa-Management erreicht werden
* FG36 und Pressestelle besprechen und finalisieren dies noch
 |
| **3** | Genesenennachweis* Ziffer 7 des MPK-Beschlusses, Entwurfsdokument [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2022-01-26_Lage-AG%5CFachliche-Vorgaben-RKI-Genesenennachweis_Vorschlag_2022-01-26.docx)
* Ist nicht adressiert im heutigen Erlass, wird jedoch mit vorgelegt
* Neben PCR auch zweimaligen Teststation- (oder Labor)-Antigentest von unterschiedlichen qualitativ hochwertigen Herstellern (Verweis auf PEI) mit einfügen
* Wie wird Bestätigung dokumentiert?
* Einmaliger Antigentest (Ag-Test) kann laut EU-Vorgaben als europäisches COVID-19-Zertifikat vermerkt werden, zweiter Ag-Test nicht, auch nicht die Test-Hochwertigkeit
* Entsprechendes Zertifikat basierend auf 2 Ag-Nachweisen kann nicht als gültiges EU-CC dokumentiert werden
* Zeitrahmen Genesene
* Nach erstem Test nach frühestens 28 Tagen (im Zertifikat kann nur Datum von einem Test hinterlegt werden, Entscheidung für ersten)
* Genesenennachweis wird nach 90 Tagen ungültig, aber für vollständig geimpfte Genesene (wenn vor Infektion vollständig geimpft) ist dies anders, Genesung ist wie Booster und verlängert Gültigkeitsdauer
* Wenn das Genesenenzertifikat nach 90 Tagen seine Gültigkeit verliert, kann es nicht mehr in Zusammenhang mit einer vorherigen Impfung genutzt werden um die 2G-Frist zu verlängern
* Achtung: Unterschied Nachweis (z.B. Infektion, wird nicht ungeschehen gemacht) vs. Zertifikat (mit begrenzter Gültigkeit), verschiedene Konstellationen sind möglich
* Reinfektion Definition
* Was ist mit Reinfizierten mit erst Delta und dann Omikron?
* Handlungsbedarf für neue Formulierung die bald sehr viele Genesene betrifft
* Immunschutz bei diesen mehrfach Infizierten ist noch nicht bekannt, deswegen konservative Formulierung, diese Gruppe kann noch nicht berücksichtigt werden
* Immunität aus Genesung nach natürlicher Infektion ist komplexer als nach Impfung, wissenschaftliche Unsicherheit hierüber könnte in einem fachlichen Dokument zum Ausdruck gebracht werden, ist differenziert auch abhängig von (stärke der) Symptomatik, wo liegen Unwägbarkeiten
* Wird nicht in dieses Dokument, das rechtliche Vorgaben macht, integriert
 |
| **4** | Darstellung Covid-19-Surveillance bei steigenden Infektions-Fallzahlen; Begründung der Trennung von PCR- & Antigen-Testzahlen in der Statistik * Michaela Diercke stellt Grafik mit übermittelten Ag- und PCR-Fallzahlen vor
* Ag-Tests ohne anschließende PCR-Bestätigung machen sehr kleinen Anteil der insgesamt gemeldeten positiven Testungen aus, Illustration dient lediglich zur Veranschaulichung
* RKI-Dashboard würde nicht angepasst
* Grafik könnte in RKI-COVID-19 Wochenbericht aufgenommen werden
* Positive Ag-Test-Fallzahlen werden in den GA nicht eingegeben
* Testzentren melden per Fax, muss per Hand eingegeben werden
* Anteil positiver Ag-Fälle wird wahrscheinlich steigen, wenn Labore umstellen und selber auch mehr Ag-Testnachweise machen
* Positivanteil bei Omikron im ambulanten Bereich aktuell ~20%
* Bei den hohen Fallzahlen macht Vollerfassung keinen Sinn mehr, eine repräsentative Erfassung auf Bevölkerungsebene ist nicht möglich
* Falls wirklich gewünscht, könnten Ag-Tests in den Wochenbericht aufgenommen werden, RKI rät (aufgrund der Untererfassung) davon ab
* Mischung der Fallzahlen der verschiedenen Testungen würden zu Sprung in der Statistik führen und hätten keinen Interpretationswert
* Kommt diese Woche nicht in den Wochenbericht, frühestens nächste Woche Umsetzung
* Im Bericht zu erwähnen: GA stehen vor Kollaps, Vollerfassung ist unmöglich
* Michaela Diercke und Silke Buda bereiten Antwort vor
 |
| **5** | Modellierung notwendiger theoretischer PCR-Testkapazitäten um Infektionsentwicklung „angemessen“ abzubilden * Positivanteil aller Testungen sollte idealerweise <5% liegen
* Aktuelle Testdaten DE KW3: 2,5 Mio. Tests, 32% Positivanteil
* Um 10% der Fälle nachweisen zu können bei Fallzahlen von 200-400.000 bräuchten wir 2-4 Mio. PCR-Tests
* Aus o.g. Gründen (Vollerfassung macht keinen Sinn und kann von GA nicht bewältigt werden) ist dies keine sinnvolle Lösung und auch technisch nicht machbar
* Technische Einschränkungen sollten nicht primär erwähnt werden, da sie zu einem Presse Shitstorm führen
* Argumentation: in einer solchen Situation ist zur Erfassung der Lage anderes Vorgehen notwendig, Prioritäten sind folgende
1. Sachgerechte medizinische Versorgung von Kranken, hierzu PCR-Kapazitäten priorisieren 🡪 Diagnostik mit therapeutischen Konsequenzen
2. Handlungsfähigkeit der GA bzgl. Maßnahmen bei speziellen Gruppen
3. Messparameter zur Einschätzung der Lage auf Bevölkerungsebene: sind etabliert durch die Testzentren, unterstützt durch selbstverantwortliche Konsequenzen aus Testergebnis innerhalb der Bevölkerung
* Vollerfassung weder sinnvoll noch möglich, Anspruch auf Containment wird aufgegeben (bis auf spezielle Gruppen)
 |
| **6** | Nationale Teststrategie, auf die laufende Omikron-Welle fokussiert* Wurde bereits von Martin Mielke bearbeitet und Kontakt mit BMG läuft
* Testung vorrangig zur medizinischen Abklärung
* Priorität, vulnerable Population zu schützen, vorrangig mit PCR, Ag-Testung auch akzeptiert
* Isolierung nach nachgewiesener Infektion kann durch zertifizierten Ag-Test nach 7 Tagen beendet werden, wenn 48h symptomfrei
* RKI Aufgabe ist die fachliche Fundierung der Empfehlungen
* Nationale Teststrategie hat Finanzierungskonsequenzen
* Dieser Teil kommt nicht in heutigen Bericht ans BMG, da es bereits läuft
* Konkret erwähnen und Verweis auf Emailverkehr mit RKI
* Priorisierung Diagnostik symptomatisch erkrankter Personen bleibt erhalten so lange es geht, BMG (Referatsebene) war hiermit einverstanden
 |
| **7** | AOB* Ute Rexroth hat die Dokumente mit den Notizen verschickt, sie sind auch im Krisenstabsordner abgelegt
* Entisolierungspapier KKH bleibt unangetastet!
* Info von Claudia Schulz-Weidhaas: PCR-Tests sind nicht das Kapazitätsproblem in Krankenhäusern
 |

**Ende: 11:40**