

TO DO: Erneute Änderungen - Ergebnis heutige Besprechung mit BMG zur Quarantäne 11:00-11:50 Uhr
Schaade, Lars

Datum: 03.01.2022 12:12:06

An:

Liebe Kolleginnen und Kollegen, kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der der Besprechung mit BMG eben.

Teilnehmer BMG: Minister, AL Velter, UAL Rottmann, UAL Renner, UAL Algermissen Teilnehmer

RKI: Wieler, Schaade

Minister hat eben zur Quarantäne und Entisolierung

Folgendes entschieden:

1. Normalbevölkerung: Quarantäne: mindestens 7 Tage, dann Freitestung mit PCR oder Antigentest
ODER 10 Tage ohne Abschlusstest

Isolierung: mindestens 48 h symptomfrei und mindestens 7 Tage, dann Freitestung mit PCR > CT 30
Für Kinder/Schule bleibt alles wie von uns vorgeschlagen

2. KRITIS/Krankenhaus/Alten,-Pflegeheim:

Quarantäne: mindestens 5 Tage, dann Freitestung mit PCR (nicht Antigentest); bei KRITIS alternativ
auch 10 Tage ohne Test (gilt nicht für Krankenhaus/Alten-, Pflegeheim) Isolierung: mindestens 48 h

symptomfrei und mindestens 7 Tage, dann Freitestung mit PCR > CT 30

3. Ausnahmen von der Quarantäne:

Vollständig Geimpfte ab 14 Tage nach 2. Impfung für 2 Monate; dann erneut ab 7 Tag nach der
Auffrischimpfung Genesene für 2 Monate nach der Genesung, dann erneut für 2 Monate nach der ersten
Impfung; und wieder erneut ab 7 Tag nach der Auffrischung

Bitte bis heute DS umsetzen und an BMG leiten.

Können gleich im Krisenstab nochmal drüber sprechen.

Danke, Gruß

LS

From: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)
To: ["Pozo Martin, Francisco" <Pozo-MartinF@rki.de>](mailto:Pozo-MartinF@rki.de)
[nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)
Date: 1/5/2022 10:37:39 AM
Subject: AW: systematic review of contact tracing interventions - presenting next week

Dear Francisco,

Happy New Year to you, too!

Thanks for the heads up, please save the presentation prior to the meeting in the folder
S:\Wissdaten\RKI_nCoV-
Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-01-13_Lage-AG
and confirm preferably the day before or at least 1h prior to the meeting that the presentation is
going to take place.

This allows colleagues ample of time to include it on the agenda. Thank you.

Best,
Susi

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Pozo Martin, Francisco

Gesendet: Mittwoch, 5. Januar 2022 09:55

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>; Hanefeld, Johanna <HanefeldJ@rki.de>; El Bcheraoui, Charbel
<El-BcheraouiC@rki.de>

Betreff: systematic review of contact tracing interventions - presenting next week

Dear colleagues,

I hope this email finds you well. First of all, happy new year.

Professor Hanefeld has asked that I present the results from the ZIG2 systematic review of the effectiveness of contact tracing interventions at the Krisenstab meeting on Wednesday of next week. Would that be possible? And if so, could you kindly include this item in the agenda for next week's meeting?

Thank you very much.

Best regards,

Francisco

From: ["Pozo Martin, Francisco" <Pozo-MartinF@rki.de>](mailto:Pozo-MartinF@rki.de)

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 1/5/2022 8:55:29 AM

Subject: systematic review of contact tracing interventions - presenting next week

Dear colleagues,

I hope this email finds you well. First of all, happy new year.

Professor Hanefeld has asked that I present the results from the ZIG2 systematic review of the effectiveness of contact tracing interventions at the Krisenstab meeting on Wednesday of next week. Would that be possible? And if so, could you kindly include this item in the agenda for next week's meeting?

Thank you very much.

Best regards,

Francisco

From: ["Schaade, Lars" <SchaadeL@rki.de>](mailto:SchaadeL@rki.de)

To: ["Wichmann, Ole" <WichmannO@rki.de>](mailto:WichmannO@rki.de)

["Haas, Walter" <HaasW@rki.de>](mailto:HaasW@rki.de)

["Maier, Benjamin" <MaierB@rki.de>](mailto:MaierB@rki.de)

["an der Heiden, Matthias" <AnderHeidenM@rki.de>](mailto:AnderHeidenM@rki.de)

["Buchholz, Udo" <BuchholzU@rki.de>](mailto:BuchholzU@rki.de)

["Oh, Dschin-Je" <OhD@rki.de>](mailto:OhD@rki.de)

[nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 1/6/2022 7:36:46 AM

Subject: WG: Inkubation / Serielles Intervall verkürzt: Omikron / WHO TAG-VE Meeting

z.K., wichtig für die Modellierung.

Und man muss wohl sagen, dass eine Kontaktpersonennachverfolgung bei einem seriellen Intervall von 2 Tagen (wenn das denn stimmt) eigentlich nicht mehr effektiv durchführbar ist.

@Frau Oh: Danke! Sind die Daten aus Singapur bereits irgendwo publiziert oder auf einem Preprint-Server?

@LZ: Bitte unter Strategie auf die TO des Krisenstabs morgen setzen.

Gru?

LS

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Oh, Dschin-Je

Gesendet: Donnerstag, 6. Januar 2022 06:24

An: Wieler, Lothar <WielerLH@rki.de>; Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Cc: Hanefeld, Johanna <HanefeldJ@rki.de>; Wolff, Thorsten <WolffT@rki.de>; public-health-intelligence <public-health-intelligence@rki.de>; Rohde, Anna <RohdeAn@rki.de>; Kerber, Romy <KerberR@rki.de>; Elerbrok, Heinz <ElerbrokH@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Kroger, Stefan <KroegerS@rki.de>; Fuchs, Stephan <FuchsS@rki.de>; von Kleist, Max <KleistM@rki.de>

Betreff: Inkubation / Serielles Intervall verkürzt: Omikron / WHO TAG-VE Meeting

Lieber Herr Wieler, lieber Herr Schaade, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Ergänzung zur gestrigen Zusammenfassung des WHO TAG-VE Meetings noch Information zu einem weiteren Kurzvortrag (aufgrund einer technischen Störung gestern erst heute als Nachtrag) :

4. Verkürzung von Inkubationszeit und Seriellem Intervall bei Omikron (Mark Chen, NCID Singapore)

Auswertung von Kontaktnachverfolgungsdaten aus Singapur für Omikron (N=75) und Delta (N=90):

Inkubationszeit (cases with single day exposure; time from exposure to symptom onset) Delta

[Median, (IQR)]: 4 Tage (3, 6)

Omikron: 3 Tage (2, 4)

Serielles Intervall (all cases; time from symptom onset of primary case to symptom onset of secondary case) Delta [Median, (IQR)]: 4 Tage (2, 5)

Omikron: 2 Tage (2, 3)

Das heisst:

1) Omikron hat gegenüber Delta eine um ca. 1 Tag verkürzte Inkubationszeit und ein um 2 Tage verkürztes serielle Intervall. Dies habe Implikationen für die Kontaktnachverfolgung (musse schneller erfolgen) bzw. die Frequenz, mit der Kontaktpersonen getestet werden müssen, um kontagiöse Personen zu erkennen (musse häufiger erfolgen).

2) Für Omikron ist das serielle Intervall kürzer als die Inkubationszeit. Daraus folgt, dass ein erheblicher Teil von Übertragungen präsymptomatisch erfolgt. Dies impliziert, dass Strategien, die auf Selbstisolation nach Symptombeginn basieren, an Effizienz verlieren.

Viele Grü?e,

Djin-Ye Oh

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Oh, Dschin-Je

Gesendet: Mittwoch, 5. Januar 2022 15:41

An: Wieler, Lothar <WielerLH@rki.de>; Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Cc: Hanefeld, Johanna <HanefeldJ@rki.de>; Wolff, Thorsten <WolffT@rki.de>; public-health-intelligence <public-health-intelligence@rki.de>; Rohde, Anna <RohdeAn@rki.de>; Kerber, Romy <KerberR@rki.de>; Elerbrok, Heinz <ElerbrokH@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Kroger, Stefan <KroegerS@rki.de>; Fuchs, Stephan <FuchsS@rki.de>; von Kleist, Max <KleistM@rki.de>

Betreff: Omikron & B.1.640.2 / WHO TAG-VE Meeting

Lieber Herr Wieler, lieber Herr Schaade, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zu Ihrer Information die heute im WHO TAG VE Meeting besprochenen Punkte:

1. Update aus UK (Eric Volz, Imperial)

Zusammenfassung der Daten aus den beiden letzten HSA Technical Briefings:

- Es wird weiterhin eine Zunahme der Omikronfälle beobachtet, Omikron verdrängt Delta. Eine gewisse Verlangsamung der Omikron "growth rate" erklärt man sich über NPIs (zB Schulferien).
- Es gibt Hinweise dass Omikron mit weniger schweren Krankheitsverläufen im Vergleich zu Delta einher geht. Delta war allerdings virulenter als die ursprüngliche Variante aus Wuhan. Bislang sahe es aus, als sei Omikron mit Krankheitsverläufen assoziiert, die nicht viel weniger verliefen als die mit der Wuhan-Variante assoziierten.
- Unter Omikron-Infizierten ist der Anteil von Durchbruchinfektionen höher als unter Delta-Infizierten (die mit höherer Wahrscheinlichkeit Ungeimpfte betreffen, da Delta weniger immunevasiv ist). Dies kann zu Verzerrungen führen, die bei der Analyse / Interpretation von Daten zur

Krankheitsschwere immer beachtet werden sollten.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043807/technical-briefing-33.pdf

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1044481/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

2. Update on B.1.640.2 (Sylvie van der Werf, Institut Pasteur) Die eventuell aus dem Kamerun stammende, erstmals in Frankreich nachgewiesene Variante, zirkuliert weiterhin auf geringem Niveau in Frankreich. In vitro zeigen sich deutliche escape Eigenschaften im Sinne einer herabgesetzten Neutralisierungsaktivität von Impfplasma sowie einiger therapeutischer Antikörper. Ob diese Variante durch Omikron / Delta verdrängt werden wird oder nicht, lässt sich bislang nicht sagen. Aufgrund der immunevasiven Eigenschaften und der noch immer bestehenden Zirkulation diskutiert man in Frankreich die Einstufung als VOI.

3. Omikron Pathogenese Update (Ravindra Gupta, UK G2P Consortium) In vitro Daten weisen hin auf hohe Affinität zum ACE2-Rezeptor, sehr effiziente Replikation im Nasenschleimhautepithel, geringere Replikation in Alveolarzellen, präferentielle Nutzung eines TMPRSS2-unabhängigen Weges für den Zelleintritt (das heißt, dass Omikron hat einen neuen Zelltropismus entwickelt hat, mit dem es in "mehr" Wirtszellen zB der Nasenschleimhaut gut replizieren kann). Diese Daten sind preliminar, konnten aber eine Erklärung liefern für gegenüber Delta erhöhte Transmission und möglicherweise reduzierte Akutpathogenität.

Aufgrund einer technischen Störung war ein Vortrag (Epidemiologie aus Südafrika) nicht mitverfolgbar, falls da relevante Informationen hinzukommen, wurde ich diesbezüglich ein Update senden, sobald mir die meeting minutes vorliegen.

Die WHO bittet, die Inhalte der Diskussionen im Meeting nicht an die Öffentlichkeit weiterzugeben.

Allen ein Frohes Neues Jahr und viele Grüße, Djin-Ye Oh

From: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

To: ["Rottmann-Grossner, Heiko" <Heiko.rottman-grossner@bmg.bund.de>](mailto:Heiko.rottman-grossner@bmg.bund.de)

Date: 1/10/2022 4:41:06 PM

Subject: ID 4892 Initiativbericht Datengrundlage Omikronwelle

Attachments: [Initiativbericht-Datengrundlage-Omikronwelle-2022-01-10-Abt.3final.docx](#)

Sehr geehrter Herr Rottmann-Grossner,

anbei ein Initiativbericht des RKI zu den Auswirkungen der Omikronwelle auf die infektionsepidemiologische Surveillance in Deutschland.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Michael Baier

Lagezentrum COVID-19
Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin

Tel.: 030 18754 3063
E-Mail: nCoV-Lage@rki.de
Internet: www.rki.de
Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Auswirkungen der durch die Omikronwelle erwartbaren sehr hohen Infektionszahlen auf die infektionsepidemiologische Surveillance in Deutschland

Stand: 10.01.2022

Hintergrund

Wie in anderen Ländern bereits beobachtet wird, können die erwartbar sehr hohen Infektionszahlen während der Omikronwelle auch für Deutschland bedeuten, dass ergänzende Instrumente der infektionsepidemiologischen Surveillance für die Interpretation der Lage weiter an Bedeutung gewinnen. Das infektionsepidemiologische Meldewesen ist dank des Einsatzes unterschiedlicher Instrumente robust und flexibel und es liefert sensitiv und zuverlässig detailreiche Informationen zur Lage. Das einzelfallbasierte Meldewesen gemäß IfSG ist dabei nicht alleine zu betrachten, sondern im Kanon mit den weiteren Surveillanceinstrumenten, insbesondere den syndromischen Surveillanceinstrumenten für akute Atemwegsinfektionen. Dies gilt insbesondere während außerordentlicher Belastungen wie die der bevorstehenden Omikronwelle, bei der wöchentliche Fallzahlen im %-Bereich der Bevölkerung auftreten können. Durch die hohen Fallzahlen werden die Sensitivität und Detailtiefe der einzelfallbasierten Datensätze des Meldewesens vorübergehend nachlassen. Für die Einschätzung der Lage gewinnen weitere Surveillanceinstrumente (u.a. Grippeweb, AGI-Sentinel, ICOSARI und Laborsurveillance) besondere Bedeutung. Der wöchentliche Lagebericht des RKI zu COVID-19 wird somit auch weiterhin eine zuverlässige und differenzierte Datengrundlage zur Bewertung der epidemischen Lage bieten, da dort die Ergebnisse aus allen Instrumenten in der Gesamtschau betrachtet werden. Die Einschränkungen unter den besonderen Bedingungen müssen aber bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Einflussfaktoren auf Vollständigkeit und Vollständigkeit einzelfallbasierter Datensätze im infektionsepidemiologischen Meldewesen

Die Vollständigkeit der Erfassung von einzelfallbasierten Daten im Meldesystem gemäß IfSG ist von folgenden Faktoren abhängig:

1. Erfassung im medizinischen Versorgungssystem (abhängig von Anzahl Personen, die einen Arzt aufsuchen und bei denen Diagnostik durchgeführt wird, wird bei hohen Fallzahlen auch limitiert durch verfügbare Labor- und Testkapazitäten. Der Anteil der asymptomatisch erkrankten Personen (ca. 15-45%) wird dort in der Regel nicht erfasst, weil diese keinen Arzt aufsuchen)
2. Aktive Fallfindung durch Screening- und Reihenuntersuchungen von asymptomatischen Personen, z.B. in Schulen und am Arbeitsplatz
3. Meldung der Fälle an das Gesundheitsamt (mittlerweile Labormeldung digitalisiert und zuverlässig, Arztmeldung aufgrund mangelnder Compliance noch schlecht in der Umsetzung)
4. Aktive Fallfindung durch das Gesundheitsamt (z.B. Ausbruchsuntersuchungen, Kontaktpersonennachverfolgung, ist abhängig von den im Gesundheitsamt verfügbaren Ressourcen, diese zuletzt aufgrund hoher Fallzahlen schon sehr stark belastet)
5. Übermittlung der Fälle vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI gemäß Falldefinition (nur PCR-Nachweise gehen in die Statistik ein, wenn positive Antigennachweise nicht bestätigt werden oder symptomatische Kontakte (Verdachtsfälle) nicht weiter diagnostiziert werden, fehlen diese in den Fallzahlen).

Neben der Vollständigkeit der Fälle, die insbesondere für die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz eine Rolle spielt, ist die Vollständigkeit von den für die Einzelfälle erfassten Angaben insbesondere zum Hospitalisierungs- und Impfstatus wichtig. Mit zunehmender Belastung der Gesundheitsämter ist davon auszugehen, dass die Vollständigkeit der Angaben abnehmen wird, dies hat insbesondere Auswirkungen auf die Berechnung der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz und die Bewertung der Impfeffektivität. Die Gesundheitsämter werden aufgrund der hohen Fallzahlen auch die Kontaktpersonennachverfolgung weiter priorisieren müssen. Die Nachverfolgung internationaler Kontakte wird zugunsten der Lagebewältigung vor Ort depriorisiert werden müssen.

Im Folgenden werden die zu erwartenden Limitationen sowie Lösungswege erläutert.

Test- und Laborkapazitäten

Mit steigender Anzahl von Infizierten während der Omikronwelle wird erfahrungsgemäß die Untererfassung über alle Altersgruppen und Deutschlandweit zunehmen. Der wichtigste limitierende Faktor wird die deutschlandweit begrenzte Laborkapazität von ca. 2,5 Millionen PCR-Tests/ Woche sein. Dies wird dazu führen, dass ab einem bestimmten Niveau das Verhältnis zwischen der Zahl der übermittelten Meldungen und der Zahl der tatsächlichen Infektionen deutlich weiter auseinander geht als bisher (höhere Untererfassung).

Testpriorisierung

Die Verknappung der PCR-Testkapazität wird voraussichtlich zu einer strengeren Priorisierung gemäß nationaler Teststrategie führen. D.h., dass mild verlaufende oder asymptomatische Infektionen weniger häufig (z.B. durch Screenings am Arbeitsplatz oder in der Schule) mittels PCR nachgewiesen werden. Der wichtigste limitierende Faktor liegt damit außerhalb des infektionsepidemiologischen Meldewesens. Bei starkem Fallzahlenanstieg kann es sein, dass die abgebildete epidemische Kurve der PCR-bestätigten Fälle ein Plateau erreicht. Die Kurve der PCR-bestätigten Fälle könnte dann die weiterhin steigenden Infektionszahlen nicht mehr abbilden. Der Effekt von Maßnahmen ließe sich hier schwer erkennen. Ab welcher Fallzahl dieser „Deckeneffekt“ in der epidemischen Kurve des infektionsepidemiologischen Meldewesens eintreten könnte, kann sich regional unterscheiden und maßgeblich davon abhängen, wie die PCR-Kapazitäten regional verteilt und wie zielgerichtet sie eingesetzt werden.

Positivenanteil und laborbasierte Surveillance

Je mehr PCR-Kapazitäten für andere Anlässe als Fallfindung (z.B. Freitestungen zum Ende der Isolation) eingesetzt werden, desto früher kann dieses Niveau erreicht werden. Die Spezifität des Einsatzes zum Zwecke der Fallfindung kann anhand des Positivenanteils eingeschätzt werden. Der Positivenanteil – stratifiziert nach Bundesland, Altersgruppe und Ort der Testung (Praxis, Krankenhaus, andere) - lässt sich aus den verschiedenen Erfassungssystemen der Laborsurveillance bzw. virologischen Sentinelsurveillance abschätzen. Es ist davon auszugehen, dass der Positivenanteil insbesondere in den Praxen zusätzlich steigen wird, wenn die Kapazitätsgrenze der PCR-Teste erreicht ist, weil die Niedergelassenen dann spezifischer testen werden.

Antigentests

Um weiterhin trotz ausgeschöpfter PCR-Kapazität eine sensitive Fallfindung zu ermöglichen, können vermehrt Antigentests eingesetzt werden. Während der Hochinzidenzphase haben auch hochwertige Antigentests einen guten Vorhersagewert. Positive Antigentests sind gemäß Infektionsschutzgesetz

schon jetzt ans Gesundheitsamt meldepflichtig. Da die Aussagekraft sehr stark von der Teststrategie, der epidemiologischen Lage und dem genutzten Test abhängt, sind sie nicht Teil der Referenzdefinition und werden in der Fallzahlstatistik des RKI aktuell nicht ausgewiesen. Labore übermitteln positive AG-Schnellteste aber elektronisch via DEMIS an Gesundheitsämter und diese triggern dort Infektionsschutzmaßnahmen wie Absonderungen. Während dieser durch max. Auslastung der PCR-Kapazität verursachten Phase kann die zusätzliche Betrachtung der nur durch Antigentest bestätigten Fälle eine Hilfe bieten. Selbsttests werden nicht erfasst. Ein erheblicher Anteil der Testzentren ist bisher nicht an DEMIS angeschlossen. Die Verarbeitung dieser Meldungen von pos. Antigentests verursacht dadurch in den Gesundheitsämtern erheblichen Mehraufwand. Die AG-Schnellteste werden vermutlich mehr symptomlose oder mild verlaufende Infektionen abbilden.

Erfassung der Krankheitsschwere

Gemäß Referenzdefinition weist das RKI unabhängig von der klinischen Symptomatik alle mittels Nukleinsäurenachweis laborbestätigten Infektionen als Fälle aus. Die Referenzdefinition des RKI wurde im Verlauf der Pandemie konstant gehalten, um den Verlauf der Pandemie interpretierbar zu behalten, plötzliche Sprünge zu vermeiden und Vergleiche zu ermöglichen. Diese Referenzdefinition bildet das gesamte Spektrum der SARS-CoV-2-Infektionen ab, von symptomlosen Infektionen bis zu Todesfällen. Das Ausmaß der Untererfassung hängt von der Schwere ab und ist bei symptomlosen oder mild verlaufenden Infektionen größer als bei schweren Krankheitsverläufen. Die Analyse der Meldedaten zeigt, dass in Zeiten mit hoher Inzidenz und Belastung der Anteil der Fälle ohne Informationen zur Symptomatik zunimmt. Die Untererfassung variiert darüber hinaus je nach Sensitivität der Teststrategie. Dadurch ergibt sich bereits jetzt eine deutliche Variation je nach Altersgruppe, Region und Beobachtungszeitraum.

Auch die Detailtiefe der Informationen zu gemeldeten Einzelfällen wird bei hohen Fallzahlen wahrscheinlich nachlassen, denn sowohl Ärzteschaft als auch Gesundheitsämter werden weniger in der Lage sein, alle oder Teile der Informationen zu Fällen zu ermitteln. Der Anteil fehlender Angaben zu Symptomen, Hospitalisierung, Impfung, Infektionssetting, etc. wird sich verstärken und auch eine zunehmende zeitliche Verzögerung kann zu beobachten sein. Dadurch können insbesondere Aussagen zum Anteil von Geimpften unter den Fällen eingeschränkt sein. Auch Aussagen zu Reinfektionen oder Impfdurchbrüchen können dadurch erschwert werden. Diese Informationen lassen sich nicht vollumfänglich aus den zusätzlich genutzten Systemen ableiten. Während der Welle wird unter den detektierten PCR-bestätigten Fällen der Anteil der hospitalisierten Fälle voraussichtlich steigen. Da im klinischen Bereich PCRs weiterhin großzügiger eingesetzt werden, wird dank der sensitiveren Fallfindung unter den Hospitalisierten der Anteil milder Verläufe aber möglicherweise zunehmen. Unter den hospitalisierten Fällen und den Todesfällen wird der Anteil an Fällen, bei denen COVID-19 nicht der Grund für die Krankheitsschwere ist, wahrscheinlich zunehmen (Hospitalisierung oder Tod aufgrund anderer Ursache).

Syndromische Surveillance

Die maximale Amplitude der Omikron-Welle kann im Meldewesen voraussichtlich nicht exakt quantifiziert werden. Die Größenordnung und die entscheidenden Trends in der epidemiologischen Entwicklung werden jedoch zuverlässig angezeigt. Die Meldedaten bleiben daher für das Management und Entscheidungen über Maßnahmen vor Ort während der Omikron-Welle weiter von hoher Bedeutung.

Für die Bewertung der Krankheitslast und der Krankheitsschwere wurde in den vergangenen Jahren die syndromische Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen entwickelt. Sie erfasst Erreger-

übergreifend auf verschiedenen Ebenen die Krankheitslast symptomatischer akuter Atemwegsinfektionen. Basierend auf ICD-10-Diagnosecodes zur klinischen Diagnose und Informationen der virologischen Surveillance des RKI können diese die COVID-19-Wellen im zeitlichen Verlauf mit vergangenen epidemischen Erkrankungswellen vergleichen und im Zusammenhang mit anderen akuten Atemwegsinfektionen analysiert und bewertet werden. Vor dem Hintergrund der aktuell ansteigenden Grippe-Aktivität in Deutschland und Europa ist dies ein entscheidender Mehrwert. Mit GrippeWeb kann bevölkerungsbasiert die Aktivität akuter Atemwegsinfektionen geschätzt werden. Das Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten aufgrund von akuten Atemwegsinfektionen ärztliche Hilfe aufsuchen und mit dem Krankenhausbasierten Sentinel ICOSARI kann abgebildet werden, wie sich die Zahl schwerer Atemwegsinfektionen, die im Krankenhaus behandelt werden, entwickeln. Darüber hinaus kann der Anteil von symptomatischen COVID-19-Patienten mit Arztbesuch, an den im Krankenhaus und auf der Intensivstation wegen akuter Atemwegserkrankungen behandelten Patienten und die Inzidenz von symptomatischen COVID-19-Fällen in Deutschland geschätzt werden. Die virologische Surveillance zeigt, welche Atemwegserreger aktuell zirkulieren, welche Altersgruppen sie betreffen und in welchem Verhältnis diese zu einander stehen.

Für die Belastung des intensivmedizinischen Bereichs gibt es zusätzlich das DIVI-IntensivRegister. Alle diese Instrumente vermitteln einen sehr guten Eindruck zum Trend symptomatischer Infektionen verschiedener Schweregrade und zur Belastung. Sie ermöglichen in der Gesamtschau auch bei starker Belastung eine gute Bewertung der aktuellen epidemischen Lage in Deutschland.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist mit steigender Anzahl von Infizierten während der Omikronwelle im infektionsepidemiologischen Meldewesen eine steigende Untererfassung erwartbar, die mild verlaufende oder asymptomatische Infektionen wahrscheinlich stärker betrifft als schwer verlaufende Erkrankungen. Das Meldewesen wird voraussichtlich eine abnehmende Detailtiefe der Datensätze aufweisen und die Verzögerung wird zunehmen. Während der Belastungsphase werden u.a. die Angaben zu 7-Tage-Inzidenz, 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz und der Anteil Geimpfter weniger genau, Trends bleiben jedoch belastbar bzw. beurteilbar. Durch Betrachtung der AG-Schnellteste und Hinzuziehung der Daten aus den hier beschriebenen weiteren Surveillanceinstrumenten wird die Inzidenz von schweren Erkrankungen, die epidemiologische Lage und deren Dynamik aber auch unter der großen Belastung in der Gesamtschau gut bewertbar sein.

Das RKI wird die Ergebnisse der weiteren syndromischen Surveillanceinstrumente prominenter im Wochenbericht ausweisen, zur Erklärung der Lage Hintergrundgespräche mit der Presse anbieten und eine Erläuterung der ergänzenden Surveillance-Systeme und ihrer Aussagefähigkeit publizieren.

From: ["Sangs, Andre v-RL -611 BMG" <Andre.Sangs@bmg.bund.de>](mailto:Andre.Sangs@bmg.bund.de)

To: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)

["Rottmann-Grossner, Heiko -61 BMG" <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>](mailto:Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de)
[RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>](mailto:RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de)

Date: 1/11/2022 5:20:50 PM

Subject: AW: ID_4901-fachliche Vorgaben RKI zum Genesenenstatus

Attachments: ID-4889_Quarantane_Isolierung_MPK_Tabelle_2022-01-10-fin_611.docx
GenesenenStatus-Vorgaben-RKI_Entwurf-2022-01-11_611docx.docx

Mir ist jetzt klar geworden, was mit der Gruppe der "geimpften Genesenen" erreicht werden soll, deren Infektion soll einfach als eine Einzel- oder Auffrischimpfung gewertet werden. Das musste dann mE im Quarantanepapier wie anbei kommentiert nachgezogen werden und ggf. ebenfalls vom PEI auf seiner Seite.

Im RKI Papier zu den Genesenen muss doch korrigiert werden: Hier können wir nicht auf das Ende von Symptomen abstellen! Es kommt ausschließlich eine feste Zeitspanne, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, in Betracht. Das muss auch im Quarantanepapier korrigiert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Andre Sangs

Andre Sangs

Referatsleiter

Referat 611 Gesundheitssicherheit, Krisenmanagement national

Bundesministerium für Gesundheit

Friedrichstr. 108, 10117 Berlin

Festnetz:

+49 30 18441 4576

Fax:

+49 30 18441 1232

E-Mail:

andre.sangs@bmg.bund.de

Internet:

www.bundesgesundheitsministerium.de

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Sangs, Andre -RL -611 BMG

Gesendet: Dienstag, 11. Januar 2022 18:00

An: 'Rexroth, Ute' <RexrothU@rki.de>; Rottmann-Großner, Heiko -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>; RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>
Cc: Leitung_RKI <Leitung@rki.de>; Lars Schaade <schaadel@rki.de>; Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Mehlitz, Joachim-Martin <MehlitzJ@rki.de>; Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; Wambach, Avila-Victoria -611 BMG <Avila-Victoria.Wambach@bmg.bund.de>; 611 BMG <611@bmg.bund.de>; 613 BMG <613@bmg.bund.de>; 614 BMG <614@bmg.bund.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Buda, Silke <BudaS@rki.de>; Friedrich Dr., Lena -614 BMG <Lena.Friedrich@bmg.bund.de>; Wambach, Avila-Victoria -611 BMG <Avila-Victoria.Wambach@bmg.bund.de>; Lucking Dr., Gesa -RL -611 BMG <Gesa.Luecking@bmg.bund.de>; Renner, Thomas -UAL 51 BMG <Thomas.Renner@bmg.bund.de>; Schubert Dr., Falk -RL 523 BMG <Falk.Schubert@bmg.bund.de>; Velter, Boris -AL -L BMG <Boris.Velter@bmg.bund.de>
Betreff: AW: ID_4901-fachliche Vorgaben RKI zum Genesenenstatus

Liebe Frau Dr. Rexroth, lieber Herr Rottmann,

ein Genesennachweis ist jetzt wie folgt definiert:

"ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn der Nachweis den vom Robert Koch-Institut im Internet unter der Adresse www.rki.de/covid-19-ge-nesennachweis unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft veröffentlichten Vorgaben hinsichtlich folgender Kriterien entspricht:

- a) Art der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion,
- b) Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, oder Nachweis zur Aufhebung der aufgrund der vorherigen Infektion erfolgten Absonderung,
- c) Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf,".

Zu Buchstabe b muss festgelegt werden ob für den Beginn des Genesenen-Status der Ablauf einer bestimmten Frist nach Infektionsfeststellung gelten soll oder alternativ das Datum des Ergebnisses einer erfolgreichen Freitestung. Fachliche Vorgaben für die Entisolierung müssen nicht vorgegeben werden.

Zu Buchstabe c ist die Angabe von Tagen wahrscheinlich einfacher. Wir weichen hier aber eh von der EU-Vorgabe ab (180 Tage).

Die fachlichen Vorgaben so wie sie übersandt wurden, sind mE in Ordnung, aber wegen PCR wird sicherlich weiter diskutiert werden. 28 Tage Wartefrist wurden oftmals als zu lang beschrieben, hier hat sich das RKI offenbar nicht zu 14 Tagen durchringen können?

Wir müssen mit Abt. 5 besprechen, wie schnell eine Anpassung der entsprechenden Zertifikate erfolgen kann. Personen, die jetzt zwischen dem 3 und 6 Monat nach Genesung sind, würden diesen Status am Samstag verlieren, wenn das so online gestellt wird (obwohl sie weiterhin gültiges EU-Zertifikat haben). Das sollten wir unbedingt kommunikativ begleiten oder aber Übergangsfristen auf der RKI-Seite vorsehen.

Das gilt entsprechend dann für die PEI-Seite und die Definition der Impfnachweise.

Schließlich haben wir noch das Problem der Gruppe der "geimpften Genesenen" (die laut Empfehlung zur Absonderung ebenfalls befreit werden sollen), diese werden durch die RKI-Veröffentlichung anbei gar nicht angesprochen:

Davon sollen Einfach-Geimpfte mit einer Durchbruchinfektion oder Genesene, die eine einzelne Impfung im Anschluss an die Erkrankung erhalten haben erfasst werden. Meines Erachtens einzig folgerichtig wäre es, wenn man diesen Personenkreis eine Gleichstellung nur für drei Monate gewährt, weil nach der Überlegung des Ministers eine Genesung "so viel wert sein soll" wie eine einzelne Impfung. Dann aber brauchen wir für den Fall einer Impfung im Anschluss an eine Krankheit gar nichts weiter, weil ja schon durch den Genesenen-Status allein drei Monate Status gewährt wird? Oder sollen hier 6 Monate gewährt werden-dann müsste doch aber die Impfung direkt im Anschluss an die Genesung erfolgen? Eine unbefristete Gleichstellung mit den Auffrischgeimpften macht keinen Sinn, bedeuten doch eine einzelne Impfung und eine Genesung so viel wie zwei Einzelimpfungen und gerade nicht drei Einzelimpfungen.

Ich empfehle daher Streichung, auch im Quarantanepapier anbei (siehe Kommentar).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag
Andre Sangs

Andre Sangs
Referatsleiter
Referat 611 Gesundheitssicherheit, Krisenmanagement national
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108, 10117 Berlin
Festnetz:
+49 30 18441 4576
Fax:
+49 30 18441 1232
E-Mail:
andre.sangs@bmg.bund.de
Internet:
www.bundesgesundheitsministerium.de

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute [mailto:RexrothU@rki.de]

Gesendet: Dienstag, 11. Januar 2022 16:14

An: Sangs, Andre -RL -611 BMG <Andre.Sangs@bmg.bund.de>; Rottmann-Großner, Heiko -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>; RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>

Cc: Leitung_RKI <Leitung@rki.de>; Lars Schaade <schaadel@rki.de>; Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Mehlitz, Joachim-Martin <MehlitzJ@rki.de>; Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; Wambach, Avila-Victoria -611 BMG <Avila-Victoria.Wambach@bmg.bund.de>; 611 BMG <611@bmg.bund.de>; 613 BMG <613@bmg.bund.de>; 614 BMG <614@bmg.bund.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Buda, Silke <BudaS@rki.de>
Betreff: WG: ID_4901-fachliche Vorgaben RKI zum Genesenenstatus

Lieber Herr Sangs, lieber Herr Rottmann,

wir haben einen Entwurf Vorschlag erstellt, der die fachlichen Vorgaben zum Genesenenstatus beinhaltet (Anlage). Die Vorgaben orientieren sich sehr stark an den Angaben unter der Tabelle aus den MPK-Beschlüssen.

Aber leider gibt es beim genauen Hinsehen doch einige Probleme:

Eine offene Frage ist, ob sich die Zeiten analog zum MPK-Beschluss am Symptombeginn orientieren können, oder sich aber auf das Datum der Testung stützen, auf das der Text der Verordnung explizit abhebt.

Der neue Verordnungstest beinhaltet auch unter b) "Nachweis zur Aufhebung der aufgrund der vorherigen Infektion erfolgten Absonderung". Uns ist nicht ganz klar, wie wir damit umgehen sollen. Wird hier erwartet, dass an der Stelle fachliche Vorgaben für die Entisolierung vorgegeben werden? Eine andere Frage ist, ob wir bei der max. Dauer analog des MPK-Beschlusses von "vollendetem 3. Monat" sprechen, oder 90 Tage präzisieren, was ggf. eindeutiger wäre. Ob es zusätzlich Abstimmungsbedarf hinsichtlich der Diskussionen zur Einreise-VO gibt, weil durch die 3-Monates-Frist (statt 180 Tagen) keine Anpassung an internat. Standards erfolgt, wie zunächst mit der Mantelverordnung angestrebt, können wir nicht beurteilen. Darüber hinaus besteht schon jetzt die Erwartungshaltung aus den Bundesländern, angesichts der PCR-Kapazitätsknappheit auch AG-Teste zu erlauben. Wir wurden aber zunächst beim PCR-Test bleiben, aber voraussichtlich wird an dieser Stelle absehbar eine Aktualisierung nötig werden.

Angesichts der dringenden Zeit (Veröffentlichung zum 14.1.22) bitten wir um ein zeitnahes Treffen mit dem BMG.

Viele Grü?e,

Ute Rexroth

Viele Grü?e,

Ute Rexroth

Dr. med. Ute Rexroth, MPH MSc

Robert Koch-Institut

Abteilung für Infektionsepidemiologie

Leiterin des Fachgebiets für infektionsepidemiologisches Krisenmanagement,

Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme

Seestr. 10

13353 Berlin

E-Mail: rexrothu@rki.de
Tel.: 030 18 754-3259
FAX: 030 18 754-3533

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bitte folgen Sie uns auf Twitter: https://twitter.com/rki_de

Bitte abonnieren Sie unseren Newsletter für Ärzte: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Newsletter/newsletter_node.html

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Harder, Thomas

Gesendet: Dienstag, 11. Januar 2022 11:48

An: Mehlitz, Joachim-Martin <MehlitzJ@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; STIKO-Geschäftsstelle <STIKO-Geschäftsstelle@rki.de>

Cc: Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; RKI-Pressestelle <Presse@rki.de>

Betreff: AW: Definition Genesenenstatus

Liebe Kollegen,

FG33 ist mit der geänderten Fassung einverstanden. Aus unserer Sicht besteht kein weiterer Diskussionsbedarf, falls jedoch noch einmal ein entsprechender Termin angesetzt wird, kommen wir gern dazu.

Viele Grü?e

Thomas Harder.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mehlitz, Joachim-Martin

Gesendet: Montag, 10. Januar 2022 17:23

An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschäftsstelle <STIKO-Geschäftsstelle@rki.de>

Cc: Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; RKI-Pressestelle <Presse@rki.de>

Betreff: AW: Definition Genesenenstatus

Liebe Frau Rexroth,

herzlichen Dank für die schnelle Erstellung und Übersendung.

Bitte sehen Sie anbei meine Anmerkungen und Änderungsvorschläge (hier: i.W. Angleichung an den Wortlaut SchAusnahmV/EnreiseV; nach m.E. lautet der Auftrag ans RKI, die Vorgaben für Genesennachweise festzulegen, nicht den Genesenenstatus zu definieren- auch wenn das im

Ergebnis natürlich aufs gleiche hinausläuft), sowie zur Einordnung für die übrigen Empfänger noch einmal das Ergebnis der Ressortabstimmung (hier relevant: Art. 1 Nr. 1 lit. b) auf S. 4 sowie Art. 2 Nr. 1 auf S. 5).

Ich schlage vor, dass wir hierzu nach Prüfung/Überarbeitung durch FG33/Herrn Wichmann noch einmal gemeinsam sprechen, bevor der Vorschlag ans BMG kommuniziert wird (ggf. im Krisenstab gemeinsam mit Herrn Schaade?).

Für Rückfragen zu meinen Anmerkungen/Vorschlägen stehe ich gerne zur Verfügung.

VG

JM

L/L1; -5016

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute

Gesendet: Montag, 10. Januar 2022 16:01

An: Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschäftsstelle <STIKO-Geschäftsstelle@rki.de>

Cc: Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Mehlitz, Joachim-Martin <MehlitzJ@rki.de>; RKI-Pressestelle <Presse@rki.de>

Betreff: Definition Genesenenstatus

Lieber Ole, liebes FG 33,

die Kabinetttvorlage der Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung sieht vor, dass das RKI künftig die Definition des Genesenenstatus ausweist.

Das hatten wir ja vor 6 Monaten schon diskutiert. Damals wurde vom Justizministerium vorgezogen, den Stand der Wissenschaft im Verordnungstext abzubilden und so den damaligen Stand in Stein zu meißeln. Jetzt dürfen wir es ausweisen.

In der Anlage findet ihr einen Vorschlag, gemäß den Inhalten, die in der jetzigen Verordnung stehen (PCR-Test, ab 28 Tage nach pos. Test). MPK-beschlüsse 7Minutenvotum gegen auf 3 Monate "Haltbarkeit".

Im Krisenstab heute wurde gebeten, dass FG 33 dieses Dokument längerfristig betreut, da es um Immunität geht.

Wir müssen diese Woche mit BMG abstimmen.

Da kann Lagezentrum/ FG 38 noch unterstützen.

@ Lagezentrum: Bitte einen ID anlegen und einen Ordnerplatz. Danke!

Viele Grüße,

Ute

Dr. med. Ute Rexroth, MPH MSc

Robert Koch-Institut

Abteilung für Infektionsepidemiologie

Leiterin des Fachgebiets für Infektionsepidemiologisches Krisenmanagement,
Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme

Seestr. 10
13353 Berlin

E-Mail: rexrothu@rki.de
Tel.: 030 18 754-3259
FAX: 030 18 754-3533

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit.

Bitte folgen Sie uns auf Twitter: https://twitter.com/rki_de

Bitte abonnieren Sie unseren Newsletter für Ärzte: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Newsletter/newsletter_node.html

Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen; entsprechend Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 7. Januar 2022 (gültig für alle gegenwärtig in Deutschland zirkulierenden Virusvarianten einschließlich der Omikron-Virusvariante)

Personengruppe	Isolierungsdauer* (von Infizierten, Zeitraum beginnt am Datum des Auftretens der Symptome; bei asymptomatisch Infizierten am Datum der Abnahme des positiven Tests)	Quarantänedauer (von Kontaktpersonen, Zeitraum beginnt unverzüglich, gezählt wird ab dem 1. Tag nach dem Datum des letzten Kontaktes mit einem Infizierten)
Allgemeine Bevölkerung	7 Tage, wenn zuvor 48 Stunden Symptomfreiheit , mit abschließendem negativen PCR-Test** oder zertifizierten Antigenest***, Nachweis durch Testzentrum/Labor/Arzt erforderlich 10 Tage ohne abschließenden Test	7 Tage mit abschließendem negativen PCR-Test** oder zertifizierten Antigenest***, Nachweis durch Testzentrum /Labor/ Arzt erforderlich 10 Tage ohne abschließenden Test
Beschäftigte in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	7 Tage, wenn zuvor 48 Stunden Symptomfreiheit , mit abschließendem negativen obligatorischem PCR-Test**, Nachweis durch Testzentrum /Labor/Arzt erforderlich	Wie in Allgemeinbevölkerung
Schülerinnen/ Schüler, Kinder in Schule, Kita, Hort	Wie in Allgemeinbevölkerung	5 Tage mit abschließendem negativen PCR-Test oder zertifizierten Antigenest***, sofern regelmäßige (serielle) Testung in der Einrichtung erfolgt****

Das Testergebnis des Abschlusstestes soll vor der Beendigung der Isolierung oder Quarantäne vorliegen.
In allen Bereichen werden im Anschluss an die Beendigung der Isolierung und Quarantäne bis zum Tag 14 nach Symptombeginn (Entsolierte), letztem Kontakt mit dem infektiösen Fall (Kontaktpersonen) bzw. Symptombeginn des Primärfalles im Haushalt (Haushaltskontaktpersonen) eine Kontaktreduktion und das kontinuierliche Tragen einer medizinischen Maske im Kontakt mit anderen Personen empfohlen. Kontaktpersonen sollen sich selbst monitorieren; sollten innerhalb dieser 14 Tage Symptome auftreten, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind, ist sofort eine Selbst-Isolierung und ein PCR-Test durchzuführen; bei positivem Resultat beginnt die Isolierungszeit ab dem Datum des Symptombeginns.

* Zur Isolationsdauer von Patientinnen/ Patienten im stationären Bereich und von Bewohnerinnen/ Bewohnern von Pflegeheimen siehe bitte hier: [LINK einfügen](#)

** Zur Beendigung der Isolierung sind ein negatives PCR-Resultat oder ein positives Testresultat mit einem CT-Wert >30 zulässig. Bei einem positiven PCR-Test mit einem CT-Wert <30 wird die Isolierung für 2 Tage fortgesetzt und erneut getestet. Zur Beendigung der Quarantäne muss das PCR-Resultat negativ sein.

*** Entsprechend überprüfte Antigenests sind hier veröffentlicht: www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/evaluierung-sensitivitaet-sars-cov-2-antigenests.pdf

**** Ausnahmen möglich, z.B. wenn ein Test-To-Stay-Ansatz (tägliche Testung und Maskenpflicht) in der Einrichtung etabliert wurde.

Ausnahmen von Quarantäne:

1. **Personen mit einer Auffrischimpfung** (Boosterimpfung) bei COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) sind zwei Auffrischimpfungen erforderlich
3. **Personen mit einer zweimaligen Impfung**, ab dem 15. Tag nach der zweiten Impfung bis zum Abschluss des dritten Monats nach der Impfung.
4. **Genesene** ab dem 28. Tag nach Test bis zum Abschluss des dritten Monats nach Symptombeginn (bei asymptomatisch Infizierten ab dem Datum der Abnahme des positiven Tests)
5. **Eine nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion (PCR-Nachweis) wird als eine einzelne Impfung (als Teil der Grundimmunisierung bzw. als eine Auffrischimpfung) anerkannt.**
- 6.

Eine einmalige Impfung mit der COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) begründet keine Ausnahme von der Quarantäne. Alle Angaben beziehen sich auf in der Europäischen Union zugelassene Impfstoffe (<https://www.pei.de/impfstoffe/covid-19>).

Fachliche Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesenennachweise

Fachlich verantwortlich im RKI: FG 33

Ort der Publikation: www.rki.de/covid-19-genesenennachweis

Erste Veröffentlichung 14.01.2022

Gesetzesgrundlage: Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (§ 2 Nr. 5) und der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 14.01.2021

Einführungstext:

Gemäß Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 14.01.2022 (hier [link zum Text der Verordnung](#)) weist das RKI aus, welche fachlichen Vorgaben ein Genesenennachweis erfüllen muss.

Die Festlegung der Vorgaben erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft hinsichtlich folgender Kriterien:

- a) Art der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion,
- b) Zeit die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, oder Nachweis zur Aufhebung der aufgrund der vorherigen Infektion erfolgten Absonderung,
- c) Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf.

Fachliche Vorgaben für Genesenennachweise:

Ein Genesenennachweis im Sinne der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung muss aus fachlicher Sicht folgenden Vorgaben entsprechen:

- a) die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion muss durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt sein

UND

- b) der Symptombeginn muss mindestens 28 Tage zurück liegen (bei asymptomatisch Infizierten ab dem Datum der Abnahme des positiven Tests)

UND

- c) der Symptombeginn darf höchstens 90 Tage zurückliegen (bei asymptomatisch Infizierten ab dem Datum der Abnahme des positiven Tests).

Diese Vorgaben werden regelmäßig überprüft und können sich gemäß Stand der Wissenschaft ändern.

From: "[Schaade, Lars](mailto:SchaadeL@rki.de)" <SchaadeL@rki.de>

To: "[Mielke, Martin](mailto:MielkeM@rki.de)" <MielkeM@rki.de>

["Hamouda, Osamah"](mailto:HamoudaO@rki.de) <HamoudaO@rki.de>

["Rexroth, Ute"](mailto:RexrothU@rki.de) <RexrothU@rki.de>

["Diercke, Michaela"](mailto:DierckeM@rki.de) <DierckeM@rki.de>

["Wieler, Lothar"](mailto:WielerLH@rki.de) <WielerLH@rki.de>

Date: 1/19/2022 7:24:31 AM

Subject: WG: Mitteilung von ALM: PCR-Kapazitäten diese Woche am Limit

Attachments: KW 02_2022_Datenerhebung Corona BUND.xlsx

KW 02_2022_Datenerhebung Mutationsanalytik_für ALM.xlsx

zK, sollten wir heute im KriSa bitte nochmals besprechen.

Gru?

LS

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rottmann-Grossner, Heiko -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 18. Januar 2022 19:40

An: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Betreff: WG: Mitteilung von ALM: PCR-Kapazitäten diese Woche am Limit

Priorität: Hoch

FYI...

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rottmann-Grossner, Heiko -61 BMG

Gesendet: Dienstag, 18. Januar 2022 19:40

An: Draheim Dr., Antje -St'in BMG <Antje.Draheim@bmg.bund.de> ; Steffen Dr., Thomas -St BMG <Thomas.Steffen@bmg.bund.de> ; Velter, Boris -AL -L BMG <Boris.Velter@bmg.bund.de> ; Kautz, Hanno -RL L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>

Cc: Muller, Thomas -1 BMG <Thomas.Mueller@bmg.bund.de> ; Korr Dr., Gerit Solveig -614 BMG <GeritSolveig.Korr@bmg.bund.de>

Betreff: Mitteilung von ALM: PCR-Kapazitäten diese Woche am Limit

Wichtigkeit: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau Dr. Korr aus Referat 614 berichtet gerade von der jüngsten Meldung der Labore nach bereits jetzt deutlich gesteigerten Kapazitätsproblemen in den Laboren.

Wir waren verg. Woche schon bei 2 Mio. Tests, nach 1,4 Mio. Tests in der vor Vorwoche. Und wir werden die max. möglichen 2,6 Mio. Tests in dieser Woche erreichen!

ALM kommuniziert dies auch bereits öffentlich (s.u.) und kommuniziert auch parallel mit BKAmT diesbzgl.!

Frau Dr. Korr nennt unten auch ein Portfolio möglicher Reaktionen (und Einschränkungen).

Hier gilt es aber dennoch abzuwägen! Ich habe darüber auch mit RKI-VP Prof. Dr. Schaade heute gesprochen.

Wenn wir bei der Erstdiagnostik Einschränkungen mit Blick auf die PCR-Testung machen, verlieren unsere Statistiken wirklich an Wert ...

Das werden bestimmte Gruppen und Medien nutzen, um dann sämtliche Zahlen anzuzweifeln.

Das kann nicht ad hoc entschieden werden, sondern sollte mit verschiedenen Akteuren abgestimmt und vorbereitet werden, wenn wir uns hier einschränken.

Ich kann gerne morgen mit dem RKI dazu eine Schalte machen und um einen fachlichen Vorschlag bitten.

Dieser musste dann m.E. mit den Ländern, Ressorts, BKAmT selbstverständlich und weiteren Akteuren (Leistungserbringern) zeitnah besprochen werden.

Gru?, -hrG-

Von: Korr Dr., Gerit Solveig -614 BMG

Gesendet: Dienstag, 18. Januar 2022 19:03

An: Rottmann-Großner, Heiko -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>

Cc: 614 BMG <614@bmg.bund.de>; Czogiel Dr., Irina -614 BMG <Irina.Czogiel@bmg.bund.de>; Jung Dr., Katharina -614 BMG <Katharina.Jung@bmg.bund.de>; Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG <Antina.Ziegelmann@bmg.bund.de>

Betreff: ELT SEHR: PCR-Kapazitäten diese Woche am Limit, dringend sehr zeitnah Kommunikation an Öffentlichkeit und Leistungserbringer inklusive Ärzteschaft erforderlich

Wichtigkeit: Hoch

Lieber Herr Rottmann (bitte html),

mit der Bitte um Kenntnis und Entscheidung zum weiteren Vorgehen. ALM berichtet knapp 2 Mio durchgeführte PCR-Testungen letzte Woche (KW2). Man sieht einen deutlichen Sprunganstieg bei der Anzahl der durchgeführten Tests (KW 1 noch 1.4 Mio). Wenn es so weitergeht, werden wir diese Woche (KW3) bereits bei den 2.6 Mio und damit bundesweiter Ausschöpfung ankommen. Herr Muller (ALM) rief mich gerade an und berichtete von akutem Überlaufen der Labore derzeit – in seinem Labor seien heute bspw. 4260 PCR-Anforderungen eingegangen bei einer Kapazität von 2500.

ALM hat dies auch bereits in der wochentlichen Pressemitteilung aufgenommen:

<https://www.alm-ev.de/politik-presse/pressemitteilungen/>, u.a.

„Wir hatten uns von der Gesundheitsministerkonferenz am gestrigen Montag auch klare Empfehlungen für die Priorisierung der SARS-CoV-2-Tests – insbesondere bei der Testabnahme – nach der Nationalen Teststrategie für die fachärztlichen Labore als eine wichtige Maßnahme zur Unterstützung gewünscht. Dazu wäre beispielsweise der Hinweis auf die Beachtung der begrenzten Laborkapazitäten und die Aufrechterhaltung der generellen Versorgung mit Labordiagnostik durch Vermeidung einer Dauerüberlastung der Labore hilfreich gewesen. Wir brauchen jetzt Lösungen zur Vermeidung der Überlastung der Labore.“

Nach Aussage von Herrn Muller wurde auch das BK-Amt darauf aufmerksam gemacht und auch Min Lauterbach persönlich angeschrieben (nicht von ihm, wohl weitere direkte Kontakte..). Min Lauterbach hatte bislang aber nur auf die geplante KRITIS-Priorisierung verwiesen, dies sei nicht genug.

Auch aus meiner Sicht ist dringend proaktiv Pressearbeit und Kommunikation an die Öffentlichkeit wichtig, da die Botschaft der knappen Kapazitäten bzw. Umsetzung einer Priorisierung / Zurückhaltung bei PCR-Testanforderungen noch nicht angekommen ist und jeder auf seinem Anspruch beharrt:

-Verweis auf Wichtigkeit der Einhaltung der Priorisierung in der Teststrategie

-keine Varianten-PCRs mehr

-keine PCR bei roter CWA

-keine Testung ganzer Familien bei Verdacht, eine Testung reicht

- keine Durchtestung von Ausbrüchen, auch hier reicht eine statistisch relevante Anzahl.
- keine generelle PCR-Bestätigungsdiagnostik, z.B. bei Durchbruchinfektionen und milder Symptomatik
- Weitere Möglichkeiten zur Einsparung???

RKI sollte dringend einbezogen werden und hier sehr schnell (morgen?) Empfehlungen geben. Auf Fachebene komme ich nicht schnell genug weiter. Aufforderung an die Leitung?

Neben einer entsprechenden Kommunikation an die Leistungserbringer der TestV ist eine Kommunikation an die Ärzte notwendig, da auch auf Grundlage der Krankenbehandlung viele Tests abgerechnet werden (nach Aussage von Herrn Müller sind darunter nicht wenige „Gefälligkeitsstests“, bspw. Tests im Zusammenhang mit einer Reise)

Gruße

Gerit Korr

Von: Michael Müller <michael.mueller@alm-ev.de <mailto:michael.mueller@alm-ev.de> >
Gesendet: Montag, 17. Januar 2022 17:47
An: 'Michael Müller' <m.mueller@alm-ev.de <mailto:m.mueller@alm-ev.de> >
Betreff: Ergebnisse der ALM-Corona-Datenerhebung für KW 02

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anbei übersende ich die Zahlen und Ergebnisse zur Corona-Datenerhebung für die KW 02 inklusive der Ergebnisse der Vollgenomsequenzierung und VoC-Mutationsdiagnostik mittels PCR.

Es haben jetzt 182 Labore teilgenommen; davon 167 Labore mit PCR-Untersuchungen in der zurückliegenden KW.

Es zeigen sich je nach Bundesland unterschiedliche Auslastungen der einzelnen Labore. Auf die VoC-spezifische Diagnostik wurde in vielen Laboren zugunsten der Kapazität für die diagnostischen PCR

verzichtet, auch, weil in diesen Bereichen die Omikron-Variante deutlich das Infektionsgeschehen dominiert.

Bei der Weiterleitung von Daten bitten wir um die Löschung der personenbezogenen Daten.

Auswertungsergebnisse:

Bitte sprechen Sie mich gern bei Rückfragen an; die Datenerhebung wird wie gewohnt in KW 03 fortgeführt.

Besten Gru?

Ihr

Michael Muller

Dr. Michael Muller
1. Vorsitzender
ALM e.V. - Akkreditierte Labore in der Medizin
HELIX HUB
Invalidenstraße 113
10115 Berlin

Telefon: 030 - 516 959 310

Mob 

Email: michael.mueller@alm-ev.de <<mailto:michael.mueller@alm-ev.de>>

Internet: www.akkreditierte-labore-medizin.de <<http://www.akkreditierte-labore-medizin.de/>>

Diese E-mail einschließlich evtl. angehangter Dateien enthält vertrauliche Informationen. Wenn Sie

nicht der richtige Adressat sind und Sie diese Nachricht irrtumlich erhalten haben, dürfen Sie weder den Inhalt dieser E-Mail nutzen noch dürfen Sie die evtl. angehangten Dateien öffnen und auch nicht kopieren oder weitergeben/verbreiten. Bitte verständigen Sie den Absender und löschen Sie diese E-Mail und evtl. angehangte Dateien umgehend.

From: ["Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>](mailto:MielkeM@rki.de)

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

[Verteiler-Krisenstab <verteiler-kriseinstab@rki.de>](mailto:verteiler-kriseinstab@rki.de)

Date: 2/18/2022 7:17:59 AM

Subject: Mit der Bitte um Befassung im Krisenstab am 21.2.2022 Frist 23.02.2022: Entwurf neue Teststrategie (über den M Lrz 2022 hinaus)

Attachments: 20220214_NationaleTeststrategie_final.pptx

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der unten folgende Erlass ist auch Gegenstand der nächsten Sitzung der AG Diagnostik (RKI intern). Wegen der grundsätzlichen Bedeutung bitte ich aber auch um Aufnahme in die Tagesordnung des Krisenstabes am 21.2.2022.

Wesentlich ist die Beratung, welche Strukturen (z.B. Testinfrastruktur für Bürgertestungen) im Hinblick auf den Herbst/Winter 2022/2023 aufrechterhalten werden sollten.

Ein neues Diagramm ist eher nicht erforderlich. Vielmehr geht es um ggf. mögliche Streichungen einzelner Spalten.

Gruß,

Martin Mielke

Von: Korr Dr., Gerit Solveig -614 BMG

Gesendet: Donnerstag, 17. Februar 2022 11:10:20 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rom, Stockholm, Wien

An: nCoV-Lage

Cc: Mielke, Martin; Seifried, Janna; Hamouda, Osamah; 614 BMG; RKI-Fach-Erlasswesen; Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG

Betreff: Frist 23.02.2022: Entwurf neue Teststrategie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder bitten die Bundesregierung per MPK-Beschluss vom 16.02.2022, eine Teststrategie über den 31. März 2022 hinaus zu entwickeln.

Wir bitten bis zum 23.02.2022 um die Übermittlung eines konkreten Schaubild-Entwurfs, den letzten Stand der Teststrategie finden Sie beiliegend im ppt-Format. Der Entwurf wird die fachliche Grundlage für weitere Diskussionen sein, u.a. in der AG Labor am 24.02.2022.

Wir bitten, dabei u.a. folgende Fragen zu berücksichtigen und auf diese, neben der Übermittlung des Schaubilds, stichpunktartig einzugehen:

* Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer zwingend beizubehalten?

- * Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer aus fachlicher Sicht nicht notwendig ?
- * Welche Gruppen sind durch Reihentestungen zu schützen? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen?
- * Sollten betriebliche Testungen und Testungen in Bildungseinrichtungen aufrecht erhalten werden? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen? Rolle der Lolli-Pool-PCR?
- * Ist aus fachlicher Sicht die Burgertestung weiterhin notwendig?
- * Wann sind Freitestungen notwendig?

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Gerit Solveig Korr

Referat 614 - "Infektionskrankheiten"

Bundesministerium für Gesundheit

Hausadresse: Lindencorso, Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Tel. 030-18441-3287

GeritSolveig.Korr@bmg.bund.de <mailto:GeritSolveig.Korr@bmg.bund.de>

www.bundesgesundheitsministerium.de <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>

www.twitter.com/BMG_Bund <http://www.twitter.com/BMG_Bund>

www.facebook.com/BMG.Bund <http://www.facebook.com/BMG.Bund>

Hinweise zu externen Links.

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> entnehmen.

Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

Befristete Fokussierung während des stark erhöhten Infektionsgeschehens, Stand: 11. Februar 2022

Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung - TestV) verbindlich

Grundsätzlich gilt:

- 7. Erweiterte Basishygiene
- 8. Symptom-Monitoring
- 9. Gemäß Vorschriften Bund/Länder:
 - Abstand halten
 - Hygieneregeln beachten
 - im Alltag Maske tragen
 - Lüften (AHA+L-Regeln)

4) Bei positivem Testergebnis Selbstisolation und Information enger Kontakte

Personengruppe	Indikation (inkl. Asymptomatische Personen)	Testung nach bekannter Exposition	Gesundheitspersonal ^{1,2} / Ausbruch	Beschreibung	Empfehlung Test-			Kosten-Regelung	Priorisierung (PCR-Test)	
					PCR-Test	Antigentest				
						Schnell-test ¹³	Selbst-test ⁶			
Personen mit Risiko für schweren Verlauf	Personen mit medizinisch-diagnostischer Indikation (inkl. Asymptomatische Personen)	Testung nach bekannter Exposition	Gesundheitspersonal ^{1,2} / Ausbruch	z.B. Risiko für einen schweren Verlauf (Ältere, Komorbidität, Immunsuppression), Indikation für eine medikamentöse Therapie	2a			VO, K	1	
				z.B. Kontakt, Ausbruch	2a,b	4,5		VO	2	
				Indexpersonen, in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§ 23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG, z.B. nosokomialer Ausbruch	2a,b	4,5		VO	3	
				bei (Wieder-)Aufnahme sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse	2a,b			VO, K	3	
				Reihentests nach Testkonzept der Einrichtung			10	VO	4	
				z.B. vor Antritt einer neuen Arbeitsstelle				VO	4	
Personen ohne Risiko für schweren Verlauf	Asymptomatische Personen	Präventive Testungen	Personal	Basierend auf einrichtungsspezifischen Hygiene- und Testkonzepten (Reihentests)	7		10	L	4	
				Basierend auf einrichtungsspezifischen Hygiene- und Testkonzepten (Reihentests)	3		10	AG	5	
				breiter, niederschwelliger Zugang und formalem Nachweis über das Testergebnis, z.B. nach Kontakt oder bei positivem	3			VO	5	
				ergänzend, zur Eigenkontrolle bei Bedarf, ohne formale Testbescheinigung	3			S	5	
Weitere Lebensbereiche	Asymptomatische Personen	Präventive Testungen	Besucher	Tagesaktueller Test vor Besuch der Einrichtung			10	VO	5	
				Reihentests nach Testkonzept der Einrichtung	9	8		10, 11	VO	4
				Reihentests nach Testkonzept der Einrichtung				10	VO	5

- Empfohlen
- Möglich
- Möglich bei begrenzter PCR-Kapazität und Dringlichkeit
- Zur Bestätigung von positiven Antigentests oder Pool-PCRs
- Nicht empfohlen oder nicht relevant

- Differenzialdiagnostische Aspekte berücksichtigen (z.B. Influenza)
- 2a) Im Labor durchgeführte PCR / Point-of-Care Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT)
- 2b) Point-of-Care NAT
- 3) PCR-Test zur Bestätigung eines positiven Antigentests
- 4) Ggf. zur Kohorten-Isolierung
- 5) Z.B. auch labor-basierte Antigen-Tests zur Entlastung von Kapazitäten
- 6) Mit Sonderzulassung durch das BfArM oder CE-Kennzeichnung
- 7) Labor-basierte PCR-Tests für Pool-Testung möglich
- 8) PCR-Tests zusätzlich für Reihentests in bestimmten Einrichtungen möglich, Veranlassung durch Öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich

- 9) Umfasst auch Einrichtungen für: Menschen mit Behinderungen, Rehabilitation, Ambulante Operationen, Ambulante Pflege, Ambulante Dialyse, Tageskliniken, Eingliederungshilfe, Hospizdienste, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Rettungsdienste und Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe nach § 23 Abs. 3, Satz 1 Nr. 9 IfSG; obdachlosen Unterkünfte; Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGBX
- 10) Durch Dritte überwachter Test zur Eigenanwendung
- 11) Auch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung
- 12) Personal in Krankenhäusern, vergleichbare Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Nr. 3 IfSG, Arztpraxen, Pflege, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Rettungsdienste
- 13) Negativer zertifizierter Antigentest zur vorzeitigen Beendigung von Isolierung & Quarantäne

K = Krankenbehandlung; L = Länder; AG = Arbeitgeber; S = Selbstzahler; VO = Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung - TestV)

From: "[Matusall, Svenja](mailto:MatusallS@rki.de)" <MatusallS@rki.de>

To: "[Rexroth, Ute](mailto:RexrothU@rki.de)" <RexrothU@rki.de>

Date: 8/3/2022 8:06:55 AM

Subject: Lage-AG: Thema f ʒ Sitzung 10.08.

Liebe Ute,

am 10.08. sollen in der Lage-AG im Abt.2-Slot (ich glaube unter nationale Lage) Ergebnisse aus der Comolo-Studie vorgestellt werden. Details folgen nächste Woche.

Viele Grü?e
Svenja

Return-path: SchinkS@rki.de

Subject: WG L?nderbeteiligung Formulierungshilfe Entwurf Infektionsschutzgesetz
Vorschriften

From: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

To: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

CC:

BCC:

Attachments: [20220308_FH_IfSG?ndG_neu_eNorm_61.docx](#)

Show/Hide Headers

-----Urspr?ngliche Nachricht-----

Von: Rottmann-Gro?ner, Heiko -61 BMG

Gesendet: Mittwoch, 9. M?rz 2022 01:18

An: 'C.Poloschek@wm.mv-regierung.de' ; 'R.Iwohn@wm.mv-regierung.de' ;
'AGI.MV@wm.mv-regierung.de' ; 'm.gebauer@wm.mv-regierung.de' ; 'Poststelle@sm.mv-
regierung.de' ; 'Poststelle@sm.mv-regierung.de' ; 'poststelle@lv.mv-regierung.de' ;
'margot.bayer@stmgp.bayern.de' ; 'Infektionsschutz@stmgp.bayern.de' ;
'Alexandra.Adler@stmgp.bayern.de' ; 'Marion.Scharte@stmgp.bayern.de' ;
'oegd@stmgp.bayern.de' ; 'Poststelle@stmgp.bayern.de' ; 'Martina.Pfob@stmgp.bayern.de' ;
'christina.klinc@stmgp.bayern.de' ; 'NIP-Geschaefsstelle@lgl.bayern.de' ; 'Vertretung-
Bund@stk.bayern.de' ; 'office@gesundheit.bremen.de' ; 'AL4@gesundheit.bremen.de' ;
'Martin.Goetz@GESUNDHEIT.BREMEN.de' ; 'dirk.heimsoth-
ranft@GESUNDHEIT.BREMEN.de' ; 'office@lvhb.bremen.de' ;
'wiebke.sydow@sms.sachsen.de' ; 'poststelle@sms.sachsen.de' ;
'heidrun.boehm@sms.sachsen.de' ; 'andrea.shanati@sms.sachsen.de' ;
'poststelle@bln.sk.sachsen.de' ; 'poststelle@msagd.rlp.de' ; 'poststelle@lv.rlp.de' ;
'info@lv.rlp.de' ; 'Referat-VB4@mags.nrw.de' ; 'Anne.Kolenbrander@mags.nrw.de' ;
'poststelle@mags.nrw.de' ; 'poststelle@lv-bund.nrw.de' ; 'Marlen.Suckau-
Hagel@SenGPG.Berlin.de' ; 'FB_Gesundheit3@SenGPG.Berlin.de' ;
'brkoord@sengpg.berlin.de' ; 'Mehmet.Dogan@SenGPG.Berlin.de' ;
'Sylke.Oberwohrmann@SenGPG.Berlin.de' ;
'poststellelandesvertretung@senatskanzlei.berlin.de' ; 'frank.ollroge@bgv.hamburg.de' ;
'oeffentlichergesundheitsdienst@bgv.hamburg.de' ; 'gesundheit-
verbraucherschutz@bgv.hamburg.de' ; 'Poststelle@bgv.hamburg.de' ;
'anita.bayer@bgv.hamburg.de' ; 'elke.jakubowski@bgv.hamburg.de' ;
'poststelle@lv.hamburg.de' ; 'isolde.piechotowski@sm.bwl.de' ;
'Ulrich.Schmolz@sm.bwl.de' ; 'poststelle@lvtberlin.bwl.de' ; 'poststelle@sm.bwl.de' ;
'poststelle@masgf.brandenburg.de' ; 'detlef.berndt@masgf.brandenburg.de' ;
'ulrich.widders@masgf.brandenburg.de' ; 'poststelle@lv.brandenburg.de' ;
'anke.huehne@ms.sachsen-anhalt.de' ; 'Uta.Pitloun@ms.sachsen-anhalt.de' ;
'beate.handschak@ms.sachsen-anhalt.de' ; 'poststelle@lv.stk.sachsen-anhalt.de' ;
'poststelle@ms.sachsen-anhalt.de' ; 'agi@hsm.hessen.de' ; 'sabine.totsche@hsm.hessen.de' ;
'poststelle@hsm.hessen.de' ; 'Matthias.Trost@hsm.hessen.de' ; 'mail@lv.hessen.de' ;
'Anne.Marcic@sozmi.landsh.de' ; 'poststelle@sozmi.landsh.de' ;
'Infektionsschutz@sozmi.landsh.de' ; 'poststelle@lv.landsh.de' ;
'poststelle@tmasgff.thueringen.de' ; 'jan.franke@tmasgff.thueringen.de' ;
'infektionshygiene@tmasgff.thueringen.de' ; 'poststelle@tsk.thueringen.de' ;
'Oliver.Ommen@bzga.de' ; 'leitung@bzga.de' ; 'linda.seefeld@bzga.de' ;
'h.christian@soziales.saarland.de' ; 'poststelle@soziales.saarland.de' ;
'S.Hell@soziales.saarland.de' ; 'landesvertretung@lv.saarland.de' ;
'infektionsschutz@ms.niedersachsen.de' ; 'beate.handschak@ms.sachsen-anhalt.de' ;

'poststelle@ms.niedersachsen.de' ; 'fabian.feil@ms.niedersachsen.de' ;
'cornelius.siewerin@ms.niedersachsen.de' ; AGInfektionsschutz ; nCoV-Lage ; Hamouda,
Osamah ; Schaade, Lars ; Mehltz, Joachim-Martin ; Diercke, Michaela ; 'Hans-
Guenter.Henneke@landkreistag.de' ; 'info@landkreistag.de' ; 'Hans-
Guenter.Henneke@landkreistag.de' ; 'lutz.decker@staedtetag.de' ; 'post@kommunale-
spitzenverbaende.de' ; 'helmut.dedy@staedtetag.de' ; 'post@staedtetag.de' ; 'dstgb@dstgb.de' ;
'gerd.landsberg@dstgb.de'

Cc: 611 BMG <611@bmg.bund.de>; Stupp Dr., Sonja -RL -Z24 BMG ; Richter, Diana -211
BMG ; 61 BMG <61@bmg.bund.de>; 6 BMG <6@bmg.bund.de>; Teichert Dr., Ute -AL -6
BMG ; Nimbs, Annegret -L2 BMG ; Velter, Boris -AL -L BMG

Betreff: [ID 5186] EILT SEHR! Frist 9.1./10:00 Uhr // Sehr kurzfristige Lnderbeteiligung zu
einer Formulierungshilfe für einen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des

Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften

Priorität: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

leider duerst kurzfristig übermittle ich Ihnen eine "Formulierungshilfe für einen Entwurf
eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften".

Hintergrund ist ein kurzfristig angestrebter Kabinettschluss im Umlaufverfahren.

Ich bitte Sie, Ihre Anmerkungen bis zum Mittwoch, den 9. März 2022, 10:00 Uhr,
ausschließlich an 611@bmg.bund.de zu übersenden. Die extreme Kürze der Frist bitte ich
nochmals zu entschuldigen.

Herzlichen Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Gren
i.A.
Heiko Rottmann-Großner

===

Bundesministerium für Gesundheit

Leiter der Unterabteilung 61
- Gesundheitssicherheit -

Besuchsadresse:
Unter den Linden 21 (3. OG)
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel.: +49 (0)30/18441-3700
Fax: +49 (0)30/18441-3222

E-Mail: heiko.rottmann@bmg.bund.de

Aktuelle Informationen zum Coronavirus:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html>

<https://www.zusammengegencorona.de/>

<https://impfdashboard.de/>

www.bundesgesundheitsministerium.de

www.twitter.com/BMG_Bund

www.facebook.com/BMG.Bund

Hinweis zu externen Links.

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> entnehmen.

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf einer Formulierungshilfe für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften

A. Problem und Ziel

Mit Ablauf des 19. März 2022 endet die Geltungsdauer der Rechtsgrundlage für die meisten Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19. Betroffen sind insbesondere die Regelungen in § 28a Absatz 7 bis 9 und § 28b des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Auch nach dem 19. März 2022 sollen die Länder aber weiterhin befugt sein, unter anderem folgende Maßnahmen anordnen zu dürfen:

- Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske oder einer medizinischen Gesichtsmaske und
- Testpflichten zum Schutz vulnerabler Personen.

Ebenfalls bis zum 19. März 2022 befristet ist die Sonderregelung des § 36 Absatz 3 IfSG. Da es auch nach diesem Datum Anwendungsfälle dieser Norm geben kann, soll ihr zeitlicher Anwendungsbereich erweitert werden.

Für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen soll das Impfquoten-Monitoring verstetigt werden.

Die an verschiedenen Stellen auch im Infektionsschutzgesetz in Bezug genommenen Definitionen des Impf-, des Genesenen- und des Testnachweises sind bisher in § 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV) und § 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) geregelt. Sie verweisen weitgehend auf konkretisierende Internetveröffentlichungen des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Impf-, Genesenen- und Testnachweise sollen diese Begriffe im IfSG definiert werden. Zur Rechtsbereinigung wird die CoronaEinreiseV angepasst.

B. Lösung

Es wird ein Gesetz erlassen, mit dem die erforderlichen Änderungen des IfSG, des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und der CoronaEinreiseV vorgenommen werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 oder Absatz 8 IfSG ergreifen, können für Bürgerinnen und Bürger Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 IfSG ergreifen, können für die Wirtschaft Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind. Da die Regelungen im Übrigen jedoch bereits angewendet werden, verändert sich der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft nicht im Vergleich zur aktuellen Rechtslage. Auch durch die nach § 28b IfSG nach wie vor bestehenden Kontrollpflichten können der Wirtschaft Kosten entstehen. Allerdings sind die Kontrollpflichten reduziert, sodass auch die Kosten geringer ausfallen dürften.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 oder Absatz 8 IfSG ergreifen, können für die Verwaltung der Länder Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 22 durch die folgenden Angaben zu den §§ 22 und 22a ersetzt:

„§ 22 Impf-, Genesenen- und Testdokumentation

§ 22a Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung“.

1. § 20a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sein“ durch die Wörter „über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 1“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung oder“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 2,“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, oder“.

dd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„(7) Die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten voll- und teilstationären Einrichtungen, die zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 des Elften

Buches Sozialgesetzbuch sind, sind verpflichtet, dem Robert Koch-Institut monatlich Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, jeweils bezogen auf die Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind oder behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind, in anonymisierter Form zu übermitteln. Soweit es zur Erfüllung der Pflichten aus Satz 1 erforderlich ist, darf die Leitung der in Satz 1 genannten Einrichtungen zu diesem Zweck personenbezogene Daten einschließlich Daten zum Impfstatus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) verarbeiten. Die Daten nach Satz 2 dürfen auch zur Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit (COVID-19) verarbeitet werden, solange und soweit dies erforderlich ist. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend. Das Robert Koch-Institut führt die ihm übermittelten Daten zusammen und übermittelt sie monatlich in anonymisierter Form dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Ländern bezogen auf Länder- und Kreisebene. Die nach den Sätzen 2 und 3 erhobenen Daten sind spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung zu löschen; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.“

d) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8.

2. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Impf-, Genesenen- und Testdokumentation“.

b) Die Absätze 5 bis 7 werden aufgehoben.

3. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung

(1) Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form. Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn

1. die zugrundeliegenden Einzelimpfungen

- a) mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff oder mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoffen erfolgt sind oder
- b) mit weiteren Impfstoffen nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Absatz 4 erfolgt sind,

2. insgesamt drei Einzelimpfungen erfolgt sind und

3. die letzte Einzelimpfung mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt ist.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor und ab dem 1. Oktober 2022 bei zwei Einzelimpfungen nur vor, wenn

1. die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hatte,
2. die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung
 - a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie
 - b) zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfdosis gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat,
3. die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Impfdosis mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung
 - a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie
 - b) seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind oder
4. seit der letzten Dosis der ersten Impfserie nicht mehr als 270 Tage vergangen sind und der Impfnachweis allein zum Zweck der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland verwendet wird.

Abweichend von Satz 3 liegt in den in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor; an die Stelle der zweiten Einzelimpfung tritt die erste Einzelimpfung.

(2) Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn

1. die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde und
2. die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt.

(3) Ein Testnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Er-

regernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind und die auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind, die zugrunde liegende Testung maximal 24 Stunden zurückliegt und

1. vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattfindet, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist,
2. im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgt oder
3. von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht wurde.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesen- und einen Testnachweis zu regeln. In der Rechtsverordnung darf die Bundesregierung

1. hinsichtlich des Impfnachweises abweichend von Absatz 1 regeln:
 - a) die Intervallzeiten,
 - aa) die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen, und
 - bb) die höchstens zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen,
 - b) die Zahl und mögliche Kombination der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz und
 - c) weitere Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt wird,
2. hinsichtlich des Genesenennachweises abweichend von Absatz 2 regeln:
 - a) weitere Nachweismöglichkeiten, mit denen die vorherige Infektion nachgewiesen werden kann,
 - b) die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss,
 - c) die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf,
3. hinsichtlich des Testnachweises abweichend von Absatz 3 weitere Nachweismöglichkeiten regeln, mit denen die mögliche Infektion nachgewiesen werden kann.

In der Rechtsverordnung sind angemessene Übergangsfristen für die Anwendung der von den Absätzen 1 bis 3 abweichenden Anforderungen an einen Impf-, einen Genesen- oder einen Testnachweis vorzusehen.

(5) Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem

digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch folgende Personen zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung der Schutzimpfung berechnigte Person oder
2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

(6) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenenzertifikat) zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person oder
2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenenzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenenzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,
2. das Datum der Testung und
3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(7) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,

2. das Datum der Testung und
3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(8) Zur Sperrung von entgegen Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 oder Absatz 7 Satz 1 nicht richtig bescheinigten COVID19-Impfzertifikaten, COVID-19-Genesenzertifikaten oder COVID-19-Testzertifikaten übermitteln die Bundespolizei und die zur Gefahrenabwehr zuständigen Behörden der Länder dem Robert Koch-Institut in verschlüsselter Form auf das Zertifikat bezogene Daten. Angaben zu Namen, Geburtsdaten oder der eindeutigen Zertifikatkennung gemäß Nummer 1 Buchstabe a, b und k, Nummer 2 Buchstabe a, b und l und Nummer 3 Buchstabe a, b und i des Anhangs zur Verordnung (EU) 2021/953 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 2021 über einen Rahmen für die Ausstellung, Überprüfung und Anerkennung interoperabler Zertifikate zur Bescheinigung von COVID-19-Impfungen und -Tests sowie der Genesung von einer COVID-19-Infektion (digitales COVID-Zertifikat der EU) werden nicht übermittelt. Das Robert Koch-Institut führt die Sperrung durch Aufnahme des jeweiligen Zertifikats in eine Zertifikatssperreliste aus. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die für die Durchführung der Sperrung eines Zertifikates erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.“

4. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 7 und 8 werden wie folgt gefasst:

„(7) Unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite können folgende Maßnahmen notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein, soweit sie zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich sind:

1. die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) in
 - a) Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 11 und § 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7, soweit sie zur Abwendung einer Gefahr für Personen, die auf Grund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) haben, erforderlich ist, und
 - b) Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste sowie das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal, soweit für dieses tätigkeitsbedingt physischer Kontakt zu anderen Personen besteht.
2. die Verpflichtung zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in
 - a) Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 11 sowie nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7
 - b) Schulen und
 - c) Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie andere Abteilungen oder Einrichtungen,

wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und für Senioren.

Individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 bleiben unberührt. Die Absätze 3, 5 und 6 gelten für Schutzmaßnahmen nach Satz 1 entsprechend. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen.

(8) Unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite können in einer konkret zu benennenden Gebietskörperschaft, in der durch eine epidemische Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) die konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage besteht, über den Absatz 7 hinaus auch folgende Maßnahmen notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne von § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein, sofern das Parlament des betroffenen Landes das Vorliegen der konkreten Gefahr und die Anwendung konkreter Maßnahmen in dieser Gebietskörperschaft feststellt:

1. die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz),
2. die Anordnung eines Abstandsgebots mit einem Abstand von mindestens 1,5 Metern im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen,
3. die Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises nach § 22a Absatz 1 bis 3 einschließlich der Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises in Einrichtungen und Unternehmen nach 23 Absatz 3 Satz 1 und § 36 Absatz 1 sowie in Betrieben, in Einrichtungen oder Angeboten mit Publikumsverkehr,
4. die Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten, die die Bereitstellung von Desinfektionsmittel und die Vermeidung unnötiger Kontakte vorsehen können, für Einrichtungen im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 und § 36 Absatz 1 und für die in Absatz 1 Nummer 4 bis 8 und 10 bis 16 genannten Betriebe, Gewerbe, Einrichtungen, Angebote, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen,

Eine konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage nach Satz 1 besteht, wenn

1. in der jeweiligen Gebietskörperschaft die Ausbreitung einer Virusvariante des Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt wird, die eine signifikant höhere Pathogenität aufweist, oder
2. aufgrund einer besonders hohen Anzahl von Neuinfektionen oder einem besonders starken Anstieg an Neuinfektionen eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten in der jeweiligen Gebietskörperschaft droht.

Die Absätze 3, 5 und 6 gelten entsprechend. Die Feststellung nach Satz 1 gilt als aufgehoben, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 die Feststellung erneut trifft; dies gilt entsprechend, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der erneuten Feststellung erneut die Feststellung trifft.“

- b) Absatz 9 wird aufgehoben.
- c) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

„(10) Eine auf Grund von Absatz 7 Satz 1 oder Absatz 8 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und § 32 erlassene Rechtsverordnung muss spätestens mit Ablauf des 23. September 2022 außer Kraft treten. Nach Absatz 7 Satz 1 oder Absatz 8 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 getroffene Anordnungen müssen spätestens mit Ablauf des 23. September 2022 aufgehoben werden. Eine vor dem 19. März 2022 auf Grundlage von Absatz 7 Satz 1 in der am 19. März 2022 geltenden Fassung oder Absatz 8 Satz 1 in der am 19. März 2022 geltenden Fassung in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und § 32 erlassene Rechtsverordnung darf bis zum Ablauf des 2. April 2022 aufrecht erhalten werden, soweit die in der jeweiligen Rechtsverordnung genannten Maßnahmen auch nach Absatz 7 Satz 1 oder Absatz 8 Satz 1 notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein könnten.“

5. § 28b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.
- b) Die Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.
- c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 1 und wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Verkehrsmittel des Luftverkehrs und des öffentlichen Personenfernverkehrs dürfen von Fahr- oder Fluggästen sowie dem Kontroll- und Servicepersonal und Fahr- und Steuerpersonal, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen, nur benutzt werden, wenn diese Personen während der Beförderung eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) tragen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Aussetzung der Pflicht nach Satz 1 zu beschließen. Solange ein Land von der Ermächtigung in § 28a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b keinen Gebrauch gemacht hat, gelten diese Verpflichtungen auch in diesem Land für Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs, längstens bis zum Ablauf des 2. April 2022.“

- bb) Im bisherigen Satz 3 wird das Wort „Nachweiskontrollen“ durch das Wort „Kontrollen“ ersetzt.
 - cc) Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.
- e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „19. März 2022“ durch die Angabe „17. September 2022“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

6. In § 36 Absatz 3 wird die Angabe „19. März 2022“ durch die Angabe „30. Juni 2022“ ersetzt.

7. § 73 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - a) Die Nummern 11b bis 11d werden aufgehoben.
 - b) Nummer 11e wird Nummer 11b und die Wörter „§28b Absatz 5 Satz 1“ werden durch die Wörter „§28b Absatz 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 3“ ersetzt.
8. In § 75a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 22“ durch die Angabe „§ 22a“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 5 wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - b) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. sich verpflichten, an dem Verfahren zur Übermittlung von Daten nach § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes teilzunehmen, sofern es sich bei ihnen um stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 handelt;“.
2. In § 114 Absatz 2 Satz 12 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung

§ 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 28. September 2021 (BAnz AT 29.09.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 1. März 2022 (BAnz AT 02.03.2022 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 5 werden nach dem Wort „Testnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nummer 6 wird aufgehoben.
3. In Nummer 7 werden nach dem Wort „Genesenennachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.

4. Nummer 8 wird aufgehoben.
5. In Nummer 9 werden nach dem Wort „**Impfnachweises**“ die Wörter „**im Sinne von § 22a Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes**“ eingefügt.
6. Nummer 10 wird aufgehoben.
7. In § 14 wird die Angabe „**19. März**“ durch die Angabe „**28. April**“ ersetzt.

Artikel 4

Einschränkung von Grundrechten

Durch Artikel 1 Nummer 5 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b und Nummer 5 bis 8 tritt am 20. März 2022 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Mit Ablauf des 19. März 2022 endet die Geltungsdauer der Rechtsgrundlage für die meisten Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19. Betroffen sind insbesondere die Regelungen in § 28a Absatz 7 bis 9 und § 28b des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Auch nach dem 19. März 2022 sollen die Länder aber weiterhin befugt sein, unter anderem folgende Maßnahmen anordnen zu dürfen:

- Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske oder einer medizinischen Gesichtsmaske und
- Testpflichten zum Schutz vulnerabler Personen.

Ebenfalls bis zum 19. März 2022 befristet ist die Sonderregelung des § 36 Absatz 3 IfSG. Da es auch nach diesem Datum Anwendungsfälle dieser Norm geben kann, soll ihr zeitlicher Anwendungsbereich erweitert werden.

Für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen soll das Impfquoten-Monitoring verstetigt werden.

Die an verschiedenen Stellen auch im Infektionsschutzgesetz in Bezug genommenen Definitionen des Impf-, des Genesenen- und des Testnachweises sind bisher in § 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV) und § 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) geregelt. Sie verweisen weitgehend auf konkretisierende Internetveröffentlichungen des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts (RKI). Aufgrund der besonderen Bedeutung der Impf-, Genesenen- und Testnachweise sollen diese Begriffe im IfSG definiert werden. Zur Rechtsbereinigung wird die CoronaEinreiseV angepasst.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Es wird ein Gesetz erlassen, mit dem die erforderlichen Änderungen des IfSG, des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und der CoronaEinreiseV vorgenommen werden.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Infektionsschutzgesetz folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz (GG) (Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren) und für die Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) beruht diese auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (Sozialversicherung).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand dieses Gesetzes.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie. Der Gesetzesentwurf unterstützt Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ und dabei insbesondere die Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung Nummer 3b Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sowie Nummer 5 den sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft zu wahren und niemanden zurückzulassen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

4. Erfüllungsaufwand

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 oder Absatz 8 IfSG ergreifen, können für Bürgerinnen und Bürger Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 IfSG ergreifen, können für die Wirtschaft Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind. Da die Regelungen im Übrigen jedoch bereits angewendet werden, verändert sich der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft nicht im Vergleich zur aktuellen Rechtslage. Auch durch die nach § 28b IfSG nach wie vor bestehenden Kontrollpflichten können der Wirtschaft Kosten entstehen. Allerdings sind die Kontrollpflichten reduziert, sodass auch die Kosten geringer ausfallen dürften.

Sofern die Länder Maßnahmen nach § 28a Absatz 7 oder Absatz 8 IfSG ergreifen, können für die Verwaltung der Länder Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

5. Weitere Kosten

Die Entstehung weiterer direkter Kosten ist nicht ersichtlich.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine spezifischen Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher beziehungsweise keine Auswirkungen gleichstellungspolitischer oder demografischer Art.

VII. Befristung; Evaluierung

§ 5 Absatz 9 Satz 1 IfSG sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in den Vorschriften der §§ 5, 5a, 20a, 20b, 28 bis 32, 36 und 56 IfSG im Rahmen der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie und zu der Frage einer Reformbedürftigkeit beauftragt. Das Ergebnis der Evaluierung soll der Bundesregierung bis zum 30. Juni 2022 vorgelegt werden (§ 5 Absatz 9 Satz 4 IfSG).

Die Sonderregelung des § 36 Absatz 3 IfSG ist befristet bis zum 30. Juni 2022.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Es handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen in der Inhaltsübersicht des Gesetzes.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 22a.

Zu Buchstabe c

Bisher bestand eine Verpflichtung voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen gemäß § 28b Absatz 3 Satz 7 IfSG der zuständigen Behörde (i.d.R. örtl. Gesundheitsamt) monatlich Angaben zum Anteil der Personen (sowohl Beschäftigte wie Pflegebedürftige), die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, zu übermitteln. Diese Verpflichtung wird aufgrund des engen Sachzusammenhangs mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach § 20a verschoben und das Verfahren wird geändert. Es soll nunmehr eine monatliche Übermittlung der für ein Impfquoten-Monitoring notwendigen Daten an das RKI ersetzt. Das RKI wird durch diese Regelung dafür ermächtigt. Durch die direkte Übermittlung an das RKI sollen die Gesundheitsämter entlastet werden, das bereits bestehende Verfahren der freiwilligen Erhebung des RKI, die nach einem einheitlichen Standard und mit Hilfe einer handelsüblichen Online-Befragungssoftware erfolgt, kann hierfür genutzt werden. Doppelerhebungen sollen vermieden werden. Die erfassten Daten sollten nach Ländern und Landkreisen aufgeschlüsselt werden können, damit die Länder dadurch eine Rückmeldung des Impffortschritts erhalten.

Ergänzende Regelungen werden im SGB XI getroffen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Buchstabe c.

Zu Nummer 2

§ 22 Absatz 5 bis 7 werden in § 22a überführt, da dort die Kriterien für die Impf-, Genesenen- und Testnachweise festgelegt sind. Damit werden die wesentlichen in Zusammenhang mit dem Status von Geimpften, Genesenen und Getesteten stehenden Nachweise, insbesondere auch zur Ausstellung der digitalen COVID-Zertifikate an einer Stelle geregelt. Dementsprechend erfolgte eine Anpassung in der Überschrift des § 22.

Zu Buchstabe a

Benennung der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Die Regelungsgehalte werden durch die Schaffung des neuen § 22 a überholt und angepasst.

Zu Nummer 3

Zu Absatz 1

Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form.

Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn kumulativ die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Die zugrundeliegenden Einzelimpfungen sind mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff oder mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen oder äquivalenten oder mit einer Verordnung nach Absatz 4 bestimmten Impfstoffen erfolgt (Nummer 1), insgesamt sind drei Einzelimpfungen erfolgt (Nummer 2) und die letzte Einzelimpfung ist mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt (Nummer 3). Äquivalente Impfstoffe sind ausländische Originalzulassungen der EU-zugelassenen Impfstoffe oder in Lizenz zu diesen hergestellte Impfstoffe. Diese sind von der Formulierung her identisch mit den EU-zugelassenen Impfstoffen. Die Handelsnamen oder Bezeichnungen können jedoch variieren. Die Europäische Kommission hat eine nicht abschließende Übersicht auf folgender Internetseite veröffentlicht: <https://reopen.europa.eu/de>.

In den folgenden Konstellationen liegt abweichend von Satz 2 Nummer 2 ein vollständiger Impfschutz auch bei zwei Einzelimpfungen vor:

Ein vollständiger Impfschutz liegt bei zwei Einzelimpfungen vor (Nummer 1), wenn die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen COVID-19 erhalten hatte.

Weiterhin (Nummer 2) liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann, und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat (Buchstabe b).

Schließlich (Nummer 3) liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Einzelimpfung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind (Buchstabe b). Für Einreisezwecke liegt ein vollständiger Impfschutz in diesem Sinne vor, wenn nicht mehr als 270 Tage seit der letzten Dosis der ersten Impfserie (Abschluss

der Grundimmunisierung) vergangen sind. Dies gilt auch über den 30. September hinaus und unabhängig von der Art des Nachweises (z.B. Digitales COVID Zertifikat der EU oder sonstiger digitaler oder papiergebundener Nachweis). Für das digitale COVID-Zertifikat der EU ergibt sich dies aus der Verordnung (EU) 2021/953 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 2021 über einen Rahmen für die Ausstellung, Überprüfung und Anerkennung interoperabler Zertifikate zur Bescheinigung von COVID-19-Impfungen und -Tests sowie der Genesung von einer COVID-19-Infektion. Diese Regelung, die u.a. die Auffrischimpfung fördern soll, würde ins Leere laufen, wenn sie durch andere Nachweisformen umgangen würde.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor. Abweichend von Satz 3 liegt in den dort genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor.

Zu Absatz 2

Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde (Nummer 1) und die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt (Nummer 2).

Ein direkter Erregernachweis ist - der Verordnung (EU) 2021/953 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 2021 über einen Rahmen für die Ausstellung, Überprüfung und Anerkennung interoperabler Zertifikate zur Bescheinigung von COVID-19-Impfungen und -Tests sowie der Genesung von einer COVID-19-Infektion folgend - ein solcher, aus dem hervorgeht, dass der Inhaber nach einem positiven Ergebnis eines von Fachkräften im Gesundheitswesen oder von geschultem Testpersonal durchgeführten NAAT-Tests oder Antigen-Schnelltests, der in der vom Gesundheitssicherheitsausschuss vereinbarten gemeinsamen EU-Liste der COVID-19-Antigentests aufgeführt ist und am 1. Oktober 2021 oder danach durchgeführt wurde.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Anforderungen für einen Testnachweis festgelegt. Ein Testnachweis ist demnach ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, wenn die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind und die auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind.

Die zugrunde liegende Testung darf maximal 24 Stunden zurückliegen.

Der Nachweis kann in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache ausgestellt sein. Nachweise sind sowohl in verkörperter wie auch digitaler Form ausreichend.

Die weiteren Anforderungen an die Testung werden in den Nummern 1 bis 3 festgelegt.

Diese Bestimmung ermöglicht als Alternative zu den Testungen nach § 22a Absatz 3 Ziffern 2 und 3 zusätzlich Testungen mit geringeren Anforderungen an deren Durchführung. Diese Testungen können als Selbsttests mit dazu geeigneten, marktfähigen Antigen-schnelltests unter Aufsicht durchgeführt werden, um bei Vorliegen eines negativen Ergebnisses eine Zugangsberechtigung im Sinne eines Testnachweises zu dem Ort zu erhalten, an dem die Testung erfolgt, wie Pflegeeinrichtungen, Restaurants, Veranstaltungs-

stätten, Sportstudios und Arbeitsstätten. Testnachweise für Antigenschnelltests, die unter Aufsicht oder in Eigenanwendung etwa von Pflegepersonal durchgeführt wurden, sind jedoch in ihrer Gültigkeit auf den Ort der Testung beschränkt und berechtigen nicht zum Zugang zu anderen Orten oder Einrichtungen.

In diesem Zusammenhang dürfen daher anders als bei Testungen nach § 22a Absatz 3 Ziffern 2 und 3 auch keine Testnachweise ausgestellt werden, die auch in anderen 3G-Kontexten verwendet werden können.

Die Testung nach Nummer 2 kann auch im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgen.

Die Testung kann ebenfalls von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht werden. Dabei wird klargestellt, dass nur vor Ort überwachte Testungen zulässig sind. Eine Bescheinigung darf nicht auf Basis einer Selbstauskunft der getesteten Person oder auf Basis rein digital übermittelter Testnachweise ausgestellt werden.

Grund hierfür ist zum einen die hohe Missbrauchsgefahr. Zum anderen handelt es sich in diesem Fall um ein unrichtiges Gesundheitszeugnis, da das Testergebnis und somit der Befund über eine SARS-CoV-2-Infektion ohne Vornahme der einschlägigen Testdurchführung oder -überwachung vor Ort und damit ohne echte Kontrollmöglichkeit der sachgerechten Durchführung bescheinigt wird.

Zu Absatz 4

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates **nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung** von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln.

Hinsichtlich des Impfnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 1 die Intervallzeiten, die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und die höchstens zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen (Buchstabe a). Gleiches gilt für die Art, die Anzahl und die Kombinationen der anzuerkennenden Impfstoffe. Im Zuge der Änderung der Empfehlung (EU) 2020/912 des Rates vom 30. Juni 2020 zur vorübergehenden Beschränkung nicht unbedingt notwendiger Reisen in die EU und möglichen Aufhebung dieser Beschränkung (ABl. EU L 208 vom 1.7.2020, S. 1) ist unter anderem vorgesehen, dass die Mitgliedstaaten auch Impfungen mit Impfstoffen für die Zwecke der Einreise anerkennen können, die von der WHO für den Notfalleinsatz bewertet und gelistet worden sind. Die aktuelle Liste der WHO (WHO-EUL-Liste) ist auf der Internetseite der WHO unter folgendem Link veröffentlicht:

extra-

[net.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_23Dec2021.pdf](https://www.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_23Dec2021.pdf).

Im Unterschied zu den EU-zugelassenen oder äquivalenten Impfstoffe umfasst die WHO-EUL-Liste auch weitere Impfstoffe. Für Personen, die mit diesen Impfstoffen geimpft worden sind, müssen zur Ermöglichung der Einreise und des anschließenden Aufenthalts abweichende Anforderungen an die Impfungen und der Impfkombinationen für den Impfnachweis getroffen werden können.

Hinsichtlich des Genesenennachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 2 die Art des Nachweises, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein muss (Buchstabe a), die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss (Buchstabe b), die Zeit, die die

Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf (Buchstabe c).

Hinsichtlich des Testnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 3 weitere Nachweismöglichkeiten regeln, mit denen die mögliche Infektion nachgewiesen werden kann.

In der Rechtsverordnung sind angemessene Übergangsfristen für die Anwendung der von den Absätzen 1 bis 3 abweichenden Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- oder einen Testnachweis vorzusehen.

Zu Absatz 5

Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch die zur Durchführung der Schutzimpfung berechnigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2) zu bescheinigen.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und § 22 Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

Zu Absatz 6

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenenzertifikat) entweder durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2).

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenenzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenenzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,
2. das Datum der Testung und
3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

Zu Absatz 7

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigten Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,
2. das Datum der Testung und
3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

Zu Absatz 8

Die technischen Vorgaben der EU sehen Prozesse zur Durchführung einer Sperrung von individuellen COVID-19-Impf-, Genesenen- und Testnachweisen vor, die ein entsprechendes Ereignis z.B. in Folge einer missbräuchlichen Ausstellung unrichtig dokumentieren. Die nun vorgesehene Regelung stellt ergänzend zu den europäischen Festlegungen klar, dass das Robert Koch-Institut dieses Zertifikat sperren sowie die für die Sperrung von Zertifikaten erforderliche Datenverarbeitung vornehmen darf. Der Anonymitätscharakter der Nutzung der Corona Warn App (CWA) bleibt gewahrt.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

In § 28a Absatz 7 wird vorgesehen, dass die Länder unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite folgende Schutzmaßnahmen anordnen zu dürfen:

Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Nummer 1)

- in Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 11 und § 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7, soweit sie zur Abwendung einer Gefahr für Personen, die auf Grund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) haben, erforderlich ist, (Buchstabe a). Damit wird ein Beitrag zum Schutz vulnerabler Personen geleistet.
- in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste sowie das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal, soweit für dieses tätigkeitsbedingt physischer Kontakt zu anderen Personen besteht (Buchstabe b). Damit wird Sorge getragen, dass beispielsweise in Zeiten des Berufsverkehrs, in denen Abstände in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht einzuhalten sind, das Ansteckungsrisiko deutlich reduziert wird.

Die Verpflichtung zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in (Nummer 2) in

- **Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 11 sowie nach § 36 Absatz 1 Nummer 2⁵ und 7 (Buchstabe a),**
- Schulen (Buchstabe b) und

- Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie andere Abteilungen oder Einrichtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und für Senioren (Buchstabe c).

Damit wird ein Beitrag zum Schutz vulnerabler Personen geleistet. Zudem wird der Garantenpflicht des Staates in Bereichen Rechnung getragen, in denen Menschen einer Pflicht zum Aufenthalt nachkommen müssen. Daher kann es hier geboten sein, die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung durch eine Testpflicht zu verringern.

Individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 bleiben unberührt.

[Zu § 28a Absatz 8:]

Der angepasste Absatz 8 soll sicherstellen, dass die Länder im Falle einer **konkreten Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage** im Hinblick auf COVID-19 weitere Maßnahmen als die im Absatz 7 vorgesehenen **in einer konkret zu benennenden Gebietskörperschaft** anwenden dürfen, **sofern das Parlament des betroffenen Landes das Vorliegen der konkreten Gefahr und die Anwendung konkreter Maßnahmen in dieser Gebietskörperschaft feststellt.**

Für die Feststellung einer solchen Gefahr können insbesondere folgende Kriterien zur Anwendung durch die Länder kommen:

- In der jeweiligen Gebietskörperschaft wird die Ausbreitung einer Virusvariante des **Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt wird, die eine signifikant höhere Pathogenität aufweist (Nummer 1), oder**
- **Es droht in der jeweiligen Gebietskörperschaft aufgrund einer besonders hohen Anzahl von Neuinfektionen oder einem besonders starken Anstieg an Neuinfektionen eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten (Nummer 2).**

Die Feststellung der Anwendbarkeit gilt als aufgehoben, wenn das Parlament des betroffenen Bundeslandes nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung eine erneute Feststellung trifft. Das Parlament kann die getroffene Feststellung auch vor Ablauf der drei Monate jederzeit wieder aufheben.

Folgende Schutzmaßnahmen sind anwendbar:

- Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) (Nummer 1),
- die Anordnung eines Abstandsgebots im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen (Nummer 2),
- die Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises nach § 22a Absatz 1 bis 3 einschließlich der Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises in Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 und § 36 Absatz 1 sowie in Betrieben, in Einrichtungen oder Angeboten mit Publikumsverkehr (Nummer 3),
- die Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten, die die Bereitstellung von Desinfektionsmittel und die Vermeidung unnötiger Kontakte vorsehen können, für Einrichtungen im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 und § 36 Absatz 1 und für die in Absatz 1 Nummer 4 bis 8 und 10 bis 16 genannten Betriebe, Gewerbe, Einrichtungen, Angebote, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen (Nummer 4).

[Zu § 28a Absatz 9:]

Die Regelung entfällt.

[Zu § 28a Absatz 10:]

Die Möglichkeit von den Maßnahmen der Absätze 7 und 8 Gebrauch zu machen, werden mit Blick auf die weitere Entwicklung der Pandemie befristet.

Um Regelungslücken und somit auch Schutzlücken zu vermeiden, die durch das Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes und der Inkraftsetzung neuer Regelungen in den Ländern, insbesondere durch den notwendigen Parlamentsvorbehalt, entstehen könnten, wird eine Übergangsregelung geschaffen. Zugleich sind in der Übergangszeit nur Schutzmaßnahmen anwendbar, die auch vom neuen Regelungskatalog der Absätze 7 und 8 jeweils umfasst wären. Andere Regelungen laufen zum 19. März 2022 ohne Übergangsregel aus.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 6.

Zu Buchstabe b

§ 28b Absatz 1 bis 4 ist nur bis zum 19. März 2022 anwendbar. Von der Möglichkeit der Fristverlängerung nach Absatz 7 wird nicht Gebrauch gemacht. Die Absätze 1 bis 4 werden entsprechend dem geänderten Bedürfnis nach bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisher in § 28b Absatz 5 geregelten bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung von COVID-19 werden auf die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasenschutz) bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln des Fernverkehrs (einschließlich des Luftverkehrs) beschränkt. Eine solche Regelung wird weiterhin für notwendig erachtet, weil über längere Zeit und auf engem Raum eine Vielzahl von Personen zusammentreffen. Die Bundesregierung wird zudem ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates diese Verpflichtung auszusetzen

Um Regelungslücken und somit auch Schutzlücken zu vermeiden, die durch das Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes und der Inkraftsetzung neuer Regelungen in den Ländern, entstehen könnten, wird eine Übergangsregelung für den Öffentlichen Personennahverkehr geschaffen. Sobald die Länder von den Regelungsmöglichkeiten des neuen Absatzes 7 Gebrauch gemacht haben, tritt diese Vorschrift an die Stelle der bisherigen Bundesregelung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe d

Mit der Reduzierung des Regelungsgegenstandes des § 28b entfällt das Bedürfnis für die Verordnungsermächtigung. Sie wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Die Befristung des § 28b wird angepasst.

Zu Nummer 6

Der zeitliche Anwendungsbereich der Sonderregelung des § 36 Absatz 3 wird über den 19. März 2022 hinaus verlängert, da es auch nach diesem Datum Anwendungsfälle der Norm geben kann.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 28b.

Zu Nummer 9

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der §§ 22 und 22a.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Impfungen sind das wirksamste Mittel gegen eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-19 und für einen individuellen Schutz vor einem schweren Verlauf nach einer COVID-19-Infektion. Das gilt in besonderem Maße für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und für die vulnerable Personengruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht nach § 20a IfSG trägt dem Rechnung. Die Sicherung einer hohen Impfquote gegen das Coronavirus SARS-CoV-19 stellt daher eine wichtige Aufgabe der pflegerischen Leistungserbringung dar. Die nachhaltige und umfassende Beobachtung der und Berichterstattung über Impfquoten in der voll- und teilstationären Pflege von Beschäftigten sowie von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Gästen ist dazu ein Instrument, zu dessen Nutzung die Einrichtungen durch diese Ergänzung vertraglich verpflichtet sind.

Zu Nummer 2

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen nach § 114 wird zukünftig auch überprüft, ob die Einrichtungen der Verpflichtung zur Berichterstattung in der voll- und teilstationären Pflege über die Impfquoten von Beschäftigten sowie von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Gästen regelmäßig nachgekommen sind.

Zu Artikel 7 (Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung)

Artikel 3 enthält Folgeänderungen der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV), die der Aufnahme der bisher in § 2 Nummer 5, 7 und 9 CoronaEinreiseV enthaltenen Begriffsbestimmungen des Test-, des Genesenen- und des Impfnachweises in § 22a Absatz 1 bis 3 IfSG Rechnung tragen. Zudem wird die Gültigkeit der Verordnung verlängert.

Zu Artikel 8 (Einschränkung von Grundrechten)

Die Vorschrift trägt den Anforderungen des Zitiergebotes nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG umfassend Rechnung.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt das Inkrafttreten. Das Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für Artikel 1 Nummer 5 bis 8. Dieser tritt am 20. März 2022 in Kraft.

From: ["Schaade, Lars" <SchaadeL@rki.de>](mailto:SchaadeL@rki.de)
To: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)
Date: 3/22/2022 4:14:05 PM
Subject: AW: Anliegen aus der AGI zu Kontaktpersonenmanagement, Entlassmanagement und Teststrategie

Liebe Frau Rexroth, lieber Osamah,

dann sollten wir bitte morgen im Krisenstab die Aufgaben entsprechend mit den Fristen verteilen; ich selbst bin morgen nicht im Krisenstab, da auf Dienstreise.

3. und 4 ist mir auch aufgefallen, ist doch aber gut.

Zu 1.: Wenn wir den neuen FG36 -Vorschlag dem BMG vorlegen, sollten wir die Notwendigkeit aus Sicht der Länder, dass bis zum 2.4. abzuschließen, mit in das Zuleitungsschreiben/Email aufnehmen.

Zu 2: Ich bin mir nicht sicher, ob wir den Ländern den Wunsch, nach weniger als 10 Tagen machen lässt, müssen wir beraten.

Gru?

LS

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute

Gesendet: Dienstag, 22. März 2022 17:01

An: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Cc: Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>

Betreff: Anliegen aus der AGI zu Kontaktpersonenmanagement, Entlassmanagement und Teststrategie

Lieber Herr Schaade,

in der AGI wurden gerade folgende Themen/ Anliegen an das RKI herangetragen:

1. Entfernung/ Überarbeitung der Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement bis spätestens zum 2.4. Bisher stehen die RKI-Definitionen zu Kontaktpersonen und das empfohlene Vorgehen noch in den Absonderungsverordnungen der Bundesländer. Diese laufen am 2.4. aus und können aufgrund der neuen Gesetzeslage nicht verlängert werden. D.h. im Anschluss bestünde wieder die Erwartung an die Gesundheitsämter, jeden einzelnen Fall und seine Kontaktpersonen einzeln zu ermitteln und mit Quarantanebescheiden auszustatten. Das wird als nicht realistisch und auch nicht mehr als sachdienlich angesehen. Es wird dringend drum gebeten, die Anpassung der neuen Empfehlungen vor dem 2.4. vorzunehmen und vorher mit der AGI zu teilen (AGI-Sitzung am 29.3.). D.h. die Abstimmung mit BMG sollte noch diese Woche erfolgen (je fixe Freitag). Wir haben heute in Abt. 3 nochmal darüber diskutiert und FG 36 stellt die Überlegungen morgen im Krisenstab vor. Dort sollten wir so weit kommen, dass wir sie morgen nachmittag oder Donnerstag ans BMG schicken können.

2. Aufhebung/ Anpassung der Empfehlungen zu Isolation und Entlassmanagement in Einrichtungen:

Man geht davon aus, dass die MPK-Beschlüsse vollständig ihre Geltung verlieren sollten. Wir werden gebeten, auch die Empfehlungen zur Isolation in Alten- und Pflegeheimen anzupassen, die als deutlich zu streng wahrgenommen werden. Auch die angedachte Reduktion auf 10 Tage erscheint noch zu streng.

Da wir uns in dem Strategiepapier von der Isolationspflicht der Fälle durch die Gesundheitsämter abkehren und die freiwillige Selbstisolation für 3-5 Tage vorschlagen, sollte zeitgleich auch die Regelung der MPK-Tabelle zur Isolation ins Archiv wandern und die Empfehlungen zur Isolation in Alten- und Pflegeheimen deeskaliert werden.

3. Es ist aufgefallen, dass im endgültigen IfSG-Text nun doch immer die PCR für den Genesenennachweis gefordert wird, nicht der AG-Test. Außerdem ist aufgefallen, dass die Geimpft-Genesenen nun doch nur für 90 Tage freigestellt sind, nicht mehr unbegrenzt. Der Fehler, die Geimpft-Genesenen den Geboosterten gleichzustellen, ist somit korrigiert. 1x Genesenen zählt wie 1x geimpft, nicht mehr. Hierfür gibt es allerdings auch keine Übergangsfrist.

4. Es wurde klargestellt, dass mit "Datum des Tests" wie gehabt "Datum der Abnahme des Tests, nicht der Diagnostik gemeint ist.

Viele Grüße,
Ute Rexroth

Dr. med. Ute Rexroth, MPH MSc

Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Leiterin des Fachgebiets für infektionsepidemiologisches Krisenmanagement,
Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme

Seestr. 10
13353 Berlin

E-Mail: rexrothu@rki.de
Tel.: 030 18 754-3259
FAX: 030 18 754-3533

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bitte folgen Sie uns auf Twitter: https://twitter.com/rki_de

Bitte abonnieren Sie unseren Newsletter für Ärzte: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Newsletter/newsletter_node.html

From: "[Schaade, Lars](mailto:SchaadeL@rki.de)" <SchaadeL@rki.de>

To: "[Hamouda, Osamah](mailto:HamoudaO@rki.de)" <HamoudaO@rki.de>

["Rexroth, Ute"](mailto:RexrothU@rki.de) <RexrothU@rki.de>

["Buchholz, Udo"](mailto:BuchholzU@rki.de) <BuchholzU@rki.de>

["Haas, Walter"](mailto:HaasW@rki.de) <HaasW@rki.de>

["Buda, Silke"](mailto:BudaS@rki.de) <BudaS@rki.de>

["Eckmanns, Tim"](mailto:EckmannsT@rki.de) <EckmannsT@rki.de>

["Abu Sin, Muna"](mailto:Abu-SinM@rki.de) <Abu-SinM@rki.de>

["Antao, Esther-Maria"](mailto:AntaoE@rki.de) <AntaoE@rki.de>

["Wieler, Lothar"](mailto:WielerLH@rki.de) <WielerLH@rki.de>

Date: 4/4/2022 9:56:55 AM

Subject: WG: AKTUALISIERT: Schema zu Quarantäne- und Isolierungsdauer

Attachments: Anhang(Tabelle)Quarantäne-Isolierungsdauer_4_4_2022.pdf

...und noch eine neue Fassung für die heutige GMK

Gruß

LS

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Velter, Boris -AL -L BMG <Boris.Velter@bmg.bund.de>

Gesendet: Montag, 4. April 2022 11:47

An: Laumann, Ole -RL -L3 BMG <Ole.Laumann@bmg.bund.de>; Weisenbacher, Jasmin -L1 BMG <Jasmin.Weisenbacher@bmg.bund.de>; Reinders, Patrick -L1 BMG <Patrick.Reinders@bmg.bund.de>; Laue, Guido -RL -L1 BMG <Guido.Laue@bmg.bund.de>; Kautz, Hanno -RL -L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>; Draheim Dr., Antje -St'in BMG <Antje.Draheim@bmg.bund.de>; Rottmann-Großner, Heiko -UAL -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>; Teichert Dr. med., Ute -AL -6 BMG <Ute.Teichert@bmg.bund.de>; Steffen Dr., Thomas -St BMG <Thomas.Steffen@bmg.bund.de>; Wieler, Lothar <WielerLH@rki.de>; Schaade, Lars <Schaadel@rki.de>

Betreff: AKTUALISIERT: Schema zu Quarantäne- und Isolierungsdauer

Priorität: Hoch

Hier die aktuelle Fassung.

LG

BV

	Vorschlag RKI, BMG	
	<u>Infizierte</u>	<u>(enge) Kontaktpersonen</u>
Allgemeine Bevölkerung	<p>5 Tage plus deutliche Symptombesserung Dringende Empfehlung: selbständige Selbstisolierung, Kontakte meiden (KEINE Anordnung)</p> <p><u>Für nachweislich positiv getestete Personen gilt die Empfehlung zur wiederholten (Selbst-)Testung beginnend nach 5 Tagen mit Antigen-Schnelltest*. Kontaktreduktion bis Test negativ.</u></p> <p><u>Gilt für Personen mit Symptomen</u> ODER Nachweis einer akuten respiratorischen Infektion jeglicher Art</p>	<p>5 Tage <u>Haushalts-Kontaktpersonen,</u> Dringende Empfehlung: selbständig Kontakte reduzieren, v.a. mit Risikogruppen für einen schweren Krankheitsverlauf (KEINE Anordnung)</p> <p><u>Empfehlung zur täglichen (Selbst)Testung mit Antigen-Schnelltest*</u></p>
Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten	<p>wie Allgemeinbevölkerung ABER ANGEORDNETES Tätigkeitsverbot; Voraussetzung für Wiederaufnahme: deutliche Symptombesserung UND frühestens am Tag 5 nach Symptombeginn bzw. Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion abgenommener negativer Test (Antigen-Schnelltest*/PCR-Test**)</p>	<p>wie Allgemeinbevölkerung ABER tägliche Testung mit Antigen-Schnelltest* oder NAAT*** vor Dienstantritt bis einschließlich Tag 5</p>

* Entsprechend überprüfte Antigen-Schnelltests sind hier veröffentlicht, siehe „Tabelle 1: Ergebnisse der SARS-CoV-2 Antigenschnelltests, die das Sensitivitätskriterium erfüllen“:

www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/evaluierung-sensitivitaet-sars-cov-2-antigentests.pdf

** Zur Wiederaufnahme der Tätigkeit sind ein negatives PCR-Resultat oder ein positives Testresultat mit einem CT Wert >30 zulässig. D. h. es liegt ein negatives PCR-Ergebnis oder ein quantitatives PCR-Ergebnis vor, das gemäß Laborbericht für eine Viruslast unterhalb eines definierten Schwellenwertes spricht, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (etwa unter Bezug auf eine quantitative Bezugsprobe; Ziel: < 1.000.000 (10⁶) Kopien/ml). Dieser Wert geht oft, aber nicht immer mit einem CT-Wert von > 30 einher. Details siehe unter "Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2" www.rki.de/covid-19-diagnostik/

***NAAT = Nukleinsäure-Amplifikationstest

Zur Isolationsdauer von Patientinnen/Patienten im stationären Bereich und von Bewohnerinnen/Bewohnern von Pflegeheimen siehe hier: www.rki.de/covid-19-entisolierung-stationaer

Zur Quarantänedauer von Patientinnen/Patienten im stationären Bereich siehe hier https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorgung.html;jsessionid=79BAB762D6E5ACF9EB67D840472C108E.internet062?nn=2386228#doc14068888bodyText8 und von **Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen** siehe [Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen](#).

From: "Lutz, Fabio -616 BMG" <Fabio.Lutz@bmg.bund.de>

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

[DIM-Koordination <DIM-Koordination@rki.de>](mailto:DIM-Koordination@rki.de)

[RKI-Pressestelle <Presse@rki.de>](mailto:Presse@rki.de)

Date: 4/26/2022 4:03:44 PM

Subject: WG: Freigabe Kommunikation RKI

Attachments: Kopie von Presstab-RKI-Umstellung-JJ-KV-viertelimpfung-abApril28_neuImpfstofftabelle_fl_dgr.xlsx
Text-RKI-Impfquotenseite-ab-Umstellung_19-4-22_fl_L7.docx
FAQ_Impfquotenmonitoring_NEU-19-4-22_fl_L7_fl.docx

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie unsere insbesondere redaktionellen Anmerkungen in der Kommunikation mit der Bitte um Beachtung.

Zudem würden wir zur Vermeidung von Verwirrungen anregen, die Klammer in der Presstabelle „(hierzu zählt auch eine Impfung nach Genesung, diese ist jedoch nicht spezifisch im Impfquotenmonitoring dokumentiert)“ zu streichen oder umzuformulieren.

Die Verzögerung bitte ich zu entschuldigen. Sollten sich dadurch Änderungen, insbesondere zum Zeitplan, ergeben, bitte ich um Mitteilung.

Besten Dank und freundliche Grüße
Im Auftrag

Fabio Lutz



Referat 614 – Infektionskrankheiten
Bundesministerium für Gesundheit

Unter den Linden 21, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin

www.bundesgesundheitsministerium.de

[www.twitter.com/BMG_Bund](https://twitter.com/BMG_Bund)

www.facebook.com/BMG.Bund

www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/

www.zusammengencorona.de

Hinweis zu externen Links:

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> entnehmen.

gepasst und die zweite Auffrischungsimpfung wird ausgewiesen.

RS	Bundesland	Gesamtzahl bisher verabreichter Impfungen	Gesamtzahl mindestens einmal Geimpfter*	Gesamtzahl Grundimmunisierter*°
08	Baden-Württemberg	22,922,616	8,336,710	8,183,159
09	Bayern	27,073,931	9,839,448	9,794,663
11	Berlin	7,983,714	2,897,389	2,856,353
12	Brandenburg	4,778,005	1,759,606	1,731,833
04	Bremen	1,672,210	616,809	590,858
02	Hamburg	4,277,265	1,593,115	1,544,044
06	Hessen	13,181,224	4,880,182	4,681,374
13	Mecklenburg-Vorpommern	3,326,780	1,211,104	1,193,689
03	Niedersachsen	17,808,272	6,361,738	6,166,025
05	Nordrhein-Westfalen	40,279,200	14,605,139	14,136,935
07	Rheinland-Pfalz	8,765,872	3,209,340	3,070,160
10	Saarland	2,287,018	818,338	803,121
14	Sachsen	7,220,282	2,667,382	2,610,256
15	Sachsen-Anhalt	4,368,678	1,607,792	1,594,828
01	Schleswig-Holstein	6,839,308	2,351,159	2,316,092
16	Thüringen	4,052,032	1,498,775	1,467,015
	Bundesressorts***	532,836	201,868	189,340
	Gesamt	177,369,243	64,455,894	62,929,745

RS: Regionalschlüssel eines jeden Bundeslandes (destatis, <https://www.destatis.de/DE/>)

* Die Gesamtzahl mindestens einmal Geimpfter umfasst alle Personen, die eine Erstimpfung dokumentiert). Als Personen mit erster bzw. zweiter Auffrischimpfung gelten Personen, c

** Bei mindestens einmal Geimpften dieser Altersgruppen fehlen Janssen-Impfungen der

*** Impfungen, die aus dem Impfkontingent des Bundes gemäß Coronavirus-Impfverordn

° Optimierungsimpfungen nach einmaliger Janssen-Impfung waren bis Januar 2022 als Au

Gesamtzahl Personen mit erster Auffrischung* °	Gesamtzahl Personen mit zweiter Auffrischung*	Impfquote mindestens ein			
		Gesamt- bevölkerung	5-17 Jahre		
			Gesamt	5-11 Jahre	12-17 Jahre
6,361,651	305,347	75.1	42.1	19.2	68.3
7,392,723	334,956	74.9	44.6	21.0	72.2
2,202,162	131,558	79.1	45.3	25.4	71.7
1,316,948	60,328	69.5	29.2	10.7	52.0
434,880	44,990	90.7	47.2	22.3	76.5
1,120,409	82,168	86.0	49.8	27.5	77.8
3,567,696	210,406	77.5	46.1	23.2	72.6
919,946	43,057	75.2	33.2	10.4	61.1
5,106,596	452,121	79.5	51.4	26.6	79.2
11,074,672	1,019,056	81.5	51.5	27.4	78.9
2,428,512	175,119	78.3	46.5	23.3	73.4
651,145	47,818	83.2	45.9	18.4	76.9
1,959,175	55,371	65.7	24.5	7.5	46.1
1,190,230	45,057	73.7	29.7	8.5	55.6
2,101,435	143,526	80.8	59.5	30.1	92.3
1,094,993	39,385	70.7	30.0	11.2	53.4
141,153	-	-	-	-	-
49,064,326	3,190,738	77.5	45.0	21.9	72.1

Themen/ Länder-Regionen/ Regionales/ Gemeindeverzeichnis/ Administrativ/ beschreibung-gebietseinheit
 ing mit den in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Impfstoffen erhalten haben. Als grundimmunisie
 die eine oder zwei weitere Impfung(en) nach abgeschlossener Grundimmunisierung erhalten haben.

Vertragsärzt:innen aus dem KBV-Portal, die als zweite Impfungen gemeldet und nur den Grundimmunisier
 ung an Angehörige des Bundes verabreicht wurden. Eine Impfquote kann aufgrund einer fehlenden Nenne

ffrischimpfung und sind seitdem als Zweitimpfung zu dokumentieren. Soweit möglich wurde eine Umbew

mal geimpft			Impfquote grundimmun				
18+ Jahre			Gesamtbevölkerung	5-17 Jahre			
Gesamt	18-59 Jahre**	60+ Jahre**		Gesamt	5-11 Jahre	12-17 Jahre	
84.3	81.0	90.2	73.7	38.3	16.5	63.1	
83.5	80.5	88.9	74.5	41.2	18.7	67.5	
88.7	83.8	97.9	78.0	41.5	22.9	66.2	
78.3	68.6	82.3	68.4	27.1	8.6	49.8	
102.1	103.8	98.3	86.9	42.7	19.1	70.4	
96.6	95.6	97.8	83.4	44.3	23.0	71.1	
86.6	83.9	91.3	74.4	40.6	19.8	64.8	
84.4	79.1	91.3	74.1	29.3	7.9	55.4	
88.1	84.3	94.2	77.0	46.4	23.2	72.4	
90.6	88.4	94.1	78.9	46.3	23.4	72.5	
87.2	82.9	94.2	74.9	42.1	20.8	66.8	
91.9	89.6	94.7	81.6	41.7	16.2	70.6	
74.9	67.7	85.0	64.3	22.5	6.4	42.9	
82.8	76.7	90.7	73.1	26.5	7.1	50.3	
88.4	85.1	93.8	79.6	55.5	28.6	85.4	
79.5	73.2	87.7	69.2	28.5	10.4	51.0	
-	-	-	-	-	-	-	
86.5	83.2	91.6	75.7	40.8	19.0	66.3	

n.pdf?__blob=publicationFile).

ert gelten alle Personen, die eine Zweitimpfung erhalten haben (hierzu zählt auch eine Impfung nach Genesurten zugeordnet werden konnten.

erpopulation nicht berechnet werden, die Impfungen gehen allerdings in die Berechnung der Impfquote für G

ertung dieser Impfungen in Zweitimpfungen vorgenommen. In den aggregierten Daten der Ärzteschaft ist die

nisiert°			Impfquote Erste Auffrischimpfung°				
18+ Jahre			Gesamt- bevölkerung	12-17 Jahre	18+ Jahre		
Gesamt	18-59 Jahre	60+ Jahre			Gesamt	18-59 Jahre	
83.2	80.0	89.8	57.3	30.2	67.0	62.1	
83.6	80.9	89.1	56.3	26.8	65.7	59.7	
87.8	83.5	97.9	60.1	30.1	70.3	64.3	
77.6	73.4	84.0	52.0	19.4	60.7	53.0	
98.2	98.3	97.8	63.9	26.7	74.9	68.8	
94.2	93.0	97.1	60.5	27.9	71.0	67.5	
83.6	80.8	89.2	56.7	30.4	66.1	61.2	
83.6	78.2	91.5	57.1	21.1	66.2	57.0	
85.8	82.5	92.0	63.8	38.6	74.0	69.1	
88.2	85.6	93.0	61.8	33.9	72.0	66.4	
83.7	79.8	90.9	59.3	32.9	68.7	63.3	
90.6	88.2	94.6	66.2	34.7	75.7	70.3	
73.5	66.4	83.9	48.3	15.1	56.5	47.0	
82.5	76.4	91.1	54.6	17.5	63.1	52.6	
87.7	84.7	92.9	72.2	43.2	78.3	71.7	
77.9	71.0	87.7	51.6	18.9	59.8	49.7	
-	-	-	-	-	-	-	
84.9	81.8	90.8	59.0	30.2	68.5	62.8	

ig, diese ist jedoch nicht spezifisch im Impfquotenmonitoring

iesamtddeutschland mit ein.

se Umbewertung jedoch nicht möglich.

	Impfquote Zweite Auffrischimpfung°				
	Gesamt- bevölkerung	12-17 Jahre	18+ Jahre		
60+ Jahre			Gesamt	18-59 Jahre	60+ Jahre
76.8	2.8	0.2	3.3	0.7	8.5
77.9	2.5	0.2	3.0	0.6	7.9
84.3	3.6	0.2	4.3	0.8	12.4
72.2	2.4	0.2	2.8	0.7	6.0
87.2	6.6	0.4	7.9	1.2	21.6
80.0	4.4	0.4	5.3	1.4	15.2
76.1	3.3	0.2	4.0	1.0	10.0
79.5	2.7	0.2	3.1	0.6	6.8
82.9	5.6	0.4	6.8	1.3	16.7
82.9	5.7	0.4	6.8	1.4	17.2
78.6	4.3	0.3	5.1	1.1	12.3
84.4	4.9	0.3	5.7	1.2	12.9
70.6	1.4	0.1	1.6	0.3	3.6
77.8	2.1	0.2	2.4	0.5	5.2
90.1	4.9	0.2	11.0	1.5	27.7
74.4	1.9	0.1	2.2	0.7	4.3
79.4	3.8	0.3	4.8	1.0	11.8

RS	Bundesland	Impfungen kumulativ						Differenz zum Vortag
		Gesamt	BioNTech	Moderna	AstraZeneca	Janssen	Novavax	
08	Baden-Württemberg	22,922,616	16,902,949	3,915,951	1,595,921	496,904	10,891	11,107
09	Bayern	27,073,931	20,270,872	4,356,092	1,916,596	516,944	13,427	14,936
11	Berlin	7,983,714	5,846,707	1,515,208	482,704	134,312	4,783	5,014
12	Brandenburg	4,778,005	3,497,580	796,304	368,588	113,190	2,343	2,916
04	Bremen	1,672,210	1,192,781	306,882	123,380	48,292	875	1,076
02	Hamburg	4,277,265	3,127,491	788,360	243,857	115,424	2,133	4,980
06	Hessen	13,181,224	9,636,380	2,257,351	1,017,863	262,874	6,756	8,101
13	Mecklenburg-Vorpommern	3,326,780	2,482,348	556,659	217,547	67,316	2,910	3,224
03	Niedersachsen	17,808,272	12,514,398	3,350,547	1,487,028	444,445	11,854	11,635
05	Nordrhein-Westfalen	40,279,200	29,975,885	6,353,225	3,094,098	841,359	14,633	32,706
07	Rheinland-Pfalz	8,765,872	6,487,120	1,470,948	626,524	171,988	9,292	6,654
10	Saarland	2,287,018	1,713,082	409,902	112,139	50,427	1,468	1,802
14	Sachsen	7,220,282	5,518,067	1,099,576	493,029	103,544	6,066	3,833
15	Sachsen-Anhalt	4,368,678	3,175,244	785,897	294,536	110,465	2,536	2,154
01	Schleswig-Holstein	6,839,308	4,807,407	1,371,099	520,286	136,702	3,814	5,068
16	Thüringen	4,052,032	3,039,584	663,234	249,534	95,638	4,042	1,478
	Bundesressorts*	532,836	291,576	202,768	30,313	8,149	30	18
	Gesamt	177,369,243	130,479,471	30,200,003	12,873,943	3,717,973	97,853	116,702

RS: Regionalschlüssel eines jeden Bundeslandes (destatis, https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/beschreibung-gebietseinheiten.pdf?__blob=publicationFile).

* Impfungen, die aus dem Impfkontingent des Bundes gemäß Coronavirus-Impfverordnung an Angehörige des Bundes verabreicht wurden.

Datum	Erstimpfung	Zweitimpfung	Erste Auffrischimpfung	Zweite Auffrischimpfung
27.12.2020	24,421	0	0	0
28.12.2020	18,007	0	0	0
29.12.2020	50,055	0	0	0
30.12.2020	64,066	0	0	0
31.12.2020	49,939	0	0	0
01.01.2021	25,672	0	0	0
02.01.2021	47,803	0	0	0
03.01.2021	22,573	0	0	0
04.01.2021	46,333	0	0	0
05.01.2021	52,478	0	0	0
06.01.2021	63,084	0	0	0
07.01.2021	54,908	0	0	0
08.01.2021	62,875	0	0	0
09.01.2021	60,597	0	0	0
10.01.2021	35,845	0	0	0
11.01.2021	68,766	0	0	0
12.01.2021	79,315	0	0	0
13.01.2021	112,437	0	0	0
14.01.2021	84,123	0	0	0
15.01.2021	90,881	983	0	0
16.01.2021	56,854	1,244	0	0
17.01.2021	30,757	17,085	0	0
18.01.2021	67,551	15,758	0	0
19.01.2021	83,804	36,076	0	0
20.01.2021	78,999	53,949	0	0
21.01.2021	64,530	41,112	0	0
22.01.2021	68,779	33,629	0	0
23.01.2021	40,771	46,322	0	0
24.01.2021	25,705	22,131	0	0
25.01.2021	52,342	38,707	0	0
26.01.2021	51,357	47,348	0	0
27.01.2021	51,183	58,453	0	0
28.01.2021	46,999	45,745	0	0
29.01.2021	49,886	57,943	0	0
30.01.2021	34,670	53,495	0	0
31.01.2021	25,808	31,436	0	0
01.02.2021	58,397	62,104	0	0
02.02.2021	65,525	67,360	0	0
03.02.2021	64,625	98,490	0	0
04.02.2021	62,149	72,512	0	0
05.02.2021	69,419	78,167	0	0
06.02.2021	45,606	48,593	0	0
07.02.2021	28,305	25,275	0	0
08.02.2021	53,022	56,492	0	0
09.02.2021	60,248	74,509	0	0
10.02.2021	77,790	77,764	0	0
11.02.2021	75,688	69,062	0	0

12.02.2021	80,299	76,008	0	0
13.02.2021	62,058	45,830	0	0
14.02.2021	39,637	25,838	0	0
15.02.2021	70,175	55,775	0	0
16.02.2021	78,282	56,693	0	0
17.02.2021	95,441	56,509	0	0
18.02.2021	91,850	53,401	0	0
19.02.2021	103,156	55,817	0	0
20.02.2021	76,196	36,362	0	0
21.02.2021	57,726	28,322	0	0
22.02.2021	98,324	58,372	0	0
23.02.2021	110,018	60,606	0	0
24.02.2021	117,683	59,514	0	0
25.02.2021	130,963	59,477	0	0
26.02.2021	146,578	67,711	0	0
27.02.2021	108,492	39,859	0	0
28.02.2021	79,403	24,204	0	0
01.03.2021	149,436	49,961	0	0
02.03.2021	167,950	52,256	0	0
03.03.2021	177,773	70,871	0	0
04.03.2021	182,564	63,194	0	0
05.03.2021	208,520	67,506	0	0
06.03.2021	154,230	48,750	0	0
07.03.2021	114,370	33,547	0	0
08.03.2021	186,679	51,944	0	0
09.03.2021	198,242	55,000	0	0
10.03.2021	222,086	67,498	0	0
11.03.2021	223,914	60,986	0	0
12.03.2021	257,497	71,158	0	0
13.03.2021	191,241	50,400	0	0
14.03.2021	134,769	35,701	0	0
15.03.2021	190,279	59,329	0	0
16.03.2021	111,209	68,399	0	0
17.03.2021	124,878	81,200	0	0
18.03.2021	118,310	75,803	0	0
19.03.2021	161,586	84,688	0	0
20.03.2021	167,958	53,408	0	0
21.03.2021	126,616	38,331	0	0
22.03.2021	193,617	76,742	0	0
23.03.2021	218,062	84,419	0	0
24.03.2021	252,343	89,687	0	0
25.03.2021	253,067	81,387	0	0
26.03.2021	286,852	89,070	0	0
27.03.2021	220,016	62,564	0	0
28.03.2021	143,418	53,341	0	0
29.03.2021	217,909	88,972	0	0
30.03.2021	238,084	92,512	0	0
31.03.2021	235,870	101,644	0	0
01.04.2021	242,993	90,891	0	0
02.04.2021	158,669	67,984	0	0

03.04.2021	167,794	64,686	0	0
04.04.2021	142,917	50,566	0	0
05.04.2021	178,071	70,433	0	0
06.04.2021	297,517	94,821	0	0
07.04.2021	628,268	96,932	0	0
08.04.2021	631,371	88,061	0	0
09.04.2021	534,333	89,342	0	0
10.04.2021	304,028	65,308	0	0
11.04.2021	210,556	50,438	0	0
12.04.2021	336,264	76,846	0	0
13.04.2021	530,093	73,949	0	0
14.04.2021	724,810	83,891	0	0
15.04.2021	613,279	70,643	0	0
16.04.2021	509,663	74,619	0	0
17.04.2021	302,710	56,664	0	0
18.04.2021	227,948	39,102	0	0
19.04.2021	337,706	61,949	0	0
20.04.2021	526,973	63,696	0	0
21.04.2021	676,120	74,369	0	0
22.04.2021	573,389	68,185	0	0
23.04.2021	473,712	69,835	0	0
24.04.2021	303,461	59,236	0	0
25.04.2021	230,791	49,329	0	0
26.04.2021	362,770	74,840	0	0
27.04.2021	764,565	95,770	0	0
28.04.2021	1,030,873	133,446	0	0
29.04.2021	812,498	137,503	0	0
30.04.2021	633,210	137,608	0	0
01.05.2021	250,796	73,187	0	0
02.05.2021	193,653	65,154	0	0
03.05.2021	339,539	116,353	0	0
04.05.2021	733,931	166,034	0	0
05.05.2021	971,529	239,752	0	0
06.05.2021	779,051	224,759	0	0
07.05.2021	626,351	234,420	0	0
08.05.2021	261,437	151,799	0	0
09.05.2021	179,384	101,159	0	0
10.05.2021	412,658	192,529	0	0
11.05.2021	866,637	301,431	0	0
12.05.2021	1,096,853	375,834	0	0
13.05.2021	259,310	154,934	0	0
14.05.2021	519,247	222,625	0	0
15.05.2021	234,172	159,445	0	0
16.05.2021	158,793	115,482	0	0
17.05.2021	353,663	198,885	0	0
18.05.2021	557,658	372,804	0	0
19.05.2021	621,887	566,870	0	0
20.05.2021	483,518	501,300	0	0
21.05.2021	420,618	425,182	0	0
22.05.2021	185,853	211,000	0	0

23.05.2021	122,757	149,171	0	0
24.05.2021	141,944	174,001	0	0
25.05.2021	311,305	373,715	0	0
26.05.2021	593,428	678,884	0	0
27.05.2021	496,377	559,579	0	0
28.05.2021	439,827	450,070	0	0
29.05.2021	181,720	224,218	0	0
30.05.2021	102,589	170,851	0	0
31.05.2021	248,941	331,979	0	0
01.06.2021	499,607	526,644	250	0
02.06.2021	664,569	650,905	184	0
03.06.2021	283,592	355,273	169	0
04.06.2021	365,440	436,407	426	0
05.06.2021	130,457	281,759	166	0
06.06.2021	63,472	209,308	120	0
07.06.2021	244,942	365,158	115	0
08.06.2021	441,663	704,137	159	0
09.06.2021	576,846	928,938	241	0
10.06.2021	511,465	706,648	283	0
11.06.2021	461,018	577,722	392	0
12.06.2021	166,539	266,554	202	0
13.06.2021	67,863	194,302	225	0
14.06.2021	263,882	378,021	385	0
15.06.2021	443,716	697,115	271	0
16.06.2021	566,049	873,224	177	0
17.06.2021	480,210	677,802	778	0
18.06.2021	411,406	556,121	190	0
19.06.2021	147,495	277,133	137	0
20.06.2021	73,044	205,549	85	0
21.06.2021	238,648	383,912	129	0
22.06.2021	437,023	723,180	139	0
23.06.2021	561,562	862,150	126	0
24.06.2021	548,859	488,404	112	0
25.06.2021	415,961	484,471	123	0
26.06.2021	154,171	255,643	121	0
27.06.2021	88,367	190,294	69	0
28.06.2021	260,483	357,656	100	0
29.06.2021	442,520	560,169	101	0
30.06.2021	520,329	605,561	89	0
01.07.2021	464,973	489,956	90	0
02.07.2021	391,569	435,490	126	0
03.07.2021	165,241	213,427	65	0
04.07.2021	93,931	161,167	62	0
05.07.2021	206,903	322,974	104	0
06.07.2021	308,596	534,055	78	0
07.07.2021	360,090	706,891	166	0
08.07.2021	289,928	581,313	97	0
09.07.2021	225,278	504,396	167	0
10.07.2021	105,071	231,896	82	0
11.07.2021	67,462	151,601	59	0

12.07.2021	161,508	303,919	101	0
13.07.2021	209,644	616,210	85	0
14.07.2021	239,751	815,960	215	0
15.07.2021	200,855	583,960	210	0
16.07.2021	171,081	472,407	122	0
17.07.2021	89,451	186,259	3,380	0
18.07.2021	68,438	110,493	44	0
19.07.2021	103,106	265,894	91	0
20.07.2021	149,146	508,237	120	0
21.07.2021	178,978	631,922	106	0
22.07.2021	143,980	512,161	104	0
23.07.2021	123,314	415,313	141	0
24.07.2021	63,176	146,099	317	0
25.07.2021	36,763	75,024	43	0
26.07.2021	81,873	250,926	88	0
27.07.2021	117,879	480,196	144	0
28.07.2021	143,517	596,462	265	0
29.07.2021	122,162	468,291	248	0
30.07.2021	107,439	366,997	337	0
31.07.2021	59,345	130,900	225	0
01.08.2021	34,866	70,220	195	0
02.08.2021	70,463	219,646	227	0
03.08.2021	96,657	402,975	402	0
04.08.2021	119,467	493,673	397	0
05.08.2021	104,611	428,298	366	0
06.08.2021	95,131	332,716	404	0
07.08.2021	53,487	126,760	461	0
08.08.2021	26,690	82,343	167	0
09.08.2021	62,278	230,198	356	0
10.08.2021	92,866	373,293	367	0
11.08.2021	128,440	447,481	637	0
12.08.2021	126,237	359,708	613	0
13.08.2021	113,292	291,395	634	0
14.08.2021	67,529	126,352	650	0
15.08.2021	37,406	74,392	238	0
16.08.2021	85,214	178,612	728	0
17.08.2021	123,642	270,565	756	0
18.08.2021	147,707	306,831	965	0
19.08.2021	137,306	236,805	1,125	0
20.08.2021	123,896	184,801	1,189	0
21.08.2021	72,770	80,513	665	0
22.08.2021	39,161	51,343	370	0
23.08.2021	91,725	131,888	845	0
24.08.2021	131,079	186,708	1,299	0
25.08.2021	151,224	209,418	1,971	0
26.08.2021	139,950	168,369	1,976	0
27.08.2021	120,963	140,500	2,123	0
28.08.2021	70,673	65,843	1,171	0
29.08.2021	36,092	43,986	803	0
30.08.2021	85,696	100,448	1,358	0

31.08.2021	126,446	144,081	2,289	0
01.09.2021	135,803	166,143	23,284	10
02.09.2021	122,653	135,112	18,748	12
03.09.2021	97,880	109,787	15,741	6
04.09.2021	47,864	53,798	4,694	5
05.09.2021	26,459	30,322	3,081	2
06.09.2021	64,701	72,777	15,746	15
07.09.2021	101,736	118,017	25,555	6
08.09.2021	114,067	138,732	31,558	6
09.09.2021	111,110	129,305	27,797	3
10.09.2021	85,545	112,120	22,018	6
11.09.2021	43,145	58,944	6,204	3
12.09.2021	22,764	34,384	4,447	3
13.09.2021	61,808	78,307	20,293	6
14.09.2021	103,212	122,883	36,822	9
15.09.2021	113,562	148,491	48,957	16
16.09.2021	114,085	136,009	40,183	17
17.09.2021	88,690	117,669	30,706	24
18.09.2021	41,374	62,203	7,737	5
19.09.2021	21,712	36,244	5,028	5
20.09.2021	52,840	80,238	25,253	17
21.09.2021	88,962	124,798	47,519	12
22.09.2021	95,856	142,764	61,196	36
23.09.2021	98,818	134,655	50,435	32
24.09.2021	73,931	114,136	34,913	27
25.09.2021	32,326	57,293	9,719	21
26.09.2021	16,990	31,461	5,175	7
27.09.2021	46,869	73,221	27,813	32
28.09.2021	81,437	116,663	51,989	19
29.09.2021	82,198	124,722	60,398	35
30.09.2021	74,876	112,865	44,192	34
01.10.2021	44,183	59,612	24,053	4
02.10.2021	13,613	15,109	3,567	2
03.10.2021	5,428	6,742	1,724	1
04.10.2021	32,313	43,567	19,890	82
05.10.2021	55,344	84,809	42,718	3
06.10.2021	58,491	93,140	53,219	52
07.10.2021	62,673	96,947	52,329	6
08.10.2021	58,000	82,241	42,774	3
09.10.2021	16,426	19,727	5,383	54
10.10.2021	6,810	8,103	2,443	0
11.10.2021	29,760	42,084	24,301	20
12.10.2021	50,385	78,114	51,546	6
13.10.2021	55,764	88,271	62,996	25
14.10.2021	55,886	90,637	62,226	22
15.10.2021	48,695	75,175	48,043	6
16.10.2021	15,603	20,135	6,223	6
17.10.2021	5,816	7,683	3,332	2
18.10.2021	25,775	37,800	29,309	11
19.10.2021	45,295	74,136	58,843	6

20.10.2021	49,125	81,893	74,081	15
21.10.2021	49,929	81,866	75,332	3
22.10.2021	41,265	64,081	55,588	8
23.10.2021	15,120	18,304	11,133	4
24.10.2021	4,837	6,191	3,787	2
25.10.2021	27,885	40,364	40,241	11
26.10.2021	44,619	76,407	88,838	7
27.10.2021	48,871	83,672	110,779	13
28.10.2021	51,050	83,474	114,878	12
29.10.2021	44,518	67,997	94,991	18
30.10.2021	15,872	17,968	19,537	5
31.10.2021	4,823	5,472	6,159	3
01.11.2021	13,615	19,432	32,115	5
02.11.2021	38,042	62,264	114,591	7
03.11.2021	52,330	76,283	163,564	9
04.11.2021	52,120	76,888	172,238	13
05.11.2021	45,619	60,647	152,043	20
06.11.2021	18,675	17,093	36,392	6
07.11.2021	8,102	8,035	16,432	6
08.11.2021	31,232	36,870	106,456	15
09.11.2021	56,328	70,844	213,087	15
10.11.2021	60,242	73,970	265,867	27
11.11.2021	64,045	76,350	273,157	24
12.11.2021	54,979	54,955	222,483	24
13.11.2021	25,879	18,626	60,551	12
14.11.2021	11,176	8,931	29,216	9
15.11.2021	43,026	39,445	164,321	23
16.11.2021	64,250	66,969	343,774	26
17.11.2021	70,150	68,529	416,466	22
18.11.2021	75,089	72,584	437,976	28
19.11.2021	74,880	62,373	410,313	34
20.11.2021	46,528	21,878	152,564	21
21.11.2021	17,345	9,897	68,437	15
22.11.2021	63,661	37,312	319,279	27
23.11.2021	103,429	63,778	552,026	32
24.11.2021	127,456	77,319	695,784	36
25.11.2021	127,523	75,838	685,756	30
26.11.2021	116,998	66,804	662,492	51
27.11.2021	92,090	35,038	449,773	29
28.11.2021	32,496	13,750	160,634	15
29.11.2021	88,779	46,775	500,306	33
30.11.2021	108,742	69,335	749,833	38
01.12.2021	114,781	79,108	938,984	58
02.12.2021	108,297	83,018	919,802	84
03.12.2021	100,649	71,525	905,194	58
04.12.2021	73,989	41,887	719,446	48
05.12.2021	23,629	14,960	244,372	11
06.12.2021	69,881	46,043	642,733	48
07.12.2021	86,056	74,833	938,107	51
08.12.2021	94,186	82,923	1,120,264	54

09.12.2021	89,775	88,225	1,081,665	76
10.12.2021	82,920	83,959	1,069,997	72
11.12.2021	62,634	53,740	881,900	49
12.12.2021	18,640	18,026	285,952	15
13.12.2021	55,216	55,804	706,437	27
14.12.2021	75,253	88,548	988,014	66
15.12.2021	108,284	125,990	1,417,740	302
16.12.2021	102,479	123,462	1,184,820	258
17.12.2021	110,941	117,474	1,078,411	89
18.12.2021	96,202	69,879	801,778	54
19.12.2021	48,011	25,718	310,543	32
20.12.2021	88,149	90,267	812,222	102
21.12.2021	106,913	121,602	992,044	83
22.12.2021	105,990	118,172	978,179	125
23.12.2021	74,709	86,069	650,427	80
24.12.2021	8,605	9,641	60,679	5
25.12.2021	2,153	2,451	31,479	2
26.12.2021	6,526	6,293	57,550	6
27.12.2021	52,507	63,091	481,403	83
28.12.2021	65,910	76,486	575,028	103
29.12.2021	68,608	72,538	574,713	99
30.12.2021	56,198	61,715	441,942	91
31.12.2021	13,042	14,568	97,326	12
01.01.2022	2,216	2,896	23,406	7
02.01.2022	16,419	14,263	123,405	34
03.01.2022	39,430	61,713	379,678	99
04.01.2022	57,411	95,432	547,456	110
05.01.2022	60,323	112,797	642,838	128
06.01.2022	51,346	92,046	538,674	100
07.01.2022	56,618	116,989	591,126	168
08.01.2022	45,447	82,370	389,451	83
09.01.2022	18,694	34,670	131,302	24
10.01.2022	37,344	84,259	437,177	208
11.01.2022	54,223	120,209	620,977	111
12.01.2022	59,746	134,131	685,609	190
13.01.2022	58,251	126,006	651,522	167
14.01.2022	62,381	114,180	600,860	495
15.01.2022	58,494	71,171	335,431	126
16.01.2022	18,798	23,269	112,242	51
17.01.2022	39,509	73,911	366,380	324
18.01.2022	50,609	97,402	503,575	201
19.01.2022	58,523	105,411	514,519	957
20.01.2022	57,741	107,007	535,387	359
21.01.2022	53,213	94,491	448,155	268
22.01.2022	38,207	57,488	199,252	147
23.01.2022	13,266	26,576	67,771	63
24.01.2022	31,031	64,891	260,292	220
25.01.2022	41,445	85,963	371,905	297
26.01.2022	41,462	84,725	376,278	499
27.01.2022	41,740	95,841	371,038	457

28.01.2022	38,442	81,685	315,891	436
29.01.2022	26,424	53,437	130,689	228
30.01.2022	8,899	20,965	45,603	76
31.01.2022	21,524	47,843	162,388	445
01.02.2022	25,510	56,879	209,451	470
02.02.2022	30,563	69,318	260,595	465
03.02.2022	28,694	67,180	244,878	821
04.02.2022	26,090	69,085	214,217	2,551
05.02.2022	16,336	51,769	77,270	1,955
06.02.2022	5,571	18,243	28,220	687
07.02.2022	12,811	39,689	112,214	2,545
08.02.2022	21,501	59,051	192,523	2,902
09.02.2022	19,939	60,011	199,178	3,245
10.02.2022	18,752	58,678	173,145	25,999
11.02.2022	17,436	58,012	151,267	23,173
12.02.2022	10,483	37,391	54,791	7,578
13.02.2022	3,016	11,464	17,700	2,196
14.02.2022	9,522	29,847	78,263	16,005
15.02.2022	14,388	46,470	131,387	31,244
16.02.2022	13,017	43,677	130,640	37,020
17.02.2022	12,798	45,867	127,261	41,973
18.02.2022	16,163	47,857	112,291	33,966
19.02.2022	6,692	27,802	36,714	9,803
20.02.2022	2,373	9,408	15,609	3,448
21.02.2022	10,266	28,387	70,351	23,170
22.02.2022	11,669	38,458	107,529	45,276
23.02.2022	10,759	36,318	109,537	50,583
24.02.2022	11,389	38,226	108,895	51,636
25.02.2022	9,495	33,856	90,436	41,483
26.02.2022	4,959	18,367	28,717	9,638
27.02.2022	2,349	5,005	8,767	3,126
28.02.2022	8,781	18,206	52,903	23,142
01.03.2022	10,079	24,367	78,205	49,466
02.03.2022	10,892	24,042	77,517	47,892
03.03.2022	11,359	29,754	98,322	76,513
04.03.2022	11,300	24,981	73,595	52,503
05.03.2022	6,389	11,580	23,481	13,357
06.03.2022	4,295	4,209	9,070	4,702
07.03.2022	7,964	13,858	41,381	31,733
08.03.2022	9,177	20,868	70,831	67,712
09.03.2022	8,170	19,110	74,299	76,403
10.03.2022	8,527	20,882	78,188	86,720
11.03.2022	9,411	20,459	65,899	71,135
12.03.2022	4,481	8,982	21,079	17,492
13.03.2022	1,637	2,924	8,508	5,250
14.03.2022	4,889	9,310	37,130	40,572
15.03.2022	7,243	15,944	64,501	86,129
16.03.2022	6,520	13,864	67,601	94,883
17.03.2022	6,383	14,549	67,960	104,827
18.03.2022	6,397	13,334	49,743	79,291

19.03.2022	3,451	6,462	18,928	19,045
20.03.2022	1,802	3,098	6,269	5,849
21.03.2022	3,987	8,749	29,567	51,886
22.03.2022	6,949	14,034	48,540	97,930
23.03.2022	5,800	13,400	47,747	111,458
24.03.2022	5,980	13,455	49,413	114,383
25.03.2022	5,279	13,238	43,261	89,614
26.03.2022	2,794	6,828	14,581	18,167
27.03.2022	910	2,752	6,234	6,244
28.03.2022	3,297	8,350	26,135	55,335
29.03.2022	5,560	11,342	41,449	106,873
30.03.2022	5,019	10,937	42,132	127,988
31.03.2022	5,775	12,502	48,609	114,015
01.04.2022	3,962	9,080	29,000	76,958
02.04.2022	1,968	4,118	10,537	17,652
03.04.2022	954	1,501	4,888	6,277
04.04.2022	2,206	4,846	18,921	47,966
05.04.2022	4,149	8,530	32,696	105,868
06.04.2022	5,544	11,903	38,155	125,763
07.04.2022	3,800	8,769	37,480	131,176
08.04.2022	3,463	8,078	30,778	97,616
09.04.2022	1,481	3,682	9,622	17,717
10.04.2022	539	1,222	3,458	5,826
11.04.2022	1,871	4,104	15,552	40,858
12.04.2022	2,376	5,344	24,204	84,778
Gesamt	64,455,894	60,658,285	49,064,326	3,190,738

Gesamtzahl verabreichter Impfstoffdosen
24,421
18,007
50,055
64,066
49,939
25,672
47,803
22,573
46,333
52,478
63,084
54,908
62,875
60,597
35,845
68,766
79,315
112,437
84,123
91,864
58,098
47,842
83,309
119,880
132,948
105,642
102,408
87,093
47,836
91,049
98,705
109,636
92,744
107,829
88,165
57,244
120,501
132,885
163,115
134,661
147,586
94,199
53,580
109,514
134,757
155,554
144,750

156,307
107,888
65,475
125,950
134,975
151,950
145,251
158,973
112,558
86,048
156,696
170,624
177,197
190,440
214,289
148,351
103,607
199,397
220,206
248,644
245,758
276,026
202,980
147,917
238,623
253,242
289,584
284,900
328,655
241,641
170,470
249,608
179,608
206,078
194,113
246,274
221,366
164,947
270,359
302,481
342,030
334,454
375,922
282,580
196,759
306,881
330,596
337,514
333,884
226,653

232,480
193,483
248,504
392,338
725,200
719,432
623,675
369,336
260,994
413,110
604,042
808,701
683,922
584,282
359,374
267,050
399,655
590,669
750,489
641,574
543,547
362,697
280,120
437,610
860,335
1,164,319
950,001
770,818
323,983
258,807
455,892
899,965
1,211,281
1,003,810
860,771
413,236
280,543
605,187
1,168,068
1,472,687
414,244
741,872
393,617
274,275
552,548
930,462
1,188,757
984,818
845,800
396,853

271,928
315,945
685,020
1,272,312
1,055,956
889,897
405,938
273,440
580,920
1,026,501
1,315,658
639,034
802,273
412,382
272,900
610,215
1,145,959
1,506,025
1,218,396
1,039,132
433,295
262,390
642,288
1,141,102
1,439,450
1,158,790
967,717
424,765
278,678
622,689
1,160,342
1,423,838
1,037,375
900,555
409,935
278,730
618,239
1,002,790
1,125,979
955,019
827,185
378,733
255,160
529,981
842,729
1,067,147
871,338
729,841
337,049
219,122

465,528
825,939
1,055,926
785,025
643,610
279,090
178,975
369,091
657,503
811,006
656,245
538,768
209,592
111,830
332,887
598,219
740,244
590,701
474,773
190,470
105,281
290,336
500,034
613,537
533,275
428,251
180,708
109,200
292,832
466,526
576,558
486,558
405,321
194,531
112,036
264,554
394,963
455,503
375,236
309,886
153,948
90,874
224,458
319,086
362,613
310,295
263,586
137,687
80,881
187,502

272,816
325,240
276,525
223,414
106,361
59,864
153,239
245,314
284,363
268,215
219,689
108,296
61,598
160,414
262,926
311,026
290,294
237,089
111,319
62,989
158,348
261,291
299,852
283,940
223,007
99,359
53,633
147,935
250,108
267,353
231,967
127,852
32,291
13,895
95,852
182,874
204,902
211,955
183,018
41,590
17,356
96,165
180,051
207,056
208,771
171,919
41,967
16,833
92,895
178,280

205,114
207,130
160,942
44,561
14,817
108,501
209,871
243,335
249,414
207,524
53,382
16,457
65,167
214,904
292,186
301,259
258,329
72,166
32,575
174,573
340,274
400,106
413,576
332,441
105,068
49,332
246,815
475,019
555,167
585,677
547,600
220,991
95,694
420,279
719,265
900,595
889,147
846,345
576,930
206,895
635,893
927,948
1,132,931
1,111,201
1,077,426
835,370
282,972
758,705
1,099,047
1,297,427

1,259,741
1,236,948
998,323
322,633
817,484
1,151,881
1,652,316
1,411,019
1,306,915
967,913
384,304
990,740
1,220,642
1,202,466
811,285
78,930
36,085
70,375
597,084
717,527
715,958
559,946
124,948
28,525
154,121
480,920
700,409
816,086
682,166
764,901
517,351
184,690
558,988
795,520
879,676
835,946
777,916
465,222
154,360
480,124
651,787
679,410
700,494
596,127
295,094
107,676
356,434
499,610
502,964
509,076

436,454
210,778
75,543
232,200
292,310
360,941
341,573
311,943
147,330
52,721
167,259
275,977
282,373
276,574
249,888
110,243
34,376
133,637
223,489
224,354
227,899
210,277
81,011
30,838
132,174
202,932
207,197
210,146
175,270
61,681
19,247
103,032
162,117
160,343
215,948
162,379
54,807
22,276
94,936
168,588
177,982
194,317
166,904
52,034
18,319
91,901
173,817
182,868
193,719
148,765

47,886
17,018
94,189
167,453
178,405
183,231
151,392
42,370
16,140
93,117
165,224
186,076
180,901
119,000
34,275
13,620
73,939
151,243
181,365
181,225
139,935
32,502
11,045
62,385
116,702
177,369,243

Neuer Einleitungstext ab 28.04.22 für www.rki.de/covid-19-impfquoten

Anpassungen am 28.4.2022 freischalten

Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung

Beim Digitalen Impfquotenmonitoring (DIM) handelt es sich um ein eigenes Meldesystem zur Erfassung der COVID-19-Impfungen und -Impfquoten in Deutschland. Für Informationen zur Funktionsweise des Meldesystems, zu den verschiedenen Meldeportalen und Impfquoten allgemein siehe bitte die FAQ des RKI zur COVID-19-Impfung, Abschnitt „Impfquotenmonitoring“ <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>

Die Impfquotentabellen und Abbildungen werden montags bis freitags bis zur Mittagszeit aktualisiert und geben in der Regel den Datenstand bis 8:00 Uhr des Tages der Publikation wieder. Außerdem sind die Impfquoten montags bis samstags auf dem Impfdashboard des BMG und in maschinenlesbarer Form auf Github abrufbar. Auf Github ist auch eine ausführliche Beschreibung der Datenquellen, der Aufbereitung der Daten, der Variablen sowie der Metadaten zu finden.

Hinweis: Die Integration der verschiedenen Daten ist komplex und bedarf immer wieder Anpassungen, um die Impfquoten so genau und aktuell wie möglich abzubilden. Zum 28.04.2022 erfolgten daher gebündelt mehrere Umstellungen in der Impfquotentabelle: Die bis zum 30.09.21 übermittelten Impfdaten der niedergelassenen Vertragsärzt*innen sind durch die vollständigeren KV-Abrechnungsdaten ersetzt worden, die Zählweise der Janssen-Impfungen wurde angepasst und die zweite Auffrischungsimpfung wird nun ausgewiesen. Die Impfquoten verändern sich durch diese Anpassungen einmalig leicht, spiegeln den Stand der Impfungen in Deutschland aber genauer wider.

Daten

- Tabelle mit den gemeldeten Impfungen nach Bundesländern und Impfquoten nach Altersgruppen (xx.xx.2022, Tabelle wird montags bis freitags aktualisiert) (xlsx, 72 KB, Datei ist nicht barrierefrei)
- Daten des COVID-19-Impfquotenmonitorings seit 27.12.2020 auf GitHub (montags bis samstags aktualisiert)
- BMG: COVID-19-Impfdashboard
- Impfmonitoring donnerstags im Wochenbericht zu COVID-19, zum Teil mit Sonderauswertungen

Siehe auch

- Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zum Digitalen Impfquotenmonitoring, abrufbar unter www.rki.de/covid-19-faq-impfen > Impfquotenmonitoring.

Stand: xx.xx.xxxx (aktuelles Datum)

Hinweistext Impfdashboard:

Zum 28.04.22 gab es mehrere Umstellungen auf dem Impfdashboard: 1. Die zweite Auffrischungsimpfung wird nun dargestellt, 2. die übermittelten Impfdaten (bis einschließlich drittes Quartal 2021) der niedergelassenen Vertragsärzt:innen wurden durch die umfangreicheren Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt und 3. die Zählweise der Impfungen mit Johnson & Johnson wurde angepasst. Die Impfquoten verändern sich durch diese Anpassungen einmalig leicht. Mehr Infos finden Sie [hier](#).

Überarbeitete bzw. neue FAQ zum Impfquotenmonitoring und reaktive FAQ zu Umstellungen der Impfquotentabelle

Anpassungen am 28.4.2022 freischalten

Warum gibt es mit dem „Digitalen Impfquotenmonitoring“ (DIM) ein eigenes Meldesystem zur COVID-19-Impfung im RKI – warum reichen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht aus?

Generell gilt: Wenn Ärzt:innen gesetzlich Krankenversicherte impfen, rechnen sie diese Leistung über eine der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland ab. Diese Abrechnungsdaten wiederum werden von den KVen regelmäßig und mit einem Zeitverzug von sechs bis neun Monaten an das RKI übermittelt. Das RKI kann dann mithilfe der Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme zu verschiedenen Impfungen bestimmen (sogenannte KV-Impfsurveillance). Für die Impfung gegen COVID-19 gilt das im Prinzip genauso.

Für die Bekämpfung einer Pandemie und für neue Impfstoffe sind jedoch eine aktuelle Bewertung der Inanspruchnahme sowie der Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe ohne Zeitverzug essentiell. Dazu kommt, dass die Bundesländer für die COVID-19-Impfung zunächst zentrale Impfstellen und Impfteams eingerichtet hatten, die ihre Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abrechnen. Im Lauf der Impfkampagne kamen weitere Impfstellen ohne routinemäßige Abrechnung über die KVen hinzu. Daher musste ein Meldesystem zur täglichen Übermittlung der Impfdaten von **allen** impfenden Stellen aufgebaut werden: das Digitale Impfquotenmonitoring (DIM). Dieses besteht mittlerweile aus drei Meldeportalen, über die das RKI die Daten bezieht (siehe Wer erhebt Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen, welche Daten werden erhoben und wie werden sie ans RKI übermittelt?). Die Meldung der impfenden Stellen ist in § 4 der Coronavirus-Impfverordnung rechtlich vorgeschrieben. Sie muss vollständig und zeitnah erfolgen, um den Impffortschritt in Deutschland so genau und aktuell wie möglich abbilden zu können.

Stand: 28.04.22

Wo werden die COVID-19-Impfquoten veröffentlicht?

Das RKI stellt montags bis freitags die Anzahl der durchgeführten Impfungen je Impfstoff, die Anzahl von Erst-, Zweit- und Auffrischungsimpfungen und den Anteil der Geimpften in der jeweiligen Altersgruppe sowie in der Gesamtbevölkerung als Excel-Datei zur Verfügung: www.rki.de/covid-19-impfquoten. Die Daten werden ebenfalls visualisiert im [Impfdashboard](#) des Bundesministeriums für Gesundheit bereitgestellt.

Seit dem 21.07.2021 stehen die Daten des COVID-19-Impfquotenmonitorings zusätzlich auf Github (https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland) zur Verfügung und werden montags bis samstags aktualisiert. Hier findet sich u.a. auch eine ausführliche Beschreibung der Datenquellen, der Aufbereitung der Daten, der Variablen sowie der Metadaten.

Stand: 28.04.22

Wer erhebt Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen, welche Daten werden erhoben und wie werden sie ans RKI übermittelt?

Grundlage für die Datenerhebung ist die Coronavirus-Impfverordnung. Je nach Leistungserbringer werden die Daten auf drei unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichem Detaillierungsgrad ins „Digitale Impfquotenmonitoring“ des RKI übermittelt:

1.) *Web-Anwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“*: Impfzentren, mobile Teams, Betriebsärzt:innen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser sowie Apotheken übermitteln täglich pseudonymisierte Daten mit der Web-Anwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“ (DIM). Die Daten beinhalten eine Kennung der Impfstelle, das Datum der Impfung, den Impfstoffnamen, die Chargennummer, die Impfstoffdosis/ Reihenfolge der Impfserie (erste Impfung, zweite Impfung, erste Auffrischungsimpfung, zweite Auffrischungsimpfung), ein in der Anwendung gebildetes Pseudonym der geimpften Person sowie ihr Alter, ihr Geschlecht und ihre Wohnort-PLZ (siehe FAQ „Wie funktioniert die Webanwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“?).

2.) *KBV-Meldeportal*: Von den Vertragsärzt:innen werden täglich aggregierte Daten an ein Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) übermittelt. Von dort werden sie in zwei separaten Datenpaketen dem RKI bereitgestellt. Ein Paket enthält die Anzahl durchgeführter Impfungen je Praxis und Impftag aufgeschlüsselt nach Impfstoff und Impfstoffdosis. Das zweite Paket enthält die Anzahl durchgeführter Impfungen aufgeschlüsselt nach den Altersgruppen 5-11, 12-17, 18-59 und 60+ Jahre sowie nach der Impfstoffdosis. Die KBV-Melddaten werden sukzessive durch die quartalsweisen KV-Abrechnungsdaten ersetzt, sobald diese von allen KVen vorliegen. Siehe Wie können niedergelassene Arztpraxen die Daten zu den durchgeführten Impfungen übermitteln?

3.) *PVS-Meldeportal*: Von den Privatärzt:innen werden täglich aggregierte Daten an ein Portal des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS) übermittelt und dort in einem Datenpaket dem RKI bereitgestellt. Dieses enthält die Anzahl durchgeführter Impfungen je Praxis und Impftag aufgeschlüsselt nach Impfstoff, Altersgruppe 5-11, 12-17, 18-59 und 60+ Jahre und Impfstoffdosis.

Die Daten von DIM, KBV und PVS unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Datenstruktur. Die über KBV und PVS gemeldeten Daten enthalten keine Details zu den geimpften Personen (z.B. kein genaues Alter, kein Geschlecht, kein Wohnortlandkreis, keine Impfserien).

Stand: 28.04.22

Wie funktioniert die Webanwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“?

Die Webanwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“ (DIM) steht für die Datenübermittlung der Impfungen aus allen zusätzlich zur Regelversorgung an der COVID-19-Impfkampagne teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung. Derzeit sind das Impfzentren, mobile Impfteams, Gesundheitsämter, Krankenhäuser und weitere landeseigene oder kommunale Einrichtungen sowie Betriebe, Betriebsärzt:innen oder betriebsmedizinische Dienste und Apotheken. Autorisiertes Personal dieser Einrichtungen kann die Daten der geimpften Person eingeben, welche in der Anwendung pseudonymisiert und über eine gesicherte Internetverbindung täglich an die Bundesdruckerei übermittelt werden. Bei der Bundesdruckerei werden sie im Auftrag des RKI zwischengespeichert und vom RKI täglich abgerufen. Neben der Erfassung und Übermittlung von Einzeldatensätzen direkt über die Anwendung ist auch eine zentrale Erfassung (z.B. zunächst im Bundesland oder bei einem Dienstleister) möglich, um die Daten dann gebündelt über eine Schnittstelle der DIM-Anwendung zu übergeben. Auch viele Betriebe bzw. betriebsmedizinische Dienste bündeln die Datenübermittlung.

Stand: 28.04.22

Wie können niedergelassene Arztpraxen die Daten zu den durchgeführten Impfungen übermitteln?

Die impfenden niedergelassenen (Haus-)Ärzt:innen müssen täglich die Gesamtzahl der durchgeführten Impfungen je Impfstoff nach erster und zweiter Impfung, erster Auffrischungsimpfung und zweiter Auffrischungsimpfung sowie unterteilt nach Altersgruppen (5-11 Jahre, 12-17 Jahre, 18-59 Jahre und ab 60 Jahre) an das RKI übermitteln. Bei den Vertragsärzt:innen erfolgt die Übermittlung über das Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei den Privatärzt:innen über das Portal des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS). Weitere Details zu den geimpften Personen wie Geburtsmonat und -jahr, Geschlecht und Wohnort-PLZ werden dann von Vertragsärzt:innen wie bisher über die quartalsweisen Praxis-Abrechnungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelt. Im Abrechnungssystem der Ärzt:innen (Praxissoftware) wurden speziell für die COVID-19-Impfungen impfstoffspezifische Ziffern sowie die Chargennummer aufgenommen. Diese Daten werden gemeinsam mit allen anderen Abrechnungsdaten zu Impfungen und ausgewählten Diagnosen bei den KVen aufbereitet und gemäß § 13 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz ebenfalls quartalsweise dem RKI übermittelt. Der zeitliche Abstand zwischen Impfdatum und Übermittlung an das RKI beträgt in der Regel sechs bis neun Monate. Im „Digitalen Impfquotenmonitoring“ werden die KBV-Meldedaten dann sukzessive durch die (umfangreicheren) Impf-Abrechnungsdaten der KVen ersetzt, sobald diese quartalsweise und mit allen notwendigen Angaben vorliegen. In den KV-Daten ist dann auch die Zuordnung von Impfstoff und Altersgruppe möglich – was bei den KBV-Meldedaten durch die getrennten Datenpakete nicht möglich ist.

Stand: 28.04.22

Warum ist eine vollständige und zeitnahe Datenübermittlung von allen impfenden Stellen für das Impfquotenmonitoring wichtig?

Die Übermittlung der COVID-19-Impfdaten muss vollständig und zeitnah von allen impfenden Stellen erfolgen, um den Impffortschritt in Deutschland so genau und aktuell wie möglich abbilden zu können. Die Daten fließen ein in die Bewertung der aktuellen epidemischen Lage und daraus abgeleitete politische Entscheidungen, werden für die Einschätzung der Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe und die Evaluation der Umsetzung der Impfempfehlungen benötigt. Sie werden auch für Modellierungen über das zukünftige Infektionsgeschehen sowie zur Vorbereitung weiterer Impfempfehlungen genutzt.

Die Meldung aller durchgeführten Impfungen an das RKI ist in der Coronavirus-Impfverordnung rechtlich vorgeschrieben. Das RKI kann nur die Impfdaten auswerten und publizieren, die ihm gemäß § 4 der Coronavirus-Impfverordnung von den impfenden Stellen übermittelt werden (**siehe Wo werden die Daten erhoben und welche Daten sollen beim digitalen Impfquotenmonitoring (DIM) übermittelt werden?**). Impfungen, die nicht noch am Tag der Durchführung gemeldet werden können, sollten schnellstmöglich nachgemeldet werden. Die vom RKI unter www.rki.de/covid-19-impfquoten publizierten Daten können auch Nachmeldungen und Korrekturen aus zurückliegenden Zeiträumen enthalten.

Stand: 28.04.22

Neue FAQ: Wie genau können die Impfquoten abgebildet werden – welche Unschärfen gibt es?

Wie in anderen Meldesystemen auch wird bei den über das „Digitale Impfquotenmonitoring“ erfassten Impfquoten von einer gewissen Untererfassung ausgegangen. Die abgebildeten Impfquoten sind daher als Mindest-Impfquoten zu verstehen (siehe Kapitel Impfen im COVID-19-Wochenbericht des RKI: www.rki.de/covid-19-wochenbericht). Darüber hinaus werden die Daten je nach Impfstelle über drei unterschiedliche Portale und in jeweils unterschiedlicher Detailtiefe und Datenqualität übermittelt (siehe FAQ Wer erhebt Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen, welche Daten werden erhoben und wie werden sie ans RKI übermittelt?). Während es bei Einzelfallmeldungen die Möglichkeit zu Korrekturen und Nachmeldungen gibt, stehen die Meldedaten im Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nur vom jeweils aktuellen Impftag zur Verfügung. Während aus den Einzelfallmeldungen Impfserien in ihrer zeitlichen Abfolge bei mehrfach geimpften Personen rekonstruierbar sind, ist dies anhand der zusammengefassten Daten aus dem KBV-Portal und dem Portal des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS) nicht möglich. Zudem werden neue Impfstoffe und neue oder geänderte Impfschemata in allen Meldeportalen berücksichtigt, was im Zeitverlauf zu Umstellungen in der Erfassung führt. Die Integration der verschiedenen Daten ist somit komplex und bedarf immer wieder Anpassungen, um die Impfquoten so genau und aktuell wie möglich abzubilden.

Zum 28.04.2022 erfolgten gebündelt mehrere Umstellungen in der Impfquotentabelle: Die Daten der niedergelassenen Ärzt:innen, die über das KBV-Portal übermittelt werden, wurden durch die umfangreicheren COVID-19-Impfabrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen soweit vorliegend ersetzt, die Zählweise der Janssen-Impfungen (Johnson & Johnson) wurde angepasst (zwei statt eine Dosis für die Grundimmunisierung, siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/faq-covid-19-impfung.html#c23766>) und die zweiten Auffrischungsimpfungen werden ausgewiesen. Die Impfquoten verändern sich durch diese Anpassungen einmalig leicht, spiegeln den Stand der Impfungen in Deutschland damit genauer wider.

FAQ streichen: Warum ist eine zeitnahe Datenübermittlung von alters- und geschlechterspezifischen Informationen zu den Impfungen auch durch die niedergelassenen Ärzt:innen notwendig?

REAKTIV für Nachfragen zu Unschärfen – welche sind es genau, wodurch entstehen sie:

Unterschiedliches Vorgehen bei Korrekturmeldungen

Das RKI wertet alle Impfdaten für die Publikationen aus, die ihm gemäß § 4 der CoronaimpfV übermittelt werden. Nach- oder Korrekturmeldungen können im DIM-Portal jederzeit erfolgen und werden in den Auswertungen berücksichtigt. Im KBV-Portal liegen dagegen jeweils nur Daten des aktuellen Impftages vor. Korrekturen oder Nachmeldungen aus zurückliegenden Impftagen müssten vor dem Hochladen der Daten mit der Anzahl der Impfungen des aktuellen Tages „verrechnet“ werden (siehe hier: https://www.kbv.de/media/sp/Coronavirus_Impf-DokuPortal_Anleitung.pdf). Damit können nicht alle gemeldeten Impfungen auch dem tatsächlichen Impfdatum zugeordnet werden.

Darstellung von Impfserien nur partiell möglich

Des Weiteren ergeben sich Unschärfen, da für den größten Teil der durchgeführten Impfungen (alle Impfungen aus den Arztpraxen) keine Einzelfalldaten vorliegen und damit keine individuellen Impfserien in ihrer Abfolge von erster bis letzter Impfung rekonstruierbar sind. Dasselbe gilt für Impfserien, die nicht durchgängig bei Impfstellen erfolgt sind, welche Einzelfalldaten über die DIM-Web-Anwendung melden. Bis zum 26.01.2022 wurden zwar alle Meldeportale (DIM, KBV, PVS) so

umgestellt, dass grundsätzlich alle Impfungen entsprechend der tatsächlichen Reihenfolge in der Impfserie (Erstimpfung, Zweitimpfung, erste Auffrischungsimpfung, zweite Auffrischungsimpfung) gemeldet werden können. Bis dahin gab es jedoch insbesondere hinsichtlich der Impfungen mit dem Janssen-Impfstoff und der Folgeimpfungen ein unterschiedliches Vorgehen.

Unterschiedliches Vorgehen bei Meldungen zu Janssen-Impfungen

Janssen-Impfungen wurden entweder nur als erste (DIM/PVS) oder nur als zweite (KBV) Impfstoffdosis gemeldet. Da gemäß Vorgabe durch das Paul-Ehrlich-Institut bis zum 15. Januar 2022 eine Janssen-Impfung als ausreichend für die Grundimmunisierung galt, wurde jede gemeldete Janssen-Impfung einheitlich sowohl als erste als auch als zweite Impfung gezählt. So konnte abgebildet werden, dass mit Janssen-Impfstoff Geimpfte mindestens einmal geimpft waren und damit (nach damaliger Definition) auch einen vollständigen Impfschutz erlangt hatten. Folgeimpfungen nach einer Impfung mit dem Janssen-Impfstoff, wie z.B. die empfohlene Optimierungsimpfung mit einem mRNA-Impfstoff, konnten dagegen insbesondere in den aggregierten Daten der Ärzteschaft (KBV/PVS) nicht in ihrer genauen Abfolge bewertet werden. Nach Anleitung des RKI sollten Folgeimpfungen nach Janssen als Auffrischungsimpfung gemeldet werden. Es bleibt jedoch teilweise im Einzelnen unklar, ob sie durch die impfende Stelle entweder noch einmal als Zweit- oder als Auffrischungsimpfung gemeldet worden waren.

Fehlende Zuordnung von Impfstoff und Altersgruppe

In den getrennten Datenpaketen der KBV fehlt zudem ein Zusammenhang zwischen Altersgruppe und Impfstoff, sodass aus diesen Daten kein Rückschluss auf die Anzahl der pro Altersgruppe mit Janssen-Impfstoff Geimpften möglich war (***siehe FAQ Wer erhebt Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen, welche Daten werden erhoben und wie werden sie ans RKI übermittelt?***). Dies kann schrittweise durch die sukzessive Ersetzung der KBV-Daten durch quartalsweise Abrechnungsdaten zu COVID-Impfungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gelöst werden (***siehe FAQ Wie können niedergelassene Arztpraxen die Daten zu den durchgeführten Impfungen übermitteln?***)

REAKTIV auf Fragen zu Änderungen der Impfquoten durch Anpassungen der Datenbasis zum 28.4.:

Zum 28.04.2022 werden folgende Änderungen in den Auswertungen zu den COVID-19-Impfdaten und in den Impfquotentabellen des RKI wirksam:

- 1.) Die KBV-Melddaten werden für den Zeitraum Q1 bis Q3 2021 durch die KV-Abrechnungsdaten ersetzt.
- 2.) Die Zählweise der Impfungen mit Janssen-Impfstoff wird weitmöglichst an die aktuelle Definition eines vollständigen Impfschutzes bei Verwendung dieses Impfstoffes angepasst.
- 3.) Die zweiten Auffrischungsimpfungen werden nun in den Impfquotentabellen zusätzlich dargestellt.

Die Impfquoten verändern sich durch diese Anpassungen geringfügig, spiegeln so den Stand der Impfungen in Deutschland genauer wider. Die Impfquote der Erstimpfungen steigt leicht (von 76,6 % ohne Anpassung auf 77,5 % nach Anpassung, jeweils bezogen auf die Gesamtbevölkerung) – insbesondere durch die höhere Vollständigkeit der KV-Abrechnungsdaten. Die Quote der Zweitimpfungen sinkt dagegen leicht (von 76,0% auf 75,5 % in der Gesamtbevölkerung) – insbesondere durch die Anpassung der Zählweise der Janssen-Impfung.

Zu den Anpassungen im Einzelnen:

zu 1.) Mit dem Ersatz der KBV-Daten durch die KV-Abrechnungsdaten bis einschließlich zum 3. Quartal 2021 (30.09.2021) liegen COVID-19-Impfdaten von den Vertragsärzt:innen in größerer Detailtiefe und höherer Vollständigkeit vor, als die Daten aus den KBV-Schnellmeldungen. In den KV-Daten ist die

Zuordnung von Impfstoff und Altersgruppe möglich, die in den KBV-Melddaten aufgrund der getrennten Datenpakete fehlt. Bis zum Datenstand 30.09.2021 sind mit diesen Daten auch Auswertungen zu weiteren Altersgruppen (Zehn-Jahres-Altersstraten) und nach dem Landkreis der Geimpften möglich. Eine Herleitung individueller Impfserien ist mit diesen Daten jedoch weiterhin nicht möglich. Die Daten aus Brandenburg konnten nicht ersetzt werden, weil die KV Brandenburg keine für Impfstoff und Impfstoffdosis spezifischen Dokumentationsziffern verwendet hat(siehe auch **FAQ Wie können niedergelassene Arztpraxen die Daten zu den durchgeführten Impfungen übermitteln?**).

Zu 2.) Mit Wirkung vom 15.01.2022 sind beim Janssen-Impfstoff aufgrund der Änderung der Definition durch das Paul-Ehrlich-Institut nunmehr zwei Impfdosen (statt einer Dosis) für die Grundimmunisierung erforderlich. Bis zum 26.01.2022 wurden alle drei Meldeportale (DIM, KBV, PVS) dahingehend umgestellt, dass sämtliche Impfstoffe einschließlich Janssen in fortlaufender Zählweise – entsprechend der tatsächlichen Reihenfolge in der Impfserie (Erstimpfung, Zweitimpfung, erste Auffrischungsimpfung, zweite Auffrischungsimpfung) – gemeldet werden können.

Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgte die Meldung von Janssen-Impfungen in den drei Meldesystemen uneinheitlich – entweder nur als erste (DIM/PVS) oder nur als zweite (KBV) Impfstoffdosis. Jede gemeldete Janssen-Impfung wurde jedoch einheitlich sowohl als erste als auch als zweite Impfung gezählt, um abbilden zu können, dass mit Janssen-Impfstoff Geimpfte mindestens einmal geimpft waren und damit (nach damaliger Definition) auch einen vollständigen Impfschutz erlangt hatten. Folgeimpfungen nach einmaliger Janssen-Impfung sollten entsprechend fortgezählt werden (beginnend mit dritter Impfung). Die über das DIM-Meldeportal übermittelten Daten zeigen, dass dies in diesem Meldebereich auch umgesetzt wurde. In den Daten aus dem DIM-Portal lässt sich die neue Zählweise des Janssen-Impfstoffs und von Folgeimpfungen auch rückwirkend rekonstruieren und wird für alle bis zum 26.01.2022 übermittelten Meldungen angepasst. Aus den aggregierten Daten der anderen beiden Meldeportale kann diese Anpassung mangels individueller Impfdaten jedoch nicht hergeleitet werden. So ist mit den Daten aus den Meldeportalen von PVS und KBV (und auch mit den derzeit vorliegenden KV-Daten) nicht rekonstruierbar, ob die Meldung der bis zum 26.01.2022 durchgeführten Folgeimpfungen mit mRNA-Impfstoff nach einmaliger Janssen-Impfung als Zweit- oder Auffrischungsimpfung codiert wurde. (siehe FAQ siehe FAQ Wie genau können die Impfquoten abgebildet werden – welche Unschärfen gibt es?)

Die über das Meldeportal der KBV bis zur Umstellung am 26.01.2022 gemeldeten zweiten Janssen-Impfungen werden daher auch weiterhin den Erstimpfungen hinzugerechnet. Dagegen werden die über das PVS-Meldeportal bis zum 26.01.2022 gemeldeten ersten Janssen-Impfungen entsprechend ihrer Meldung nun lediglich als Erstimpfungen und nicht mehr gleichzeitig auch als zweite Impfungen gewertet. Die neue fortlaufende Zählweise der Janssen-Impfung wird für die aggregierten Melddaten aus dem PVS- und KBV-Portal ab dem 27.01.2022 ausgewiesen.

Zu 3.) Mit der Umstellung der Meldesysteme bis zum 26.01.2022 wurde auch die Meldung der zweiten Auffrischungsimpfungen möglich. Diese wurden bisher jedoch noch nicht in den Impfquotentabellen berücksichtigt. Zum 28.04.2022 wurde auch die Impfquotentabelle entsprechend angepasst und die zweiten Auffrischungsimpfungen hinzugefügt.

From: ["Abu Sin, Muna" <Abu-SinM@rki.de>](mailto:Abu-SinM@rki.de)
To: ["Schaade, Lars" <SchaadeL@rki.de>](mailto:SchaadeL@rki.de)
["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)
["Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>](mailto:MielkeM@rki.de)
["Niebank, Michaela" <NiebankM@rki.de>](mailto:NiebankM@rki.de)
["Eckmanns, Tim" <EckmannsT@rki.de>](mailto:EckmannsT@rki.de)

Date: 5/11/2022 7:52:49 AM

Subject: AW: WG: Regelung zur Entisolierung

Liebe Alle,

bisher verweisen wir auf die Entlasskriterien, zudem steht in dem Dokument Alten- und Pflegeeinrichtungen "Die Einrichtung sollte Sonderregelungen für besondere individuelle Situationen (z.B. palliative Situation) festlegen." Hier könnten wir -wenn gewünscht bei der anstehenden Überarbeitung des Dokumentes ggf noch etwas expliziter werden. Eine Isolierung innerhalb der Einrichtung - wie von Herrn Schaade bereits geschrieben- ist ja nicht gleichzusetzen mit einem Besuchsverbot, dh bei Einhaltung der entsprechenden Hygienemaßnahmen und nach Risikoabwägung können auch Erkrankte Besuch während der Isolation bekommen. Auch aus unserer Sicht sind die 5 Tage nicht zu verantworten - auch eine Unterschreitung von 10 Tagen sehen wir als au?erst kritisch in diesem vulnerablen Bereich.

Viele Grü?e
Muna Abu Sin

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 10. Mai 2022 17:06

An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Niebank, Michaela <NiebankM@rki.de>; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>

Cc: Verteiler-Krisenstab <verteiler-krisenstab@rki.de>

Betreff: Re: WG: Regelung zur Entisolierung

Gibt es diese Art von Sonderregelungen wie von Frau Jung erwähnt in Altenheimen denn nicht längst in den Spezialpapieren von FG37? Aber auch wenn nicht: dass man mit ordnungsgema?er PSA mit Infektionspatienten in naheren Kontakt treten kann und es sich dennoch weiter um eine Isolierung handelt, ist doch eigentlich selbsterklarend. Und es geht doch zudem auch gar nicht um den Schutz gesunder Besucher bei der längeren Isolierung im Altenheim, sondern um die anderen vulnerablen Bewohner.

Dass sollten wir nochmal mit FG37 prüfen; dann Info an BMG, das wir das jetzt veröffentlichen und ggf. Hinweis auf die Spezialpapiere. Einverstanden?

Die 5 Tage in vulnerablen Settings halte ich jedenfalls für nicht verantwortbar.

Grü?

LS

Gesendet über Workspace ONE Boxer <<https://whatisworkspaceone.com/boxer>>

Am 10. Mai 2022 um 16:01:57 MESZ schrieb Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>:

Lieber Herr Schaade, lieber Herr Mielke, liebe Michaela,

wie letzte Woche im Krisenstab besprochen habe ich der AGI nochmal die avisierten Überarbeitungen des Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting vorgelegt. Niemand widerspricht dieser Aktualisierung, aber wie erwartet gehen sie den KollegInnen der Bundesländer nicht weit genug. Dass die Dauer der Isolation bei Bewohner:innen der Heime bzw. Stationär betreuten Patient:innen bei 14 Tagen bleibt (bei Symptomlosen auf 10 reduziert werden kann), während sie bei anderen bei 5 Tagen liegt, wird als unverhältnismäßig hart eingestuft. Es bestehen rechtliche Bedenken wegen der Ungleichbehandlung und befürchteten Nachteilen hinsichtlich der sozialen Teilhabe und med. Behandlung. Bayern und Baden-Württemberg erwähnen diese RKI-Empfehlungen in ihren Absonderungsverordnungen explizit nicht erwähnen, weil sie die Bewohnenden der Allgemeinbevölkerung gleichstellen und nur den GA anheimstellen, u.U. in vulnerablen Settings strenger vorgehen. Aus deren Sicht könnten unseren Empfehlungen ersatzlos gestrichen werden. Andere bitten um schnelle Anpassung, weil sie sich gerne an RKI-Empfehlungen orientieren. Bedenken wegen der unverhältnismäßigen Härte kommen nun auch aus dem BMG selbst (siehe unten, Frau Jung). Soweit ich die Diskussionen mit dem BMG verstanden habe tendierte man dort bislang eher zum Beibehalten der strengen Empfehlungen?

Sollen wir trotz dieser Bedenken die aktuelle Version diese Woche ersetzen? Ist eine weitere Freigabe durch den Bundesminister erforderlich?

Viele Grüße,
Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Jung Dr., Katharina -614 BMG <Katharina.Jung@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 10. Mai 2022 15:42

An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>

Cc: Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG <Antina.Ziegelmann@bmg.bund.de>

Betreff: Regelung zur Entisolierung

Liebe Frau Rexroth,

im Nachklang zur heutigen AGI möchte ich noch eine Anmerkung zu Isolierung von Bewohnerinnen

und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen machen.

Ich bin mir sicher, dass diese Regelungen nach sorgfältiger fachlicher Prüfung zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe erstellt wurden.

Mir fällt aber auf, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz vor Infektion und schwerwiegender sozialer Einschränkung für die hochbetagten Menschen in diesen Einrichtungen gibt.

Meine Befürchtung ist, dass die lange Isolierungsdauer in den Heimen einen einschneidenden Verlust an Lebensqualität für die alten Menschen bedeutet.

Deshalb frage ich mich, ob das RKI z.B. einen Appendix mit Modifikationsmöglichkeiten an die Empfehlung anhängen könnte, der genau diese Thematik aufgreift.

Duktus: Ja, aus Infektionsschutzgründen müssen wir länger isolieren, aber alte Menschen sollen nicht durch die Isolation unnötig leiden:

Deshalb hier Modifikationsmöglichkeiten wie z.B.:

Im Sinne des Infektionsschutzes darf kein normaler Besuch empfangen werden, aber es ist denkbar, dass eine definierte Bezugsperson mit PSA kommen darf (damit der alte Mensch nicht vereinsamt und auch in seiner Krankheit Nähe und Trost bekommen kann). Oder so...

Aus meiner Sicht wäre das ein echter Fortschritt, eine wichtige Orientierungshilfe und ein lesson learned aus den harten Zeiten, die Menschen in Alten- und Pflegeheimen schon hinter sich haben.

Falls das alles schon Gegenstand der Debatte war oder es so etwas schon gibt, entschuldige ich mich, ich habe das erst heute so richtig mitbekommen.

Viele Grü?e

Katharina Jung

Dr. Katharina Jung

Referat 614 - "Infektionskrankheiten"

Tel. 4128

<Erlauterung-Entsolierung-20220325.pdf>

<20220325_Entisolierung.pdf>

From: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)
To: ["Schaade, Lars" <SchaadeL@rki.de>](mailto:SchaadeL@rki.de)
["Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>](mailto:MielkeM@rki.de)
["Niebank, Michaela" <NiebankM@rki.de>](mailto:NiebankM@rki.de)

Date: 5/10/2022 2:01:54 PM

Subject: WG: Regelung zur Entisolierung

Attachments: ErlLuterung-Entsolierung-20220325.pdf
20220325_Entisolierung.pdf

Lieber Herr Schaade, lieber Herr Mielke, liebe Michaela,

wie letzte Woche im Krisenstab besprochen habe ich der AGI nochmal die avisierten Überarbeitungen des Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting vorgelegt. Niemand widerspricht dieser Aktualisierung, aber wie erwartet gehen sie den KollegInnen der Bundesländer nicht weit genug. Dass die Dauer der Isolation bei Bewohner:innen der Heime bzw. Stationär betreuten Patient:innen bei 14 Tagen bleibt (bei Symptomlosen auf 10 reduziert werden kann), während sie bei anderen bei 5 Tagen liegt, wird als unverhältnismäßig hart eingestuft. Es bestehen rechtliche Bedenken wegen der Ungleichbehandlung und befürchteten Nachteilen hinsichtlich der sozialen Teilhabe und med. Behandlung. Bayern und Baden-Württemberg erwähnen diese RKI-Empfehlungen in ihren Absonderungsverordnungen explizit nicht erwähnen, weil sie die Bewohnenden der Allgemeinbevölkerung gleichstellen und nur den GA anheimstellen, u.U. in vulnerablen Settings strenger vorgehen. Aus deren Sicht könnten unseren Empfehlungen ersatzlos gestrichen werden. Andere bitten um schnelle Anpassung, weil sie sich gerne an RKI-Empfehlungen orientieren. Bedenken wegen der unverhältnismäßigen Härte kommen nun auch aus dem BMG selbst (siehe unten, Frau Jung). Soweit ich die Diskussionen mit dem BMG verstanden habe tendierte man dort bislang eher zum Beibehalten der strengen Empfehlungen?

Sollen wir trotz dieser Bedenken die aktuelle Version diese Woche ersetzen? Ist eine weitere Freigabe durch den Bundesminister erforderlich?

Viele Grüße,
Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Jung Dr., Katharina -614 BMG <Katharina.Jung@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 10. Mai 2022 15:42

An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>

Cc: Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG <Antina.Ziegelmann@bmg.bund.de>

Betreff: Regelung zur Entisolierung

Liebe Frau Rexroth,

im Nachklang zur heutigen AGI möchte ich noch eine Anmerkung zu Isolierung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen machen.

Ich bin mir sicher, dass diese Regelungen nach sorgfältiger fachlicher Prüfung zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe erstellt wurden.

Mir fällt aber auf, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz vor Infektion und schwerwiegender sozialer Einschränkung für die hochbetagten Menschen in diesen Einrichtungen gibt.

Meine Befürchtung ist, dass die lange Isolierungsdauer in den Heimen einen einschneidenden Verlust an Lebensqualität für die alten Menschen bedeutet.

Deshalb frage ich mich, ob das RKI z.B. einen Appendix mit Modifikationsmöglichkeiten an die Empfehlung anhängen könnte, der genau diese Thematik aufgreift.

Duktus: Ja, aus Infektionsschutzgründen müssen wir länger isolieren, aber alte Menschen sollen nicht durch die Isolation unnötig leiden:

Deshalb hier Modifikationsmöglichkeiten wie z.B.:

Im Sinne des Infektionsschutzes darf kein normaler Besuch empfangen werden, aber es ist denkbar, dass eine definierte Bezugsperson mit PSA kommen darf (damit der alte Mensch nicht vereinsamt und auch in seiner Krankheit Nähe und Trost bekommen kann). Oder so...

Aus meiner Sicht wäre das ein echter Fortschritt, eine wichtige Orientierungshilfe und ein lesson learned aus den harten Zeiten, die Menschen in Alten- und Pflegeheimen schon hinter sich haben.

Falls das alles schon Gegenstand der Debatte war oder es so etwas schon gibt, entschuldige ich mich, ich habe das erst heute so richtig mitbekommen.

Viele Grü?e

Katharina Jung

Dr. Katharina Jung

Referat 614 - "Infektionskrankheiten"

Tel. 4128

COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen

Infografik

Stand: 25.03.2022

Änderungen gegenüber der Version vom 10.01.2022:

- Verkürzung der empfohlenen Isolierungszeit von asymptomatisch infizierten Personen auf 10 Tage mit abschließendem Test

Änderungen gegenüber der Version vom 18.05.2021:

- Diese Infografik und der folgende Erläuterungstext beziehen sich ausschließlich auf die Entisolierung von Patientinnen und Patienten im stationären Bereich sowie Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen.
- Für das Vorgehen zur Entisolierung der Allgemeinen Bevölkerung, von Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie bei Schülerinnen/Schülern, Kindern in Schule, Kita, Hort verweisen wir auf die gemäß Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 07.01.2022 festgelegten Absonderungszeiten, siehe auch www.rki.de/covid-19-absonderung

Letzte Überprüfung auf Aktualität: 25.03.2022

Die Angaben in der Infografik (PDF, 283 KB, Datei ist nicht barrierefrei) geben auf der Basis der bisher vorliegenden Literatur eine Orientierung zu wesentlichen Parametern, die bei den Entscheidungen im Rahmen des Entisolierungsmanagements helfen können.

Die Infografik ist als PDF-Datei zum Selbstaussdrucken verfügbar:

Zur Erläuterung der Entisolierungskriterien

Stand: 24.03.2022

Änderung gegenüber der Version vom 14.01.2022

- Verkürzung der empfohlenen Isolierungszeit von asymptomatisch infizierten Personen auf 10 Tage mit abschließendem Test
- Wegfall des Hinweises zur Ausscheidungskinetik von besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC)

Änderungen gegenüber der Version vom 16.11.2021:

- Ergänzungen und Anpassungen in Anlehnung an die Infografik: Besondere Personengruppen, Hinweise zur PCR-Untersuchung, allgemeiner Hinweis

Hintergrund

Kontagiosität

Im Rahmen der **Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung von SARS-CoV-2** ist die Entlassung einer an COVID-19 erkrankten bzw. mit SARS-CoV-2 infizierten Person aus der stationären Isolierung eine verantwortungsvolle ärztliche Entscheidung. Dies gilt insbesondere in solchen Fällen, in denen eine Weiterbetreuung stationär bzw. in einer Gemeinschaftseinrichtung mit vulnerablen Personen geplant ist. Hierbei spielt die Einschätzung der Kontagiosität der betroffenen Person eine wesentliche Rolle.

Die Kontagiosität eines von einer Infektion betroffenen Menschen wird von verschiedenen **Faktoren** bestimmt. Dazu zählen:

- die Manifestationsform und **Schwere der Infektion**, die von schwer (mit Sauerstoffbedürftigkeit) über leicht (ohne Sauerstoffbedürftigkeit) zu asymptomatisch reicht;
- das **Zeitintervall nach Infektion bzw. Symptombeginn** in Tagen;
- Art und Umfang der protektiven **Immunreaktion des Betroffenen**;
- das **Verhalten** bzw. der klinische Zustand/ die **klinischen Symptome** der Betroffenen (z.B. Husten, Niesen, lautes Sprechen, Singen bei respiratorischer Symptomatik);
- **Art und Menge der ausgeschiedenen Erreger** über Sekrete und Exkrete sowie mögliche Schwankungen in der Ausscheidung.

Diagnostik

Erkenntnisse aus **medizinisch-virologischen sowie epidemiologischen Studien** können die Entscheidung zur Entisolierung unterstützen. Dazu gehören etwa Erkenntnisse zur **Ausscheidungskinetik von SARS-CoV-2** RNA, SARS-CoV-2-Protein sowie aus der In-vitro-Kultur der Erreger in übertragungsrelevanten Ausscheidungen auf geeigneten Zellkulturen im Verlauf der Infektion. Aus derartigen Untersuchungen liegen Ergebnisse für SARS-CoV-2 bei COVID-19-Patienten vor.

Für den klinischen Alltag ist die Virusanzucht zu aufwendig und zu zeitintensiv. Daher kommen andere **Formen des direkten Erregernachweises** zum Einsatz. Hierzu gehören:

- Genombasierte Verfahren wie die PCR und
- Antigennachweise.

Die **PCR** weist RNA des Virus nach, welche insbesondere bei schweren und kritischen Verläufen oder bei Immunsupprimierten oder sehr alten Menschen mit zahlreichen Begleiterkrankungen noch Wochen nach Infektion nachweisbar sein kann.

Antigen-Tests weisen Virusproteine nach. Die Sensitivität ist allerdings in der Regel geringer als beim PCR-Nachweis und damit auf hohe Virustiter beschränkt, wie sie typischerweise in der akuten Infektion nachgewiesen werden und ist in hohem Maße von der konkreten Qualität des Tests sowie der Qualität der Probengewinnung abhängig.

Zur Korrelation der Ergebnisse der o.g. Testmethoden mit der In-vitro-Kultur liegen einige **Studien** (siehe Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2 unter www.rki.de/covid-19-diagnostik) sowie, hier beispielhaft, entsprechende **Übersichtsarbeiten** (z.B. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1764>, <https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-technology-assessment/duration-infectiousness-sars-cov-2>) vor.

Orientierungshilfe zur Entscheidung im Rahmen des Entisolierungsmanagements

Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit leichtem oder mildem/moderatem Krankheitsverlauf (gemäß [WHO-Definition](#)) und ungestörter Immunkompetenz kann eine Entisolierung in der Regel erfolgen, wenn (1) mindestens 14 Tage seit Auftreten der ersten Symptome verstrichen sind, (2) eine nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung seit >48 h und (3) ein negativer Antigentest vorliegt.

Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem asymptomatischem Verlauf der Infektion durch SARS-CoV-2 wird analog vorgegangen, allerdings kann unter Berücksichtigung einerseits der Schutzbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, andererseits aber auch der erheblichen Belastung durch eine längere Isolation der Betroffenen nach Abwägung der Risiken einer Weiterverbreitung die Beendigung der Isolation nach 10 Tagen ab dem Zeitpunkt des Erstnachweises mit einem abschließendem Test erwogen werden.

Für Patientinnen und Patienten mit schwerem und insbesondere kritischem Krankheitsverlauf (gemäß [WHO-Definition](#)) wird eine Entisolierung empfohlen, wenn (1) mindestens 14 Tage seit Auftreten der ersten Symptome verstrichen sind, (2) eine nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung seit >48 h vorliegt und (3) ein aussagekräftiges PCR-Untersuchungsergebnis, das darauf hindeutet, dass keine hohen Erregermengen ausgeschieden werden.

Hinweise zur Entlassung aus dem stationären Bereich bzw. Alten-/Pflegeheimen

Bei Entlassung aus der stationären Versorgung oder aus Alten-/Pflegeheimen während der Isolationszeit gelten dann im häuslichen Kontext die entsprechenden Empfehlungen zur Isolation (siehe www.rki.de/covid-19-absonderung).

Hinweise zum Entisolierungsmanagement besonderer Personengruppen

Immunsupprimierte Personen

Für Patientinnen oder Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder unter immunsupprimierender Therapie muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Im Hinblick auf die protrahierte Ausscheidung der Viren durch Defekte bei der protektiven Immunantwort und die damit

verbundene Möglichkeit der Mutation des Virus im Wirtsorganismus wird bei Ausscheidung hoher Virusmengen über Tag 21 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen.

Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen

Die Ausscheidungskinetik bei Hochbetagten mit Vorerkrankungen ist weniger gut untersucht. Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien wird daher vor Entlassung in ein Alten- oder Pflegeheim eine abschließende Testung empfohlen.

Hinweise zur PCR-Untersuchung

Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien sind folgende Hinweise zur Durchführung einer PCR-Untersuchung als diagnostisches Kriterium zur Entisolierung zu beachten:

Probennahme und -material

- Im Regelfall: Eine Untersuchung bestehend aus 2 zeitgleich durchgeführten Abstrichen des oberen Respirationstraktes, zunächst oropharyngeal, dann nasopharyngeal; möglich ist die Überführung zweier Abstrichtupfer in dasselbe Transportmedium oder die Abnahme beider Abstriche mit demselben Abstrichtupfer.
- Insbesondere bei kritisch Erkrankten (Aufenthalt auf der Intensivstation/ Beatmung): 2 konsekutive Untersuchungen im Abstand von mind. 24 Stunden aus jeweils 2 zeitgleich durchgeführten Probenahmen (z. B. oberer Respirationstrakt plus Trachealsekret, sofern zugänglich).

PCR-Ergebnis

- Im Regelfall: negatives PCR-Ergebnis oder
- Alternativ: positives PCR-Ergebnis nur unterhalb eines definierten Schwellenwertes, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (quantitative Bezugsprobe Zellkulturüberstand $< 1.000.000 (10^6)$ Kopien/ml, Details siehe www.rki.de/covid-19-diagnostik).

Antigentest als Alternative

Bei fehlender Verfügbarkeit einer PCR-Untersuchung bzw. in den im Diagramm angegebenen Situationen ist die Verwendung eines Antigentests bei Erfüllung der definierten Testanforderungen möglich (siehe www.rki.de/covid-19-diagnostik).

Allgemeiner Hinweis

Die Abweichung von diesen Kriterien kann im Einzelfall in enger Absprache zwischen Klinik, Labor und Gesundheitsamt erfolgen. Länderspezifische Regelungen können abweichen und sind zu beachten.



COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen

GILT FÜR ALLE VARIANTEN

 Isolierung		
Bei schwerem COVID-19-Verlauf (mit Sauerstoffbedürftigkeit)	Bei leichtem COVID-19-Verlauf (ohne Sauerstoffbedürftigkeit)	Bei asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektion

 Entisolierung		
Mind. 48 Stunden Symptomfreiheit bzw. nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung PLUS In der Regel 14 Tage nach Symptombeginn PLUS PCR-Untersuchung (siehe Hinweise unten)	Mind. 48 Stunden Symptomfreiheit bzw. nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung PLUS In der Regel 14 Tage nach Symptombeginn PLUS Antigentest	In der Regel 10 Tage nach Erstnachweis des Erregers PLUS Antigentest

Entlassung aus dem stationären Bereich bzw. Alten-/Pflegeheimen

Bei Entlassung aus der stationären Versorgung oder aus Alten-/Pflegeheimen während der Isolationszeit gelten im häuslichen Kontext die entsprechenden Empfehlungen zur Isolierung (siehe www.rki.de/covid-19-absonderung).



Umgang mit besonderen Personengruppen

Immunsupprimierte Personen

Eine zeitlich verlängerte Ausscheidung von vermehrungsfähigem Virus kann bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder unter immunsupprimierender Therapie bestehen. Hier muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen, ggf. mit Hilfe einer Virusanzucht. Es wird empfohlen, bei anhaltend hoher Viruslast in Sekreten des Respirationstraktes über 21 Tage hinaus eine Sequenzierung der SARS-CoV-2 positiven Probe anzustreben.



Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen

Die Ausscheidungskinetik bei Hochbetagten mit Vorerkrankungen ist weniger gut untersucht. Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien wird daher vor Entlassung in ein Alten- oder Pflegeheim eine abschließende PCR-Untersuchung empfohlen (siehe Hinweise unten), mindestens jedoch ein geeigneter Antigentest.



Hinweise zur PCR-Untersuchung



Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien sind folgende Hinweise zur Durchführung einer PCR-Untersuchung als diagnostisches Kriterium zur Entisolierung zu beachten:

Probennahme und -material

- Im Regelfall: Eine Untersuchung bestehend aus 2 zeitgleich durchgeführten Abstrichen des oberen Respirationstraktes, zunächst oropharyngeal, dann nasopharyngeal; möglich ist die Überführung zweier Abstrichtupfer in dasselbe Transportmedium oder die Abnahme beider Abstriche mit demselben Abstrichtupfer.
- Insbesondere bei kritisch Erkrankten (Aufenthalt auf der Intensivstation/Beatmung): 2 konsekutive Untersuchungen im Abstand von mind. 24 Stunden aus jeweils 2 zeitgleich durchgeführten Probenahmen (z. B. oberer Respirationstrakt plus Trachealsekret, sofern zugänglich).

PCR-Ergebnis

- Im Regelfall: negatives PCR-Ergebnis oder
- Alternativ: positives PCR-Ergebnis nur unterhalb eines definierten Schwellenwertes, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (quantitative Bezugsprobe Zellkulturüberstand $< 1.000.000$ (10^6) Kopien/ml, Details siehe www.rki.de/covid-19-diagnostik).

Antigentest als Alternative

- Bei fehlender Verfügbarkeit einer PCR-Untersuchung ist die Verwendung eines Antigentests bei Erfüllung der definierten Testanforderungen möglich (siehe www.rki.de/covid-19-diagnostik).

From: "[Schaade, Lars](mailto:SchaadeL@rki.de)" <SchaadeL@rki.de>
To: "[Rexroth, Ute](mailto:RexrothU@rki.de)" <RexrothU@rki.de>
"[Mielke, Martin](mailto:MielkeM@rki.de)" <MielkeM@rki.de>
"[Niebank, Michaela](mailto:NiebankM@rki.de)" <NiebankM@rki.de>
"[Eckmanns, Tim](mailto:EckmannsT@rki.de)" <EckmannsT@rki.de>
Date: 5/10/2022 3:05:51 PM
Subject: Re: WG: Regelung zur Entisolierung

Gibt es diese Art von Sonderregelungen wie von Frau Jung erwähnt in Altenheimen denn nicht längst in den Spezialpapieren von FG37? Aber auch wenn nicht: dass man mit ordnungsgemäßer PSA mit Infektionspatienten in näheren Kontakt treten kann und es sich dennoch weiter um eine Isolierung handelt, ist doch eigentlich selbsterklärend. Und es geht doch zudem auch gar nicht um den Schutz gesunder Besucher bei der längeren Isolierung im Altenheim, sondern um die anderen vulnerablen Bewohner.

Dass sollten wir nochmal mit FG37 prüfen; dann Info an BMG, das wir das jetzt veröffentlichen und ggf. Hinweis auf die Spezialpapiere. Einverstanden?

Die 5 Tage in vulnerablen Settings halte ich jedenfalls für nicht verantwortbar.

Gruß

LS

Gesendet über [Workspace ONE Boxer](#)

Am 10. Mai 2022 um 16:01:57 MESZ schrieb Rexroth, Ute :

Lieber Herr Schaade, lieber Herr Mielke, liebe Michaela,

wie letzte Woche im Krisenstab besprochen habe ich der AGI nochmal die avisierten Überarbeitungen des Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting vorgelegt. Niemand widerspricht dieser Aktualisierung, aber wie erwartet gehen sie den KollegInnen der Bundesländer nicht weit genug. Dass die Dauer der Isolation bei Bewohner:innen der Heime bzw. Stationär betreuten Patient:innen bei 14 Tagen bleibt (bei Symptomlosen auf 10 reduziert werden kann) , während sie bei anderen bei 5 Tagen liegt, wird als unverhältnismäßig hart eingestuft. Es bestehen rechtliche Bedenken wegen der Ungleichbehandlung und befürchteten Nachteilen hinsichtlich der sozialen Teilhabe und med. Behandlung. Bayern und Baden-Württemberg erwähnen diese RKI-Empfehlungen in ihren Absonderungsverordnungen explizit nicht erwähnen, weil sie die Bewohnenden der Allgemeinbevölkerung gleichstellen und nur den GÄ anheimstellen, u.U.in vulnerablen Settings strenger vorgehen. Aus deren Sicht könnten unseren Empfehlungen ersatzlos gestrichen werden. Andere bitten um schnelle Anpassung, weil sie sich gerne an RKI-Empfehlungen orientieren.

Bedenken wegen der unverhältnismäßigen Härte kommen nun auch aus dem BMG selbst (siehe unten, Frau Jung). Soweit ich die Diskussionen mit dem BMG verstanden habe tendierte man dort bislang eher zum Beibehalten der strengen Empfehlungen?

Sollen wir trotz dieser Bedenken die aktuelle Version diese Woche ersetzen? Ist eine weitere Freigabe durch den Bundesminister erforderlich?

Viele Grüße,
Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Jung Dr., Katharina -614 BMG
Gesendet: Dienstag, 10. Mai 2022 15:42
An: Rexroth, Ute
Cc: Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG
Betreff: Regelung zur Entisolierung

Liebe Frau Rexroth,

im Nachklang zur heutigen AGI möchte ich noch eine Anmerkung zu Isolierung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen machen.

Ich bin mir sicher, dass diese Regelungen nach sorgfältiger fachlicher Prüfung zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe erstellt wurden.

Mir fällt aber auf, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz vor Infektion und schwerwiegender sozialer Einschränkung für die hochbetagten Menschen in diesen Einrichtungen gibt.

Meine Befürchtung ist, dass die lange Isolierungsdauer in den Heimen einen einschneidenden Verlust an Lebensqualität für die alten Menschen bedeutet.

Deshalb frage ich mich, ob das RKI z.B. einen Appendix mit Modifikationsmöglichkeiten an die Empfehlung anhängen könnte, der genau diese Thematik aufgreift.

Duktus: Ja, aus Infektionsschutzgründen müssen wir länger isolieren, aber alte Menschen sollen nicht durch die Isolation unnötig leiden:

Deshalb hier Modifikationsmöglichkeiten wie z.B.:

Im Sinne des Infektionsschutzes darf kein normaler Besuch empfangen werden, aber es ist denkbar, dass eine definierte Bezugsperson mit PSA kommen darf (damit der alte Mensch nicht vereinsamt und auch in seiner Krankheit Nähe und Trost bekommen kann). Oder so...

Aus meiner Sicht wäre das ein echter Fortschritt, eine wichtige Orientierungshilfe und ein lessons learned aus den harten Zeiten, die Menschen in Alten- und Pflegeheimen schon hinter sich haben.

Falls das alles schon Gegenstand der Debatte war oder es so etwas schon gibt, entschuldige ich mich, ich habe das erst heute so richtig mitbekommen.

Viele Grüße

Katharina Jung

Dr. Katharina Jung

Referat 614 - "Infektionskrankheiten"

Tel. 4128

<20220325_Entisolierung.pdf>

From: "Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>
To: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>
Date: 6/7/2022 10:41:13 AM
Subject: Bitte auf die TO des KS/ Lage-AG am 8.7.2022 AW: ID 5411: Anfrage Umgang Verdachtsfälle Omikron BA.5 (Einreisende Portugal)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
diese Frage/ der "Erfahrungsbericht" des GA Kassel (s. unten) sollte auf die TO der morgigen Sitzung der Lage AG (COVID-19) gesetzt werden, da hinsichtlich besonderer Maßnahmen bei einer VOC bei Einreise zahlreiche FGs betroffen waren (etwa FG31, FG36, FG37, FG14, ZIG) und hier offensichtlich Informationsbedarf von Seiten der GÄmter besteht.

Im Speziellen Fall geht es um ggf. gebotene Maßnahmen bei Einreise aus Portugal im Sinne des Containments.

Omikron BA.5 kommt bereits in Deutschland vor:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-06-02.pdf?__blob=publicationFile

ohne dass aktuell im Einzelfall andere/ besondere Maßnahmen ergriffen wurden.

Das GA Kassel thematisiert in diesem Zusammenhang (s. unten):

- medizinische Angestellte (geboostert geimpft), die sich bis zum letzten Maiwochenende in Portugal (Rundreise) aufhielt; SARS-CoV-2 Infektion bestätigt
- verschärfte Absonderung, ggf. auch der Kontakte ?
- KPs unterliegen rechtlich keiner Absonderung
- "Wir (d.h. GA) verfügen weitestgehend nur über die PM über BA.5 in Portugal. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen (RKI) vor? Ist da ein strengeres Vorgehen überhaupt wichtig/ indiziert? Überdenkt man Einreiseregulungen? Die Presse spricht von einer hohen Hospitalisierungsrate unter dieser eigentlich deutlich besser grundimmunisierten portugiesischen Bevölkerung? Wissen Sie da Naheres? Stimmt das überhaupt?

> Wie gesagt, bitte um Befassung in Lage-AG, um Kommunikation zu dem Thema zu koordinieren.

Gruß,
Martin Mielke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Holzer, Alexandra <HolzerA@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 7. Juni 2022 11:48

An: Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Betreff: ID 5411: Anfrage Umgang Verdachtsfälle Omikron BA.5 (Einreisende Portugal)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben die unten stehende Anfrage aus dem Gesundheitsamt Kassel zum VoC Omikron BA.5. Hier sind mehrere Fragen unklar, siehe letzter Absatz der Anfrage.

Liegen Ihnen hier weitere Informationen vor, wie kann man hier antworten?
Sollen weitere FG, bzw. Mitarbeiter einbezogen werden?

Wir haben die Frist für diese Aufgabe zunächst auf Donnerstag 15 Uhr gelegt.

Vielen Dank.
Mit besten Grüßen,
i.A. Alexandra Holzer

Koordinierungsstelle COVID-19
Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin

Tel.: 030 18754 3063
E-Mail: nCoV-Lage@rki.de
Internet: www.rki.de
Twitter: @rki_de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Dyarmand, Dr. Ariane <Ariane.Dyarmand@kassel.de>
Gesendet: Samstag, 4. Juni 2022 11:50
An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>
Betreff: ID5411: Anfrage Umgang Verdachtsfälle Omikron BA.5 (Einreisende Portugal)

Guten Tag nochmal,

diese Informationen sind uns durchaus schon bekannt gewesen und das wir da selber entscheiden müssen durchaus auch. Das Problem in der Praxis ist - bis in den Gesundheitsämtern der gesicherte Nachweis der VoC ankommt ist die KP-Quarantanisierung entbehrlich, da viel zu spät. Das Problem können Sie nicht lösen, das ist mir klar, aber so wird die Eindämmung/ Verzögerung der Ausbreitung nicht erfolgreich sein können. In dem geschilderten Fall ist mittlerweile bekannt, dass die Kinder weiter in die Schulen geschickt worden, das erste bereits auch seit Mittwoch PoC pos. und leicht symptomatisch, das 2. Kind sa? trotzdem heute noch in der Grundschule. Schauen wir mal, wie schnell sich das entfaltet. PCRs zu den Kinder konnten wir nicht organisieren, weil keiner testen konnte /wollte. Viele Hausärzte nehmen sich da aus finanziellen Gründen raus. PCR Teststellen in für die Betroffenen erreichbarer Entfernung gibt's nicht und wenn, testet man da ja nur Asymptomatische. Derzeit haben wir also nur die Reiseanamnese und keine VoC-Bestätigung, können also rechtlich eigentlich nur nach Hessischer Verordnung arbeiten - 5 Tage Iso, dann raus aus der Absonderung,

egal ob weiter positiv oder nicht - eigenverantwortlich soll der Betroffene dann entscheiden und eigenverantwortlich Kontakte reduzieren. Nur in der Klinik arbeiten darf die Krankenschwester nicht, dafür braucht sie einen negativen Test oder PCR mit CT>30. Für das Verlassen der hauslichen Isolation ist nach den 5 Tagen in Hessen kein weiterer Test erforderlich. Das mal als Real-Life Bericht. Das Labor des Klinikum Kassels hat uns mitgeteilt, dass sie aktuell immer noch auf der Suche nach einem Labor für die Sequenzierung sind.

Wir verfügen weitestgehend nur über die PM über BA.5 in Portugal. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen vor? Ist da ein strengeres Vorgehen überhaupt wichtig/ indiziert? Überdenkt man Einreiseregulungen? Die Presse spricht von einer hohen Hospitalisierungsrate unter dieser eigentlich deutlich besser grundimmunisierten portugiesischen Bevölkerung? Wissen Sie da Naheres? Stimmt das überhaupt?

Ihnen hängt die Bundespolitik im Nacken, uns die Regionalpolitik. Wenn wir ggf. Entscheidungen über die politischen Vorgaben hinaus treffen, müssen wir Sie auch gut begründen. Deshalb diese Nachfrage. Der Eintrag zu den VoC auf Ihren Seiten ist ja auch schon älter.

Danke, frohe Pfingsten und freundliche Grü?e aus Kassel, i.A.

Dr. Ariane Dyarmand

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Baier, Michael <BaierM@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Freitag, 3. Juni 2022 10:46

An: Dyarmand, Dr. Ariane <Ariane.Dyarmand@kassel.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Betreff: AW: Anfrage Umgang Verdachtsfalle Omikron BA.5 (Einreisende Portugal)

Sehr geehrte Frau Dyarmand,

eine allgemeine Übersicht zu den Isolierungsempfehlungen des RKI finden sie hier:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html

Die Variante BA.5 wurde als "Variant of Concern" eingestuft, d.h. bei gesicherter und intensiver Exposition von Kontaktpersonen wäre es sicher angebracht, hier über die Anordnung einer Quarantäne nachzudenken. Die konkrete Entscheidung bzgl. Isolierung/Quarantäne liegt bei ihnen. Eine verlängerte Isolierung bei negativem PCR-Test ist jedoch vermutlich nicht einfach zu begründen.

Mit freundlichen Grü?en

Michael Baier

Seestr. 10
13353 Berlin

Tel.: 030 18754 3063
E-Mail: nCoV-Lage@rki.de
Internet: www.rki.de
Twitter: @rki_de

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Dyarmand, Dr. Ariane <Ariane.Dyarmand@kassel.de>

Gesendet: Freitag, 3. Juni 2022 10:06

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Marten, Thurid <Thurid.Marten@kassel.de>; Bresler, Regine <Regine.Bresler@kassel.de>;
Pfeffermann, Martina <Martina.Pfeffermann@kassel.de>; Gesundheitsamt Kommunikation
<gesundheitsamt-kommunikation@kassel.de>; Kuhnen, Anna <Anna.Kuhnen@kassel.de>; Muller-
Harhoff, Elisabeth <Elisabeth.Mueller-Harhoff@kassel.de>

Betreff: Anfrage Umgang Verdachtsfalle Omikron BA.5 (Einreisende Portugal)

Guten Tag liebe Kolleg:innen des RKI!

Wir sind hier gerade in Abklärung einer medizinischen Angestellten (geboostert geimpft), die sich bis zum letzten Maiwochenende in Portugal (Rundreise) aufgehalten hat und direkt nach der Rückkehr entsprechende recht ausgeprägte Symptomatik entwickelt hat (aber nicht hospitalisiert). Mittlerweile ist die SARS-CoV-2 Infektion bestätigt, wir haben das Labor um die Sequenzierung gebeten. Das Ergebnis wird uns aber nicht zeitnah erreichen. Sollte hier Ihrer Ansicht nach nicht vielleicht doch schon eine verschärfte Absonderung, ggf. auch der Kontakte erfolgen? Ansonsten können die Personen nach 5 Tagen raus, auch mit einer Krankschreibung darf man ja das Haus verlassen. KPs unterliegen rechtlich keiner Absonderung. Wir überdenken gerade hausintern weitere Maßnahmen auf Grundlage des IfSG, hatten aber gerne grundsätzlich Ihre Einschätzung dazu, da die Reiserückkehr uns entsprechende Konstellationen häufiger bieten wird. Noch gibt es dazu keine offiziellen Empfehlungen. BA.5 konnte uns ansonsten überrollen.

Danke und freundliche Grüsse

Im Auftrag

Dr. Ariane Dyarmand

Dr. Ariane Dyarmand
Stadt Kassel
Gesundheitsamt Region Kassel
- Corona-Kontaktpersonennachverfolgung -
34112 Kassel
Tel.: 0561 / 787-1927
Fax: 0561 / 787-1912
E-Mail: Ariane.Dyarmand@kassel.de oder
gesundheitsamt@kassel.de

Kassel ist online: www.kassel.de <<https://www.kassel.de>>

Auch auf Facebook <<https://www.facebook.com/stadtkassel>> , Twitter <<https://twitter.com/stadtkassel>> , YouTube <<https://www.youtube.com/stadtkassel>> und Instagram <<https://www.instagram.com/stadtkassel>>

Bitte beachten Sie die Informationen zur elektronischen Kommunikation <<https://www.kassel.de/elektronische-kommunikation.php>> mit der Stadt Kassel.
Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie hier <<https://www.kassel.de/datenschutzerklaerung.php>> .

Aktuelle Informationen zum Corona Virus finden Sie hier: <https://www.kassel.de/coronavirus>
<<https://www.kassel.de/coronavirus>>

Dr. Ariane Dyarmand

Stadt Kassel

Gesundheitsamt Region Kassel

- Corona-Kontaktpersonennachverfolgung -

34112 Kassel
Tel.: 0561 / 787-1927
Fax: 0561 / 787-1912
E-Mail: Ariane.Dyarmand@kassel.de oder
gesundheitsamt@kassel.de

Kassel ist online: www.kassel.de<<https://www.kassel.de>>

Auch auf Facebook<<https://www.facebook.com/stadtkassel>>, Twitter<<https://twitter.com/stadtkassel>>, YouTube<<https://www.youtube.com/stadtkassel>> und Instagram<<https://www.instagram.com/stadtkassel>>

Bitte beachten Sie die Informationen zur elektronischen Kommunikation<<https://www.kassel.de/elektronische-kommunikation.php>> mit der Stadt Kassel.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie hier<<https://www.kassel.de/datenschutzerklaerung.php>>.

Aktuelle Informationen zum Corona Virus finden Sie hier: <https://www.kassel.de/coronavirus>

From: [FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>](mailto:FG37-Corona-Fragen@rki.de)
To: ["Buda, Silke" <BudaS@rki.de>](mailto:BudaS@rki.de)
["Eckmanns, Tim" <EckmannsT@rki.de>](mailto:EckmannsT@rki.de)
Date: 6/22/2022 8:31:35 AM
Subject: AW: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebe Silke, vielen Dank, genauso ist es gemeint.
Ein Vorschlag zur Präzisierung in diesem Sinne:

Die aktuellen Screeningempfehlungen zu Sars-CoV-2 sollten nach unserer aktuellen Einschätzung in der nächsten Herbst- / Wintersaison beibehalten werden.

Bei der Betrachtung von Influenza führt uns das Ziel gefährdete Gruppen zu schützen.

Hierfür gilt es die auch für den Schutz vor Covid-19 bekannten Elemente der

- Hygiene
- und Impfung entsprechend STIKO Empfehlungen zu stärken;
- sowie zusätzlich die Empfehlung zum Einsatz der medikamentösen Prophylaxe für Influenzainfektion zu nutzen.

Da bei Influenza keine signifikante Transmission durch asymptomatische Personen stattfindet, halten wir ein generelles Screening, d.h. aller asymptomatischen Personen in Krankenhäusern oder Einrichtungen der Pflege nicht für zielführend. Eine deutliche Verbesserung zur bisherigen Praxis wurde aus unserer Sicht jedoch die konsequente Testung auf Influenza (mit Anwendung der üblichen Maßnahmen im Falle eines Nachweises) für alle Personen (Personal sowie Patient*innen und Bewohner*innen) mit respiratorischen Symptomen in diesen Einrichtungen darstellen. Hier sollte Testindikation für Influenza analog zu der für Covid-19 gestellt werden.

Als Startzeitpunkt für diese Maßnahme sollte der epidemiologisch definierte Beginn der nächsten Influenzawelle bestimmt werden.

XXXXXXXX

Viele Grüße Julia

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Buda, Silke <BudaS@rki.de>

Gesendet: Mittwoch, 22. Juni 2022 09:59

An: Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>

Cc: Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; Schweickert, Birgitta <SchweickertB@rki.de>; Abu Sin, Muna <Abu-SinM@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Verteiler-FG36-Teamleitung <Verteiler-FG36-Teamleitung@rki.de>; FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>; Petasch, Christiane <PetaschC@rki.de>; Hermes, Julia <HermesJ@rki.de>;

Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>; Harder, Thomas <HarderT@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Lieber Tim, liebe alle,

ich finde das grundsätzlich einen sehr guten Vorschlag, der ja auch unser Konzept, grundsätzlich die symptomatischen Personen aus dem Infektionsgeschehen "rauszuziehen", eigentlich sogar ohne Test, unterstützt (da hatte ja Udo auch Evidenz zugeliefert im Rahmen eines Erlasses). Allerdings empfehle ich zwei Präzisierungen, weil das grundsätzlich in der Wahrnehmung falsch verankert ist bei vielen Klinikern:

1. auf Influenza sollte (während einer anhaltenden und deutlichen Influenzaviruszirkulation, sprich: während der Grippewelle) nicht nur bei "typischer" Influenzasymptomatik getestet werden (ILI), sondern alle Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie das medizinische und Pflegepersonal sollten bei jeder Art von akuter Atemwegssymptomatik (auch ohne Fieber, auch Schnupfen, soweit nicht klar allergischer Ursache) auf Influenza getestet werden (sprich die gleichen Kriterien wie für SARS-CoV-2-Testung von symptomatischen Personen) (Rationale: nur ein Drittel aller Influenza-positiven Patienten startet mit typischer ILI-Symptomatik, siehe RKI Ratgeber Saisonale Influenza, alle internationalen Empfehlungen gehen von einer "Gleichbehandlung" diesbezüglich von Influenza und COVID-19 aus). Ältere Menschen, die einen großen Teil der ins KH aufgenommenen Menschen ausmachen, entwickeln häufig kein Fieber, genau wie die Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen s.a. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/330225/LTCF-best-practice-guidance.pdf). Wenns dann typisch wird (Bronchitis mit Husten eine Woche nach Symptombeginn, ist es für antivirale Therapie eigentlich schon zu spät und Potential damit geringer).

2. Bitte Hygiene präzisieren auf respiratorische Hygiene (sprich: Masken helfen wesentlich mehr als Handhygiene, ich wurde entsprechend explizit auf die SARS-CoV-2-Empfehlungen dazu verweisen).

3. Unabhängiger Punkt, deshalb auch FG33 im cc: die Influenzaimpfung schützt weder vor der Infektion noch vor schwerem Krankheitsverlauf (abhängig vom zirkulierenden Influenzasubtyp/B-Linie) so effektiv wie die COVID-19 Impfung.

Influenzaimpfung ist grundsätzlich absolut zu empfehlen gemäß STIKO, aber kein Ersatz für Testen und/oder antivirale PEP bei Risikogruppen, genauso wenig wie anders rum.

VG, Silke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 21. Juni 2022 19:09

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Verteiler-FG36-Teamleitung <Verteiler-FG36-Teamleitung@rki.de>; FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>;

Petasch, Christiane <PetaschC@rki.de>; Hermes, Julia <HermesJ@rki.de>

Cc: Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; Schweickert, Birgitta <SchweickertB@rki.de>; Abu Sin, Muna <Abu-SinM@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebe Alle,

hier ein sonst nicht abgestimmter Antwortentwurf von FG37.

Tanja und Esther sind auch im Verteiler, da beide Herrn Wieler im Expert:innenrat unterstützt haben

und wir dem Expert:innenrat leicht widersprechen wollen.
Ob dies möglich ist muss Herr Wieler entscheiden.

Gerne Rücksprache mit Julia, Muna oder mir.

Viele Grü?e

Tim

XXXXXXX

Die aktuellen Screeningempfehlungen zu Sars -CoV-2 sollten nach unserer aktuellen Einschätzung in der nächsten Herbst- / Wintersaison beibehalten werden.

Bei der Betrachtung von Influenza führt uns das Ziel gefährdete Gruppen zu schützen.

Hierfür gilt es die bekannten Elemente aus

- Hygiene,
- Impfung entsprechend STIKO Empfehlungen und
- dem Einsatz der medikamentöser Prophylaxe zu stärken.

Da bei Influenza keine signifikante Transmission durch asymptomatische Personen stattfindet, halten wir ein generelles Screening, d.h. aller asymptomatischen Personen in Krankenhäusern oder Einrichtungen der Pflege nicht für zielführend. Eine deutliche Verbesserung zur bisherigen Praxis wurde aus unserer Sicht jedoch die konsequente Testung auf Influenza (mit Anwendung der üblichen Maßnahmen im Falle eines Nachweises) für alle Personen (Personal sowie Patient*innen und Bewohner*innen) mit respiratorischen Symptomen in diesen Einrichtungen darstellen. Als Startzeitpunkt für diese Maßnahme sollte der epidemiologisch definierte Beginn der nächsten Influenzawelle bestimmt werden.

XXXXXXXXX

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Baum, Jonathan <BaumJ@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 21. Juni 2022 17:34

An: Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Verteiler-FG36-Teamleitung <Verteiler-FG36-

Teamleitung@rki.de>; FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>; Petasch, Christiane

<PetaschC@rki.de>; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>; Hermes, Julia <HermesJ@rki.de>

Cc: Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; Schweickert, Birgitta <SchweickertB@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf Bitte von FG36 wird die FF an FG37 vergeben.

Mit freundlichen Grü?en

Jonathan Baum

Koordinierungsstelle COVID-19

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Haas, Walter <HaasW@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 21. Juni 2022 15:47

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Verteiler-FG36-Teamleitung <Verteiler-FG36-Teamleitung@rki.de>; FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>; Petasch, Christiane <PetaschC@rki.de>; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>; Hermes, Julia <HermesJ@rki.de>

Cc: Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; Schweickert, Birgitta <SchweickertB@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebes LZ,

das Eingangsscreening ist in erster Linie ein Instrument zum Management der Sicherheit in den Kliniken und der Vermeidung nosokomialer Infektionen. Eine relevante Frage ist der Umgang mit so identifizierten Infektionen beim Personal. Für die Surveillance/Lageeinschätzung hingegen tragen die so identifizierten Fälle nicht wesentlich bei bzw. führen zu Verzerrungen bez. der Anzahl und Eigenschaften der gemeldeten Fälle.

Daher wäre meine Bitte, dass FG37 die FF übertragen wird.

Viele Grüße

Walter

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Lottes, Matthaus <LottesM@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 21. Juni 2022 11:52

An: Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Verteiler-FG36-Teamleitung <Verteiler-FG36-Teamleitung@rki.de>; FG37-Corona-Fragen <FG37-Corona-Fragen@rki.de>; Petasch, Christiane <PetaschC@rki.de>; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; Schweickert, Birgitta <SchweickertB@rki.de>

Betreff: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebe Kolleg:innen;

Wir bitten um die Beantwortung folgender BMG-Anfrage mit der Frist bis morgen, den 22.06.2022, 12:00 Uhr :

„Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit eines regelmäßigen Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen in Vorbereitung auf den Herbst?“ (entsprechend der 11. Stellungnahme des ExpertInnenrats der Bundesregierung mit Forderung einer Anpassung der Teststrategie an das Infektionsgeschehen von COVID-19, Influenzaviren und RSV)

Wir haben die folgende Aufgabe ID zur Bearbeitung vergeben:

Bei der Erledigung von Erlassen: Beantwortung sollte immer durch das Lagezentrum erfolgen!

Aufgabe ID 5430

Federführende RKI-Organisationseinheit: FG36

Weitere RKI-Organisationseinheit/en: FG37

Bearbeitende/r: Haas, Eckmanns

Thema: Erlass

Beschreibung: Notwendigkeit eines regelmäßigen Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen in Vorbereitung auf den Herbst

Dokumentenordner: S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\3.Kommunikation\3.1.Erlasse_2022\2022-06-21_ID5430_Regelmäßiges_Screening_auf_SARS-CoV-2_und_Influenzaviren_in_Krankenhäusern_und_Einrichtungen

Frist: 22.06.2022, 12:00 Uhr

Bei Erledigung: bitte E-Mail an nCoV-Lage@rki.de <<mailto:nCoV-Lage@rki.de>>

Im Betreff bitte die Aufgaben ID angeben.

Anmerkung: falls Sie den Eindruck haben, dass die Aufgabe falsch zugewiesen wurde oder der Auftrag nicht verständlich ist, oder wenn Sie sie einer anderen Person zuteilen, bitten wir um Rückmeldung!

Vielen Dank und viele Grüße

Matthaus Lottes (Koordinierungsstelle COVID-19)

Von: Germelmann Dr., Anna-Rachel -614 BMG <Anna-Rachel.Germelmann@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 21. Juni 2022 11:04

An: RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de> ; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: 614 BMG <614@bmg.bund.de>

Betreff: [ID 5430] Regelmäßiges Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der ExpertInnenrat der Bundesregierung hat in seine 11. Stellungnahme eine Anpassung der Teststrategie an das Infektionsgeschehen von COVID-19, Influenzaviren und RSV gefordert.

Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit eines regelmäßigen Screening auf SARS-CoV-2 und Influenzaviren in Krankenhäusern und Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen in Vorbereitung auf den Herbst?

Über eine RM bis morgen, 12.00 wäre ich sehr dankbar, da die Beantwortung dieser Frage für die Verlängerung der TestV sehr relevant ist.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Anna-Rachel Germelmann

Referentin

Referat 614 – Infektionskrankheiten

Bundesministerium für Gesundheit

Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-3298

anna-rachel.germelmann@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de <<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>

www.twitter.com/BMG_Bund <http://www.twitter.com/BMG_Bund>

www.facebook.com/BMG.Bund <<http://www.facebook.com/BMG.Bund>>

www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/ <<http://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/>>

www.zusammengegencorona.de <<http://www.zusammengegencorona.de/>>

Hinweis zu externen Links:

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html>> entnehmen.

From: "[an der Heiden, Maria](mailto:AnderHeidenMa@rki.de)" <AnderHeidenMa@rki.de>

To: "Scheidt-Nave, Christa" <Scheidt-NaveC@rki.de>
[nCoV-Lage](mailto:nCoV-Lage@rki.de) <nCoV-Lage@rki.de>
Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>

Date: 7/4/2022 6:51:51 AM

Subject: AW: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung - Rueckmeldung 1 Satz an LZ
/Krisenstab

Liebe Frau Scheidt-Nave,

sicherlich können wir die Lage-AG am Mittwoch so organisieren, dass die Beiträge zur Risikobewertung erst drangenommen werden, wenn Sie auch eingewählt sind. Wir halten also erst mal fest, dass der Beitrag frühestens ab 11.30 Uhr aufgerufen wird.

Bei Durchsicht der von Ihnen entworfenen Passage habe ich den Eindruck, dass wir die Sätze vorerst nicht in die Risikobewertung aufnehmen sollten. Ich persönlich würde eher warten, bis die Evidenz etwas harter ist und wir bspw. schreiben könnten:

"Hinweise aus mehreren Studien zeigen, dass eine vollständige COVID-19-Schutzimpfung die Häufigkeit und Ausprägung von Long-COVID-Symptomen mildert." Bzw. "keinen Einfluss auf die Häufigkeit und Ausprägung von Long-COVID-Symptomen hat".

Wie geschrieben, das ist mein persönlicher Eindruck.

Mehr dann spätestens am Mittwoch.

VG Maria an der Heiden

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de>

Gesendet: Sonntag, 3. Juli 2022 12:37

An: [nCoV-Lage](mailto:nCoV-Lage@rki.de) <nCoV-Lage@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; an der Heiden, Maria <AnderHeidenMa@rki.de>

Cc: Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de>; Poethko-Mueller, Christina <Poethko-MuellerC@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-AlmeidaM@rki.de>; Sarganas Margolis, Giselle <Sarganas-MargolisG@rki.de>; Nubel, Julia <NubelJ@rki.de>; Mumm, Rebekka <MummR@rki.de>; Mikolajewska, Agata <MikolajewskaA@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung - Rueckmeldung 1 Satz an LZ
/Krisenstab

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wegen eines kurzen Updates zum Stand der systematischen Bestandsaufnahme waren wir sehr dankbar für Rückmeldung, wann der kurze Beitrag in etwa eingeplant ist.

Wegen einer vorangehenden Konferenz mit dem BMG zu Long COVID konnten wir erst gegen 11:30

zum Krisenstab dazu kommen.

Viele Grü?e

Christa Scheidt-Nave

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Scheidt-Nave, Christa <>

Gesendet: Freitag, 1. Juli 2022 13:53

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; an der Heiden, Maria <AnderHeidenMa@rki.de>

Cc: Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de>; Poethko-Mueller, Christina <Poethko-MuellerC@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-AlmeidaM@rki.de>; Sarganas Margolis, Giselle <Sarganas-MargolisG@rki.de>; Nubel, Julia <NubelJ@rki.de>; Mumm, Rebekka <MummR@rki.de>; Mikolajewska, Agata <MikolajewskaA@rki.de>

Betreff: WG: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung - Rueckmeldung 1 Satz an LZ /Krisenstab

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier unser abgestimmter Formulierungsvorschlag:

"Es gibt Hinweise aus mehreren Studien, dass eine vollständige SARS-CoV-2-Schutzimpfung die Häufigkeit und Ausprägung von Long-COVID-Symptomen mildern kann. Die Evidenz zu dieser Fragestellung ist jedoch heterogen und bisherige systematische Bestandsaufnahmen kommen noch zu keinem endgültigen Ergebnis."

Referenzen (siehe Anhang):

[https://ukhsa.koha-ptfs.co.uk/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?](https://ukhsa.koha-ptfs.co.uk/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=fe4f10cd3cd509fe045ad4f72ae0dfff)

[id=fe4f10cd3cd509fe045ad4f72ae0dfff](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.06.20.22276621v1.full.pdf)

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.06.20.22276621v1.full.pdf>

Zur RKI-internen Information:

hier noch der Link zum Studienprotokoll des am RKI durchgeführten systematischen Review:

https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=328481

Viele Grü?e

Christa Scheidt-Nave

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Lottes, Matthaus <LottesM@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Donnerstag, 30. Juni 2022 12:37

An: Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de>; Poethko-Mueller, Christina <Poethko-MuellerC@rki.de>; Sarganas Margolis, Giselle <Sarganas-MargolisG@rki.de>; Mikolajewska, Agata <MikolajewskaA@rki.de>; Mumm, Rebekka <MummR@rki.de>; Nubel, Julia <NubelJ@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-

AlmeidaM@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; an der Heiden, Maria
<AnderHeidenMa@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung

Liebe Christa,

vielen Dank für deine Rückmeldung zur derzeitigen Evidenzlage. Ein konkreter Satzvorschlag und der Zwischenstand zum syst. Review für nächsten Mittwoch ist aus Sicht der Koordinierungsstelle sehr gern gewünscht.

Viele Grüße

Matthaus Lottes (Koordinierungsstelle COVID-19)

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de>

Gesendet: Donnerstag, 30. Juni 2022 12:16

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Harder, Thomas <HarderT@rki.de>; STIKO-Geschäftsstelle <STIKO-Geschäftsstelle@rki.de>; Poethko-Mueller, Christina <Poethko-MuellerC@rki.de>; Sarganas Margolis, Giselle <Sarganas-MargolisG@rki.de>; Mikolajewska, Agata <MikolajewskaA@rki.de>; Mumm, Rebekka <MummR@rki.de>; Nubel, Julia <NuebelJ@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-AlmeidaM@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir können diese Frage nicht abschließend beantworten, weil die Evidenzlage bislang nicht klar ist. Unser gemeinsames systematisches Review am RKI dazu ist noch in Arbeit. Das Studienprotokoll ist in Prospero publiziert. Die finalen Ergebnisse wollen wir zu einem späteren Zeitpunkt in diesem Jahr im Krisenstab vorstellen. Hierzu ist bereits eine Terminabsprache erfolgt.

Einen Satz zur Risikobewertung wurden wir ähnlich wie in den aktualisierten FAQs zu COVID-19 Langzeitfolgen vorschlagen - hier wird klar gesagt, dass es Hinweise auf eine protektive Wirkung gibt, eine abschließende Bewertung jedoch aussteht.

Bitte Bescheid geben, ob es so ok ist. Den konkreten Vorschlag für einen Satz formulieren wir gerne für Mittwoch. Ebenfalls können wir einen kurzen Zwischenstand zum syst. Review am Mittwoch vorstellen.

Viele Grüße

Christa Scheidt-Nave

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Lehfeld, Ann-Sophie <LehfeldA@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Mittwoch, 29. Juni 2022 14:23

An: Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de> ; Nubel, Julia <NuebelJ@rki.de> ; STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de>
Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>
Betreff: WG: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir bitten um Übernahme der folgenden Aufgaben:

Es soll geklärt werden, ob die Impfung einen schützenden Effekt gegenüber Long-COVID hat und es soll entsprechend ein Satz für die Risikobewertung formuliert werden.

Als Frist haben wir nächsten Mittwoch, den 06.07.2022, notiert, damit es im Krisenstab besprochen werden kann.

Herzlichen Dank und viele Grü?e
Ann-Sophie

Koordinierungsstelle COVID-19

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: an der Heiden, Maria <AnderHeidenMa@rki.de>
Gesendet: Mittwoch, 29. Juni 2022 14:17
An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>
Cc: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>
Betreff: [ID 5444] AW: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung

Liebes Koordinierungsstellen-Team,

es ergibt sich noch eine Aufgabe im Bezug auf die Risikobewertung.

Jedoch soll das Ergebnis nicht in die jetzt versandte Version sondern in die nächste Version aufgenommen werden.

Bitte vergebte eine Aufgabe federführend an die zuständige OE in Abt.2, die sich mit Long-COVID befasst sowie an FG33. Es soll geklärt werden, ob die Impfung einen schützenden Effekt gegenüber Long-COVID hat und entsprechend ein Satz für die Risikobewertung formuliert werden.

Als Frist bitte ich Euch zu vergeben die nächste Lage-AG-Sitzung, also den 6. Juli. Dort sollten die Ergebnisse berichtet werden.

Dankeschon!

VG Maria

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: an der Heiden, Maria <>
Gesendet: Mittwoch, 29. Juni 2022 14:13
An: webmaster <webmaster@rki.de>
Cc: Verteiler-Krisenstab <Verteiler-Krisenstab@rki.de>

Betreff: COVID-19: Aktualisierte Risikobewertung

Liebes Webmaster-Team,

bitte findet in der Anlage die heute in der Lage-AG abgestimmte aktualisierte Version der Risikobewertung mit Bitte um Veröffentlichung auf der RKI-Internetseite.

Die Versionen sind auch hier abgelegt:

S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-06-29-Lage-AG <file://rki.local/daten/Wissdaten/RKI_nCoV-Lage/1.Lagemanagement/1.3.Besprechungen_TKs/1.Lage_AG/2022-06-29-Lage-AG>

VG Maria an der Heiden

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>

Gesendet: Mittwoch, 22. Juni 2022 12:13

An: Verteiler-Krisenstab <verteiler-krisenstab@rki.de>

Betreff: Risikobewertung_COVID_Entwurf_2022-06-22.docx

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Anlage finden Sie eine minimale Überarbeitung der Risikobewertung zu COVID-19. Die Teile zu BA.2. sind gestrichen.

Das Dokument soll im Rahmen der nächsten Sitzung finalisiert werden. Es liegt auch hier:

S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-06-22_Lage-AG\Risikobewertung_COVID_Entwurf_2022-06-22.docx <\\rki.local\daten\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-06-22_Lage-AG\Risikobewertung_COVID_Entwurf_2022-06-22.docx>

Viele Grü?e,

Ute Rexroth

From: "[Schaade, Lars](mailto:SchaadeL@rki.de)" <SchaadeL@rki.de>

To: "[Rexroth, Ute](mailto:RexrothU@rki.de)" <RexrothU@rki.de>
[nCoV-Lage](mailto:nCoV-Lage@rki.de) <nCoV-Lage@rki.de>
["Hamouda, Osamah"](mailto:HamoudaO@rki.de) <HamoudaO@rki.de>

Date: 7/8/2022 3:09:56 PM

Subject: WG: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prüfung // Quarantäne, Risikogruppen, Impfstoffe

zK, lassen Sie uns am Montag besprechen, wie wir damit umgehen.

Gru?

LS

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Kautz, Hanno -RL -L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>

Gesendet: Freitag, 8. Juli 2022 17:06

An: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Cc: Rottmann-Großner, Heiko -UAL -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>

Betreff: WG: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prüfung // Quarantäne, Risikogruppen, Impfstoffe

Lieber Herr Schaade,

entschuldigen Sie bitte, dass ich mich frühzeitig aus dem Call gerade verabschieden musste. Minister ist Minister...

Zu Ihrem Anliegen, die Kommunikation mit Scholz& Friends zu ordnen. Da musste ich mich eines Besseren belehren lassen. Die direkte Kommunikation über den Steuerungskreis und auch direkt mit dem RKI (Herrn Wichmann oder Frau Grams-Nobmann, beide derzeit im Urlaub) ist geübte Praxis seit dem Start unserer Webseite [zusammengencorona.de](https://www.zusammengencorona.de). Ich war selber erstaunt darüber. Aber wenn das bislang gut funktioniert hat, sollte man ein funktionierendes Kommunikationssystem jetzt nicht ohne Not unterbrechen.

Ich hoffe, Sie können die Urlaubszeit der beiden Kollegen, die offenbar sonst direkt angesprochen werden, überbrücken.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Hanno Kautz
Pressesprecher, Leiter Referat L 7

Referat Presse, Internet, Soziale Netzwerke Bundesministerium für Gesundheit

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-2224

Fax +49 (0)30 18441-1245

Mobil

Hanno.Kautz@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

www.twitter.com/BMG_Bund

www.facebook.com/BMG.Bund

Hinweis zu externen Links.

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz entnehmen.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Shetty, Sanjogtha -L7 BMG <Sanjogtha.Shetty@bmg.bund.de>

Gesendet: Mittwoch, 6. Juli 2022 17:08

An: Kautz, Hanno -RL -L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>

Cc: Grunding-Peters, Daniel -L7 BMG <Daniel.Gruending@bmg.bund.de>

Betreff: AW: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prufung // Quarantane, Risikogruppen, Impfstoffe

Lieber Herr Kautz,

ja, das sind Artikel, die bei zgc.de eingestellt sind und laufend aktualisiert werden.

Der Prozess läuft seit zweieinhalb Jahren so, dass die Agentur das fachlich prüfen lässt und wir (L7 Socials) die finale redaktionelle Abnahme vornehmen.

Dabei ist S&F immer auf die Mitglieder des STK, unter anderem eben auch das RKI (Herr Wichmann oder Frau Grams-Nobmann, beide derzeit im Urlaub) zugegangen.

Das ist so vereinbart und hat bislang immer gut funktioniert, spart allen Beteiligten unnötige Schleifen.

Wir sehen nicht so recht, warum wir den Prozess jetzt umstellen sollten - hier fehlt aus unserer Sicht die Absprache innerhalb des RKI.

Viele Grüße

Sanjogtha Shetty

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Kautz, Hanno -RL -L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>

Gesendet: Mittwoch, 6. Juli 2022 16:52

An: Shetty, Sanjogtha -L7 BMG <Sanjogtha.Shetty@bmg.bund.de>; Grunding-Peters, Daniel -L7 BMG <Daniel.Gruending@bmg.bund.de>

Betreff: WG: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prufung // Quarantane,

Risikogruppen, Impfstoffe

Liebe Frau Shetty, lieber Daniel,

haben wir damit überhaupt etwas zu tun? Oder ist das Sache von L8? Dass Scholz& Friends direkt aufs RKI zugreift, geht natürlich überhaupt nicht.

Mit freundlichen Grüßen

Hanno Kautz
Pressesprecher, Leiter Referat L 7

Referat Presse, Internet, Soziale Netzwerke Bundesministerium für Gesundheit

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Tel. +49 (0)30 18441-2224
Fax +49 (0)30 18441-1245
Mobil + [REDACTED]
Hanno.Kautz@bmg.bund.de
www.bundesgesundheitsministerium.de
www.twitter.com/BMG_Bund
www.facebook.com/BMG.Bund

Hinweis zu externen Links.

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz entnehmen.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rottmann-Grossner, Heiko -UAL -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>

Gesendet: Montag, 4. Juli 2022 12:45

An: L7-Internet BMG <Internetredaktion@bmg.bund.de>; Kautz, Hanno -RL -L7 BMG <Hanno.Kautz@bmg.bund.de>

Cc: Ziegelmann Dr., Antina -RL -616 BMG <Antina.Ziegelmann@bmg.bund.de>; Perea, Ines -RL 615 BMG <Ines.Perea@bmg.bund.de>; Keinhorst Dr., Irene -614 BMG <irene.keinhorst@bmg.bund.de>; RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>

Betreff: WG: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prüfung // Quarantäne, Risikogruppen, Impfstoffe

Lieber Herr Kautz,

dies hier zum Anlass nehmend (hatte diesbzgl. eine Diskussion mit RKI-VP Schaade), mussten wir uns

am Freitag im BMG-RKI Jour fixe mal über die "Auftragswege" unterhalten.

Da kann ich die Bitte des RKI nachvollziehen, dass man dies etwas "offizieller" von BMG-Seite haben möchte.

Dafür mussten wir uns ein "Verfahren" gemeinsam überlegen.

Besten Dank und viele Grü?e

Heiko Rottmann

61; -3700

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>

Gesendet: Montag, 4. Juli 2022 12:29

An: Rottmann-Gro?ner, Heiko -UAL -61 BMG <Heiko.Rottmann-Grossner@bmg.bund.de>

Betreff: WG: [ID 5454] Neuer "Erlass" von Scholz& Friends // WG: Bitte um Prufung // Quarantane, Risikogruppen, Impfstoffe

Lieber Herr Rottmann-Gro?ner,

Wie besprochen.

Danke, dass Sie sich der Sache annehmen.

Grü?

LS

Von: Maria Korosteljow <maria.korosteljow@s-f.com>

Gesendet: Freitag, 1. Juli 2022 18:22

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: S&F BER Corona Website <corona-website@s-f.com>

Betreff: Bitte um Prufung // Quarantane, Risikogruppen, Impfstoffe

Sehr geehrte RKI-Kolleg:innen,

anbei finden Sie drei weitere zgC.de Artikel mit bitte um baldige Prufung.

Herzlichen Dank und ein schönes Wochenende in die Runde

Maria Korosteljow

PR Consulting

maria.korosteljow@s-f.com <mailto:maria.korosteljow@s-f.com> | +49 30 700186-663

Scholz & Friends Berlin GmbH

Litfa?-Platz 1 | 10178 Berlin | Germany

s-f.com <<https://s-f.com>> | linkedin <<https://de.linkedin.com/company/scholz-&-friends>> | instagram <<https://www.instagram.com/scholzandfriends>>

Cannes Lions 2021 10 Lions // GWA Effie 2021 6 Effies The Drum World Creative Rankings 2021 Best German Agency WARC Creative 100 Ranking 2021 Best German Agency The Best Agency Award 2021 Best German Agency

From: ["Engel, Anja" <EngelA@rki.de>](mailto:EngelA@rki.de)

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 7/11/2022 6:44:53 AM

Subject: COVID-Krisenstab: Abt2 Beitrag am 13.07. - Bitte auf die Agenda

Liebes Lagezentrum,

wie von Herrn Schaade gewünscht und bereits abgestimmt, wird sich die Abteilung 2 mit max. 10 Min. (eher 5 Min.) Vortragen zu "NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie" in den kommenden Krisenstabs-Sitzungen beteiligen.

Am kommenden Mittwoch, den 13.07. wird Frau Christa Scheidt-Nave und Frau Maria Silva de Almeida (FG25) zum Thema "Vorstellung des BMG Projekts „Post-COVID-19“ und andere Long-COVID Initiativen im RKI" vortragen.

Bitte nehmen Sie das Thema auf die Agenda für den 13.07.
Die Einwahldaten zur Krisenstabssitzung werde ich gerne weiterleiten.

Vielen Dank vorab und beste Grü?e
Anja Engel

From: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

To: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)

["Kroeger, Stefan" <KroegerS@rki.de>](mailto:KroegerS@rki.de)

["Buda, Silke" <BudaS@rki.de>](mailto:BudaS@rki.de)

["Sievers, Claudia" <SieversC@rki.de>](mailto:SieversC@rki.de)

Date: 7/26/2022 9:15:31 AM

Subject: [ID 5501] COVID-19-AG am Mittwoch: Einordnung Virulenz BA 5?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie bereits von Ute angefragt, schicken wir die Anfrage zur Einordnung der Virulenz von BA5 zur Lage AG nochmal als Aufgabe, damit diese Anfrage nicht untergeht und dokumentiert ist.

Aufgabe ID 5501

Federführende RKI-Organisationseinheit: FG36, PHI

Frist: Mittwoch, 27.07.2022

Bei Erledigung: bitte E-Mail an nCoV-Lage@rki.de

Im Betreff bitte die Aufgaben ID angeben.

Anmerkung: falls Sie den Eindruck haben, dass die Aufgabe falsch zugewiesen wurde oder der Auftrag nicht verständlich ist, bitten wir um Rückmeldung!

Vielen Dank.

Mit besten Grüßen,

i.A. Alexandra Holzer

Koordinierungsstelle COVID-19

Robert Koch-Institut

Tel.: 030 18754 3063

E-Mail: nCoV-Lage@rki.de

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 26. Juli 2022 09:06

An: Kroeger, Stefan <KroegerS@rki.de>; Buda, Silke <BudaS@rki.de>; Sievers, Claudia <SieversC@rki.de>

Cc: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de); [public-health-intelligence <public-health-intelligence@rki.de>](mailto:public-health-intelligence@rki.de)

Betreff: [ID 5501] COVID-19-AG am Mittwoch: Einordnung Virulenz BA 5?

Liebe alle,

Herr Wieler bittet für die Lage-AG am Mittwoch um eine Einordnung der Virulenz von BA 5. Habt Ihr da was? Konnt Ihr was vorbereiten?

Ich setzte auch PHI in CC, falls dem Team bei der Vorbereitung der internat. Lage was auffallen sollte.

Viele Grü?e,
Ute

Dr. med. Ute Rexroth, MPH MSc

Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Leiterin
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Leiterin OGD-Kontaktstelle | Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme

Seestr. 10
13353 Berlin

E-Mail: rexrothu@rki.de
Tel.: 030 18 754-3259
FAX: 030 18 754-3533

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bitte folgen Sie uns auf Twitter: https://twitter.com/rki_de

Bitte abonnieren Sie unseren Newsletter für Ärzte: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Newsletter/newsletter_node.html

From: ["Rexroth, Ute"](#)

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 8/2/2022 3:33:00 PM

Subject: AW: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen

Liebe Petra,

da hier um RKI-Stellungnahme gebeten ist, denke ich, dass wir die fachliche Haltung des RKI von Ende März 2022 wiederholen können. Als AL 3 i.v. stehe ich zumindest noch dahinter. Natürlich konnte die leichtere Übertragbarkeit der aktuell zirkulierenden Varianten die fachliche Einschätzung anderer Teile im RKI revidiert haben. Bei dem Entlassmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist das RKI auch noch sehr streng.

Deswegen sollte unsere Stellungnahme entweder im Lage-AG diskutiert oder zumindest von der RKI-Leitung freigegeben werden.

Ich schlage vor:

" Liebe Frau Germelmann,

Sie bitten um Stellungnahme zu den in der Presse geforderten Anpassungen der Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen auch vor dem Hintergrund, dass sich andere Länder, wie Frankreich und Österreich, bereits für Anpassungen entschieden haben. Leider liegt uns nicht vor, auf welche konkreten Pressestimmen Sie sich berufen.

Die Absonderungsregelungen sind aktuell Empfehlungen des Bundes und werden durch das RKI lediglich ausgewiesen (s. bitte auch https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantäne/Absonderung.html). Sie beruhen nicht mehr primär auf Basis von Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz durch das RKI, sondern wurden politisch durch die MPK, der GMK bzw. durch Herrn Minister Lauterbach selbst festgelegt. Das RKI hatte Ende März 2022 in dem Erlassbericht (ID 5239) in Vorbereitung auf die damalige GMK-Sitzung empfohlen, in der Allgemeinbevölkerung die verpflichtende Absonderung bei Infizierten und Kontaktpersonen durch eine freiwillige Selbstisolation aller Personen mit jeglicher akuten respiratorischen Symptomen - unabhängig von der Labordiagnose - für mind. 3-5 Tage zu ersetzen. In besonders vulnerablen Lebensbereichen (Krankenhaus, Pflege) sollten strengere Regeln greifen. Die Empfehlung zur Aufhebung der staatlich angeordneten Absonderung wurde politisch jedoch nicht aufgegriffen, sondern das eine verpflichtende Absonderung für 5 Tage bei Infektionsnachweis formuliert, die das RKI dann auswies. Fachlich hält das RKI weiterhin ein Ersetzen der der Absonderungspflicht für nachweislich mit SARS-CoV-2-Infizierte Personen durch eine freiwillige, aber konsequent umgesetzte Selbstisolation jeglicher mit akuten respiratorischen Symptomen erkrankte Personen für sinnvoll, zumal von dieser Maßnahme auch die Übertragung anderer akuter Atemwegserreger reduziert wird.

Was die Entisolierung von COVID-19-Patient*innen im stationären Bereich sowie Bewohner*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen betrifft (s. bitte Infografik im Anhang) muss hier regelhaft an Menschen mit Risikofaktoren für einen schweren Verlauf und ggf. unzureichendem Immunschutz im Umfeld gedacht werden. Daher empfiehlt das RKI hier strengere Regelungen.

Bitte setzte das morgen auf die Agenda der Lage-AG. Es reicht ja eben noch zeitlich. Vielleicht können wir noch internationale Aspekte einbauen.

Viele Grü?e,
Ute

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: von Berenberg-Gossler, Petra <Berenberg-GosslerP@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage
Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 15:54
An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>
Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Buda, Silke <BudaS@rki.de>
Betreff: WG: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsma?nahmen

Liebe Ute,

hier kam ein weiterer Erlass zu dem Thema Isolation, diesmal von Frau Germelmann:

Wortlaut: "Ich bitte um Stellungnahme zu den in der Presse geforderten Anpassungen der Quarantane- und Isolierungsma?nahmen auch vor dem Hintergrund, dass sich andere Lander, wie Frankreich und Osterreich, bereits fur Anpassungen entschieden haben."

Silke schlägt vor, so zu antworten, wie Du das in der Gesprächsnotiz im Anhang formuliert hast. Konnte ein AE so aussehen?

Sehr geehrte Frau Germelmann,

die Absonderungsregelungen sind Empfehlungen des Bundes und werden durch das RKI lediglich ausgewiesen (s. bitte auch https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html). Sie beruhen nicht mehr primar auf Basis von wissenschaftlicher Evidenz durch das RKI, sondern wurden politisch durch die MPK, der GMK bzw. durch Herrn Minister Lauterbach selbst festgelegt. Daher kann das RKI nicht mit einer Evidenzgrundlage fur die 5-Tage-Regelung dienen. Bestenfalls konnte basierend auf Annahmen zur Kinetik der Virusausscheidung und der Immunitat der Bevolkerung das mit einer zeitlichen Verkurzung oder einer Aufhebung akzeptierte Restrisiko fur die Generierung von Sekundarfallen ausgehend von dem Fall geschätzt werden. Ahnliche Berechnungen hatte ein Team in der Vergangenheit vorgenommen. Sollte dieses gewünscht sein, bitten wir um einen entsprechenden Erlass. Eine Umsetzung ist aber wahrscheinlich in der Sommerzeit nicht kurzfristig moglich.

Was die Entisolierung von Patient*innen im stationaren Bereich sowie Bewohner*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen betrifft (s. bitte Infografik im Anhang) muss hier regelhaft an Menschen mit Risikofaktoren fur einen schweren Verlauf und ggf. unzureichendem Immunschutz im Umfeld gedacht werden. Es liegen dem RKI derzeit kein Daten vor, die zu einer anderen Bewertung fuhren wurden.

Mit freundlichen Grü?en

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Buda, Silke <BudaS@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 14:59

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; AL1-Sekretariat <AL1-Sekretariat@rki.de>; Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Buchholz, Udo <BuchholzU@rki.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Wolff, Thorsten <WolffT@rki.de>; Durrwald, Ralf <DuerrwaldR@rki.de>; Nitsche, Andreas <NitscheA@rki.de>; Michel, Janine <MichelJ@rki.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>
Betreff: AW: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Lieber Jonathan,

das scheint mir die gleiche Anfrage (aus dem gleichen Fachreferat bei geringfügig anderem Anlass) zu sein, die Ute Rexroth vor kurzem dankenswerter Weise beantwortet hat (E-Mail angehangt). Mehr kann FG36 bis morgen auch nicht beitragen. Wie Michaela Niebank (ZBS7) bereits geschrieben hat: Wir verweisen auf unseren Seiten darauf, dass das Empfehlungen des Bundes sind. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantane/Absonderung.html
Insofern können wir zu einer möglichen Anpassung auch keine Stellung nehmen.

VG, Silke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Baum, Jonathan <BaumJ@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 14:36

An: Haas, Walter <HaasW@rki.de>; Buda, Silke <BudaS@rki.de>; Buchholz, Udo <BuchholzU@rki.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Wolff, Thorsten <WolffT@rki.de>; Durrwald, Ralf <DuerrwaldR@rki.de>; Nitsche, Andreas <NitscheA@rki.de>; Michel, Janine <MichelJ@rki.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; Streib, Viktoria <StreibV@rki.de>; AL1-Sekretariat <AL1-Sekretariat@rki.de>

Betreff: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Liebe Kolleg:innen,

wir bitten um Unterstützung beim Erlass zur „Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen“, auch vor dem Hintergrund, dass sich andere Länder wie Frankreich und Österreich bereits für Anpassungen entschieden haben (s.u.).

Die kurze Frist von morgen 03.08.2022 14:00 bitten wir zu entschuldigen.

Bei der Erledigung von Erlassen: Beantwortung sollte immer durch das Lagezentrum erfolgen!

Aufgabe ID 5515

Federführende RKI-Organisationseinheit: FG36

Weitere RKI-Organisationseinheit/en: AL1, FG17, ZBS1

Bearbeitende/r: Haas, Buda, Buchholz (FF), Mielke, Nitsche, Michel, Wolff, Durrwald

Thema: Erlass

Beschreibung: Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Dokumentenordner: S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\3.Kommunikation\3.1.Erlasse_2022\2022-08-02_ID5515_Stellungnahme_zur_Forderung_der_Anpassung_der_Quarantane-und_Isolierungsmaßnahmen <file:///rki.local/daten/Wissdaten/RKI_nCoV-Lage/3.Kommunikation/3.1.Erlasse_2022/2022-08-02_ID5515_Stellungnahme_zur_Forderung_der_Anpassung_der_Quarantane-und_Isolierungsmaßnahmen>

Frist: 03.08.2022, 14:00

Bei Erledigung: bitte E-Mail an nCoV-Lage@rki.de <mailto:nCoV-Lage@rki.de>

Im Betreff bitte die Aufgaben ID angeben.

Anmerkung: falls Sie den Eindruck haben, dass die Aufgabe falsch zugewiesen wurde oder der Auftrag nicht verständlich ist, oder wenn Sie sie einer anderen Person zuteilen, bitten wir um Rückmeldung!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Beste Grüße

Jonathan Baum

i.A.

Koordinierungsstelle COVID-19

Mo-Fr 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Robert Koch-Institut

Seestr. 10

13353 Berlin

Tel.: 030 18754 3063

E-Mail: nCoV-Lage@rki.de

Internet: www.rki.de

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Niebank, Michaela <NiebankM@rki.de> Im Auftrag von ZBS7-Lage

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 12:48

An: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Cc: [ZBS7-Lage <ZBS7-Lage@rki.de>](mailto:ZBS7-Lage@rki.de)

Betreff: AW: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen

Liebes Lagezentrum,

die aktuell gultigen Empfehlungen zu Quarantane und Isolation sind Empfehlungen des Bundes:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html?nn=13490888, Empfehlung Bund

Eine Bewertung der notwendigen Isolationsdauer hängt von verschiedenen Kriterien ab, u.a. Virusausscheidung, Empfanglichkeit der Bevölkerung, usw. Diese Kriterien werden fachlich von ZBS1 /Abt.1 bewertet. Ob hier neue Informationen vorliegen ist uns nicht bekannt.

Die fachliche Zuständigkeit zu Quarantane und Isolation im ambulanten Bereich liegt meines Wissens bei FG 36.

Deshalb unser Vorschlag die FF für Isolation und Quarantane in der breiten Bevölkerung an FG 36 zu geben in Zusammenarbeit mit Abt.1 und ZBS1 zur fachlichen Prüfung bzgl. neuer Informationen.

Die Zuständigkeit von ZBS7 liegt lediglich bei der Koordinierung der Erstellung von Isolierung /Entisolierungskriterien im stationären Bereich und in Altenheimen und Pflegeheimen.

Vielen Dank und viele Grü?e,

Michaela Niebank

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Lottes, Matthaus <LottesM@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 11:44

An: ZBS7-Lage <ZBS7-Lage@rki.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Betreff: WG: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Prioritat: Hoch

Liebe Kolleg:innen,

wir bitten euch um die Erlassbearbeitung und „Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen“ auch vor dem Hintergrund, dass sich andere Länder, wie Frankreich und Österreich, bereits für Anpassungen entschieden haben.

Die Frist ist bereits !!!morgen, 14:00 Uhr!!!

Wir haben die folgende Aufgabe vergeben:

Bei der Erledigung von Erlassen: Beantwortung sollte immer durch das Lagezentrum erfolgen!

Aufgabe ID 5515

Federführende RKI-Organisationseinheit: ZBS7

Weitere RKI-Organisationseinheit/en: xx

Bearbeitende/r: xx

Thema: Erlass

Beschreibung: Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Dokumentenordner: \\rki.local\daten\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\3.Kommunikation\3.1.Erlasse_2022\2022-08-02_ID5515_Stellungnahme_zur_Forderung_der_Anpassung_der_Quarantane-und_Isolierungsmaßnahmen <file://rki.local/daten/Wissdaten/RKI_nCoV-Lage/3.Kommunikation/3.1.Erlasse_2022/2022-08-02_ID5515_Stellungnahme_zur_Forderung_der_Anpassung_der_Quarantane-und_Isolierungsmaßnahmen>

Frist: 03.08.2022, 14:00

Bei Erledigung: bitte E-Mail an nCoV-Lage@rki.de <mailto:nCoV-Lage@rki.de>

Im Betreff bitte die Aufgaben ID angeben.

Anmerkung: falls Sie den Eindruck haben, dass die Aufgabe falsch zugewiesen wurde oder der Auftrag nicht verständlich ist, oder wenn Sie sie einer anderen Person zuteilen, bitten wir um Rückmeldung!

Vielen Dank und viele Grüße

Matthaus Lottes (Koordinierungsstelle COVID-19)

Von: Germelmann Dr., Anna-Rachel -614 BMG <Anna-Rachel.Germelmann@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 11:21

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>; 614 BMG <614@bmg.bund.de>

Betreff: ID 5515 - Stellungnahme zur Forderung der Anpassung der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen

Priorität: Hoch

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bitte um Stellungnahme zu den in der Presse geforderten Anpassungen der Quarantane- und Isolierungsmaßnahmen auch vor dem Hintergrund, dass sich andere Länder, wie Frankreich und Österreich, bereits für Anpassungen entschieden haben.

Auf Grund der uns gesetzten Frist bis morgen, DS, bitte ich um Zulieferung bis morgen, Mittwoch, den 3. August, 14.00.

Die Kurzfristigkeit bitte ich vielmals zu entschuldigen!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Anna-Rachel Germelmann

Referentin

Referat 614 – Infektionskrankheiten

Bundesministerium für Gesundheit

Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-3298

anna-rachel.germelmann@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de <<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>

www.twitter.com/BMG_Bund <http://www.twitter.com/BMG_Bund>

www.facebook.com/BMG.Bund <<http://www.facebook.com/BMG.Bund>>

www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/ <<http://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/>>

www.zusammengegencorona.de <<http://www.zusammengegencorona.de/>>

Hinweis zu externen Links:

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html>> entnehmen.

From: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)
To: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)
Date: 8/2/2022 3:52:51 PM
Subject: WG: [ID 5516] Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Liebe Ute,

hier der Erlass zu Kindern mit Vorerkrankungen und erhöhtem Risiko für schweren COVID-Verlauf. Die Fragen lauten:

1. bei welchen Vorerkrankungen und der damit einhergehenden Gefahr eines schwerwiegenden Corona-Verlauf derzeit Kindern und Jugendlichen unter Umständen kein Schulbesuch möglich sein könnte?
2. Wie viele Kinder und Jugendliche wären davon deutschlandweit betroffen?

Viele Grüße
Petra

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Poethko-Mueller, Christina <Poethko-MuellerC@rki.de>

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 16:47

An: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Cc: Long-Covid <Long-Covid@rki.de>; Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-AlmeidaM@rki.de>

Betreff: AW: [ID 5516] Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Betreff: AW: [ID 5516] Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Vertretung der FGL des federführenden FG25 und für die Projektgruppe "Long COVID" am RKI übersende ich die folgende Stellungnahme zur Aufgabe ID5516:

Zu der Frage, welche Vorerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einen schwerwiegenden Verlauf einer SARS-CoV-2 Infektion mit nachfolgenden, den Schulbesuch einschränkenden Gesundheitseinschränkungen prädisponieren und in welchem Ausmaß Kinder und Jugendliche in Deutschland betroffen sein könnten, liegen uns leider keine Daten vor. Die Datenlage zu Long COVID ist für Kinder und Jugendliche insgesamt noch sehr eingeschränkt. Die Erkenntnisse zu dieser speziellen Frage beschränken sich aktuell im Wesentlichen auf Bestandsaufnahmen bisheriger Studien, die zeigen, dass Kinder mit Vorerkrankungen häufiger von gesundheitlichen Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion oder COVID-19-Erkrankung betroffen sind. Es ist jedoch nicht hinreichend geklärt, für welche Vorerkrankungen dieser Zusammenhang angenommen werden muss und wie groß der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Vorerkrankungen ist, der wegen dieser gesundheitlichen Langzeitfolgen nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen.

Behnood SA et al. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. Journal of Infection 2022, Volume 84, Issue 2, Pages 158-170,ISSN 0163-4453, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.11.011>.

Zimmermann, P et al. How Common is Long COVID in Children and Adolescents? The Pediatric Infectious Disease Journal: December 2021 - Volume 40 - Issue 12 - p e482-e487
doi: 10.1097/INF.0000000000003328

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Christina Poethko-Müller

Dr. Christina Poethko-Müller, MSc

Robert Koch-Institut

Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring FG 25 Körperliche Gesundheit Tel. +49(0)30 18754-3193

e-mail: poethko-muellerc@rki.de

Postadresse:

Postfach 650261

13302 Berlin

Besucheradresse:

General-Pape-Str 62-66

12101 Berlin

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Baum, Jonathan <BaumJ@rki.de> Im Auftrag von nCoV-Lage

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 14:22

An: Long-Covid <Long-Covid@rki.de>; Scheidt-Nave, Christa <Scheidt-NaveC@rki.de>; Silva de Almeida, Maria <Silva-de-AlmeidaM@rki.de>

Cc: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Betreff: [ID 5516] Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir bitten um Unterstützung beim folgenden Erlass des BMG zu Vorerkrankungen bei Kindern und dem deswegen möglicherweise nicht möglichen Schulbesuch (s.u.).

Bei der Erledigung von Erlassen: Beantwortung sollte immer durch das Lagezentrum erfolgen!

Aufgabe ID 5516

Federführende RKI-Organisationseinheit: FG25

Weitere RKI-Organisationseinheit/en: xx

Bearbeitende/r: Scheidt-Nave, Silva de Almeida

Thema: Erlass

Beschreibung: Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Dokumentenordner: S:\\Wissdaten\\RKI_nCoV-Lage\\3.Kommunikation\\3.1.Erlasse_2022\\2022-08-02_ID5516_Vorerkrankungen Kinder <file://rki.local/daten/Wissdaten/RKI_nCoV-Lage/3.Kommunikation/3.1.Erlasse_2022/2022-08-02_ID5516_Vorerkrankungen%20Kinder>

Frist: 03.08.2022 DS

Bei Erledigung: bitte E-Mail an nCoV-Lage@rki.de

Im Betreff bitte die Aufgaben ID angeben.

Anmerkung: falls Sie den Eindruck haben, dass die Aufgabe falsch zugewiesen wurde oder der Auftrag nicht verständlich ist, oder wenn Sie sie einer anderen Person zuteilen, bitten wir um Rückmeldung!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Beste Grüße

Jonathan Baum

i.A.

Koordinierungsstelle COVID-19

Mo-Fr 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Robert Koch-Institut

Seestr. 10

13353 Berlin

Tel.: 030 18754 3063

E-Mail: nCoV-Lage@rki.de

Internet: www.rki.de

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Germelmann Dr., Anna-Rachel -614 BMG <Anna-Rachel.Germelmann@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 2. August 2022 13:29

An: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Cc: RKI-Fach-Erlasswesen <RKI-Fach-Erlasswesen@bmg.bund.de>; 614 BMG <614@bmg.bund.de>

Betreff: [ID 5516] Vorerkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liegen Ihnen Informationen vor

1. bei welchen Vorerkrankungen und der damit einhergehenden Gefahr eines schwerwiegenden Corona-Verlauf derzeit Kindern und Jugendlichen unter Umständen kein Schulbesuch möglich sein könnte?
2. Wie viele Kinder und Jugendliche wären davon deutschlandweit betroffen?

Über eine RM bis morgen, DS wäre ich Ihnen sehr dankbar!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Anna-Rachel Germelmann

Referentin

Bundesministerium für Gesundheit

Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

Tel. +49 (0)30 18441-3298

anna-rachel.germelmann@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de <<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>

www.twitter.com/BMG_Bund <http://www.twitter.com/BMG_Bund>

www.facebook.com/BMG.Bund <<http://www.facebook.com/BMG.Bund>>

www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/ <<http://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium/>>

www.zusammengegencorona.de <<http://www.zusammengegencorona.de/>>

Hinweis zu externen Links:

Auf Art und Umfang der übertragenen bzw. gespeicherten Daten hat das BMG keinen Einfluss.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nähere Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten im BMG können Sie der Datenschutzerklärung auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html> <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/datenschutz.html>> entnehmen.

Return-path: BudaS@rki.de

Subject: WG Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung

From: "Buda, Silke" <BudaS@rki.de>

To: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

CC:

BCC:

Liebes LZ, könnt Ihr bitte den Punkt: Aufnahmedaten (Krhs) zur Bewertung COVID-19-Schwere (Varianten) auf die Tagesordnung der heutigen Lage-AG setzen, bitte?
Danke und viele Grüße, Silke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mielke, Martin

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 11:31

An: Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Rexroth, Ute ; Krüger, Stefan ; Rexroth, Ute

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; AL1-Sekretariat

Betreff: Dann gerne am 3.8.2022 in der Lage-AG Gruß und Dank MM : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Dann gerne am 3.8.2022 in der Lage-AG
Gruß und Dank MM

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Buda, Silke

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 11:25

An: Eckmanns, Tim ; Rexroth, Ute ; Mielke, Martin ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; AL1-Sekretariat

Betreff: AW: Vorschlag AG Diagnostik : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Liebe alle, ich bin auch sehr interessiert, aber ab 8.8. im Urlaub.
VG, Silke Buda

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Eckmanns, Tim

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 11:20

An: Rexroth, Ute ; Mielke, Martin ; Buda, Silke ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; AL1-Sekretariat

Betreff: AW: Vorschlag AG Diagnostik : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Lieber Herr Mielke,
gerne Besprechung des Themas. Leider sind Frau Abu Sin und ich am Dienstag dem 9.8. nicht am RKI.

Gruß Tim Eckmanns

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rexroth, Ute

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 11:00

An: Mielke, Martin ; Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dörwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; ALI-Sekretariat

Betreff: AW: Vorschlag AG Diagnostik : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Lieber Herr Mielke,

Die Daten zur Hospitalisierung "mit" bzw. "wegen"! COVID-19 sind nicht ganz gut interpretierbar. Die Pflicht zur Krankenhausmeldung gemäß § 6 IfSG greift bei Hospitalisierung "in Bezug auf COVID-19". Es wird immer wieder diskutiert, was diesen Bezug rechtfertigt: Nur, wenn die COVID-19-Diagnose eine Hauptdiagnose ist, oder auch wenn, es ein Zufallsbefund ist, der aber im stationären Setting Folgen wie Isolierung nach sich zieht? Für die Bewertung der Schwere ist natürlich "wegen" COVID-19 interessanter, für die lokalen Infektionsschutzmaßnahmen aber auch "mit". Wir haben nur ein Meldewesen, aber unterschiedliche Ziele - je nach Priorisierung der Ziele erfolgt eine andere Eingabe. Weder die Interpretation der Meldenden noch die Eingabe in den GD erfolgt exakt standardisiert.

Bei der Ausweisung dieser Unterscheidung ("mit" vers. "wegen") hatten wir uns deswegen ja zunächst zurückgehalten - wegen den Notwendigkeiten bei der Berechnung der der Impfeffektivität haben wir das jetzt angepasst. Die Probleme mit der Variable bestehen aber weiter. Bitte berücksichtigen Sie das bei der Interpretation.

Zusätzlich zur Diskussion in der AG Testen finde ich es gut, den Punkt noch mal in der Lage-AG aufzugreifen. Zusätzlich zu der Frage der Bewertung der VOC kann dies ganz gut mit der Diskussion der zunehmenden Unterfassung schwerer Fälle verbunden werden, die sich aus der Publikation zum Vergleich der Exzessmortalität mit den Meldedaten ergibt.

Es ist schwer einzuordnen: Einerseits haben wir ein Screening bei Krankenhausaufnahme, d.h. eine sehr sensitive Erfassung von Fällen im Krankenhaus, was wahrscheinlich zu einer deutlichen und zunehmenden Übererfassung der Hospitalisierung im Meldewesen führt (sieht man im Vergleich ICOSARI - Hospitalisierungsinzidenz Meldedaten).

Andererseits haben wir anscheinend eine deutliche und zunehmende Untererfassung der COVID-19-Todesfälle, was der Vergleich mit der Exzessmortalität nahelegt. Das, obwohl in Deutschland fast jeder 2 Todesfall im Krankenhaus auftritt.

Für mich bedeutet das, dass sich die unterfassten COVID-19-Todesfälle wahrscheinlich im ambulanten Sektor abgespielt haben müssen, vermutlich sind während der COVID-19-Pandemie weniger ältere Menschen hospitalisiert worden, z.B. aus Heimen und dann zuhause

ohne Diagnose gestorben?

Es wäre interessant, ob postmortale Abstriche gemacht werden und ob sich der Anteil der ambulant verstorbenen vers. hospitalisiert verstorbenen geändert hat.

Aber das ist nochmal ein anderer Aspekt.

Viele Grüße,

Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mielke, Martin

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:45

An: Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dörrwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Rexroth, Ute ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; AL1-Sekretariat

Betreff: Vorschlag AG Diagnostik : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Liebe Frau Buda,

wenn Sie am Dienstag, 9.8.2022 (14:00 Uhr) Zeit hätten, nehmen wir es vielleicht eher in die AG Diagnostik; da hätten wir mehr Raum/Zeit für die spezifische Diskussion.

Grüß und Dank,
Martin Mielke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Buda, Silke

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:23

An: Mielke, Martin ; Eckmanns, Tim ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dörrwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Rexroth, Ute ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia

Betreff: AW: Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Lieber Herr Mielke, ich konnte leider gestern nur zu Beginn an der LAGE-AG teilnehmen und habe die Diskussion leider verpasst. Ich schlage vor, diesen Punkt dann eher für nächste Woche nochmal auf die Tagesordnung zu nehmen und in der Lage-AG zu diskutieren, das geht per E-Mail schlecht und die Implikationen sind ja wie immer mannigfaltig ??

Viele Grüße, Silke Buda

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mielke, Martin

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:08

An: Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Krüger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dörwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je

Betreff: Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Liebe Frau Buda, lieber Herr Eckmanns, lieber Herr Krüger,

im gemeinsamen Bemühen um eine gute Datenbasis in Verbindung mit der Teststrategie geht mir im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG die Rolle der - Testergebnisse im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen in den Krankenhäusern - durch den Kopf. Dieses Instrument, das neben krankenhaushygienischen Aspekten ja auch Einblick in die hospitalisierte Bevölkerung (insbesondere 60+ mit Risikofaktoren) gewährt, könnte ggf. auch bei der Bewertung von (neuen Varianten) VOC hilfreich sein. Mich würde Ihre Meinung zur Auswertung dieser Daten unter Berücksichtigung der Information "Aufnahme / SARS-CoV-2 positiv" "mit" oder "wegen" COVID-19 (Verhältnis) interessieren. Auch hospitalisierten Fällen unter 60 Jahren kommt im Hinblick auf die Einschätzung der Virulenz des zirkulierenden Erregers besondere Aufmerksamkeit zu. Welche Bedeutung messen Sie Veränderungen bei diesen "Indikatoren" zu ?

Grüß und Dank für den Gedankenaustausch, Martin Mielke

Prof. Dr. med. Martin Mielke

Robert Koch-Institut

Leiter der Abteilung 1, Abteilung für Infektionskrankheiten

Nordufer 20
13353 Berlin

Tel. 030 18754-2233

E-Mail: MielkeM@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Return-path: RexrothU@rki.de

Subject: AW der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

From: "Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>

To: "Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>, "Buda, Silke" <BudaS@rki.de>, "Eckmanns, Tim" <EckmannsT@rki.de>, Kröger, Stefan <KroegerS@rki.de>, "Eckmanns, Tim" <EckmannsT@rki.de>, Kröger, Stefan <KroegerS@rki.de>, "Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>, "Buda, Silke" <BudaS@rki.de>

CC:

BCC:

Show/Hide Headers

Lieber Herr Mielke,

Die Daten zur Hospitalisierung "mit" bzw. "wegen"! COVID-19 sind nicht ganz gut interpretierbar. Die Pflicht zur Krankenhausmeldung gemäß § 6 IfSG greift bei Hospitalisierung "in Bezug auf COVID-19". Es wird immer wieder Diskutiert, was diesen Bezug rechtfertigt: Nur, wenn die COVID-19-Diagnose eine Hauptdiagnose ist, oder auch wenn, es ein Zufallsbefund ist, der aber im stationären Setting Folgen wie Isolierung nach sich zieht? Für die Bewertung der Schwere ist natürlich "wegen" COVID-19 interessanter, für die lokalen Infektionsschutzmaßnahmen aber auch "mit". Wir haben nur ein Meldewesen, aber unterschiedliche Ziele - je nach Priorisierung der Ziele erfolgt eine andere Eingabe. Weder die Interpretation der Meldenden noch die Eingabe in den GÄ erfolgt exakt standardisiert.

Bei der Ausweisung dieser Unterscheidung ("mit" vers. "wegen") hatten wir uns deswegen ja zunächst zurückgehalten - wegen den Notwendigkeiten bei der Berechnung der der Impfeffektivität haben wir das jetzt angepasst. Die Probleme mit der Variable bestehen aber weiter. Bitte berücksichtigen Sie das bei der Interpretation.

Zusätzlich zur Disklusion in der AG Testen fände ich es gut, den Punkt noch mal in der Lage-AG aufzugreifen. Zusätzlich zu der Frage der Bewertung der VOC kann dies ganz gut mit der Diskussion der zunehmenden Unterfassung schwerer Fälle verbunden werden, die sich aus der Publikation zum Vergleich der Exzessmortalität mit den Meldedaten ergibt.

Es ist schwer einzuordnen: Einerseits haben wir ein Screening bei Krankenhausaufnahme, d.h. eine sehr sensitive Erfassung von Fällen im Krankenhaus, was wahrscheinlich zu einer deutlichen und zunehmenden Übererfassung der Hospitalisierung im Meldewesen führt (sieht man im Vergleich ICOSARI - Hospitalisierungsinzidenz Meldedaten).

Andererseits haben wir anscheinend eine deutliche und zunehmende Untererfassung der COVID-19-Todesfälle, was der Vergleich mit der Exzessmortalität nahelegt. Das, obwohl in Deutschland fast jeder 2 Todesfall im Krankenhaus auftritt.

Für mich bedeutet das, dass sich die unterfassten COVID-19-Todesfälle wahrscheinlich im ambulanten Sektor abgespielt haben müssen, vermutlich sind während der COVID-19-Pandemie weniger ältere Menschen hospitalisiert worden, z.B. aus Heimen und dann zuhause ohne Diagnose gestorben?

Es wäre interessant, ob postmortale Abstriche gemacht werden und ob sich der Anteil der ambulant verstorbenen vers. hospitalisiert verstorbenen geändert hat.

Aber das ist nochmal ein anderer Aspekt.

Viele Grüße,

Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mielke, Martin

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:45

An: Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Kröger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürrwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Rexroth, Ute ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia ; AL1-Sekretariat

Betreff: Vorschlag AG Diagnostik : Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Liebe Frau Buda,

wenn Sie am Dienstag, 9.8.2022 (14:00 Uhr) Zeit hätten, nehmen wir es vielleicht eher in die AG Diagnostik; da hätten wir mehr Raum/Zeit für die spezifische Diskussion.

Gruß und Dank,
Martin Mielke

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Buda, Silke

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:23

An: Mielke, Martin ; Eckmanns, Tim ; Kröger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürrwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je ; Rexroth, Ute ; Schumacher, Jakob ; Sievers, Claudia

Betreff: AW: Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten (Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Lieber Herr Mielke, ich konnte leider gestern nur zu Beginn an der LAGE-AG teilnehmen und habe die Diskussion leider verpasst. Ich schlage vor, diesen Punkt dann eher für nächste Woche nochmal auf die Tagesordnung zu nehmen und in der Lage-AG zu diskutieren, das geht per E-Mail schlecht und die Implikationen sind ja wie immer mannigfaltig 😊

Viele Grüße, Silke Buda

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Mielke, Martin

Gesendet: Donnerstag, 28. Juli 2022 10:08

An: Buda, Silke ; Eckmanns, Tim ; Kröger, Stefan

Cc: Wolff, Thorsten ; Dürrwald, Ralf ; Biere, Barbara ; Arvand, Mardjan ; Brunke, Melanie ; Reiche, Janine ; Duwe, Susanne ; Oh, Dschin-Je

Betreff: Im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG (Corona) - Aufnahmedaten

(Krhs) mit/wegen COVID-19 - Bewertung neuer Varianten

Liebe Frau Buda, lieber Herr Eckmanns, lieber Herr Kröger,

im gemeinsamen Bemühen um eine gute Datenbasis in Verbindung mit der Teststrategie geht mir im Nachgang zur gestrigen Diskussion in der Lage-AG die Rolle der - Testergebnisse im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen in den Krankenhäusern - durch den Kopf. Dieses Instrument, das neben krankenhaushygienischen Aspekten ja auch Einblick in die hospitalisierte Bevölkerung (insbesondere 60+ mit Risikofaktoren) gewährt, könnte ggf. auch bei der Bewertung von (neuen Varianten) VOC hilfreich sein. Mich würde Ihre Meinung zur Auswertung dieser Daten unter Berücksichtigung der Information "Aufnahme / SARS-CoV-2 positiv" "mit" oder "wegen" COVID-19 (Verhältnis) interessieren. Auch hospitalisierten Fällen unter 60 Jahren kommt im Hinblick auf die Einschätzung der Virulenz des zirkulierenden Erregers besondere Aufmerksamkeit zu. Welche Bedeutung messen Sie Veränderungen bei diesen "Indikatoren" zu ?

Gruß und Dank für den Gedankenaustausch, Martin Mielke

Prof. Dr. med. Martin Mielke

Robert Koch-Institut
Leiter der Abteilung 1, Abteilung für Infektionskrankheiten

Nordufer 20
13353 Berlin

Tel. 030 18754-2233
E-Mail: MielkeM@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

From: ["Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>](mailto:MielkeM@rki.de)

To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 8/8/2022 6:54:54 AM

Subject: Vorschlag TOPs für Lage-AG am 10.8.2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
für den 10.8.2022 schlage ich vor:

Top 7: Kommunikation: Hinweise für die Bevölkerung für Herbst und Winter 2022/23 noch aktuell ? s. auch Entwurf IfSG-Novelle (Bitte an BZgA, P1, Presse)

Top 8: Strategie Fragen : "Pandemieradar" und "Krankenhauspanel" (Begriffe des BMG im Rahmen der IfSG-Novelle und der Surveillance) (Alle; FG32, FG36, FG37)

Gruß,
Martin Mielke

Prof. Dr. med. Martin Mielke

Robert Koch-Institut
Leiter der Abteilung 1, Abteilung für Infektionskrankheiten

Nordufer 20
13353 Berlin

Tel. 030 18754-2233
E-Mail: MielkeM@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Return-path: MielkeM@rki.de

Subject: Vorschlag f Top 14 (Surveillance) der n?chsten Corona-Lage-AG am 17.8.2022
DLF/ Barmer und Dunkelziffer steigt an, sagt Min, sagt Brockmann

From: "Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>

To: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

CC:

BCC:

Show/Hide Headers

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

für Top 14 (Surveillance) der ndchsten Corona-Lage-AG am 17.8.2022 schlage ich vor:

- Bewertung der Untererfassung und des Krankenstandes

<https://www.deutschlandfunk.de/zahl-der-krankschreibungen-wegen-covid-19-steigt-weiter-100.html>

GruЯ,

Martin Mielke

PS:

s. auch PK am Freitag (12.8.2022): Herr Lauterbach hat gleich am Anfang erwdhnt, dass es Daten von Dirk Brockmann aus der Datenspende gebe, die zeigten, dass die Dunkelziffer aktuell ansteige.

From: "Engel, Anja" <EngelA@rki.de>

To: nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>

Date: 8/8/2022 8:12:06 AM

Subject: COVID-Krisenstab: Abt2 Beitrag am 10.08. - Bitte auf die Agenda

Liebes Lagezentrum,

wie von Herrn Schaade gewünscht und bereits abgestimmt, wird sich die Abteilung 2 mit max. 10 Min. (eher 5 Min.) Vortragen zu "NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie" in den kommenden Krisenstabs-Sitzungen beteiligen.

Am kommenden Mittwoch, den 10.08. wird Herr Martin Schlaud (FG22) zum Thema "CoMoLo Studie" vortragen.

Bitte nehmen Sie das Thema auf die Agenda, die Einwahldaten zur Krisenstabssitzung werde ich gerne an ihn weiterleiten.

Vielen Dank vorab und beste Grü?e
Anja Engel

Re: [ID 5541] Anfrage der Vorstellung Aktueller
Stand Datenspende Marc Wiedermann
[marcw@physik.hu-berlin.de] Datum: 01.09.2022
10:21:52 An: ATT00001.htm P4Kris~1.ppt

Anbei leider mit etwas Verspätung die drei Slides
aus dem Krisenstab von letzter Woche. Die Grafiken
& mehr Kontext finden sich auch im Blogartikel:
<https://corona-datenspende.de/science/reports/questionnaire-incidence/>

Viele Grüße,

Marc Wiedermann



Selbstauskünfte zu COVID-19 Testergebnissen im Vergleich zur offiziellen Inzidenz

Ergebnisse aus der Corona-Datenspende

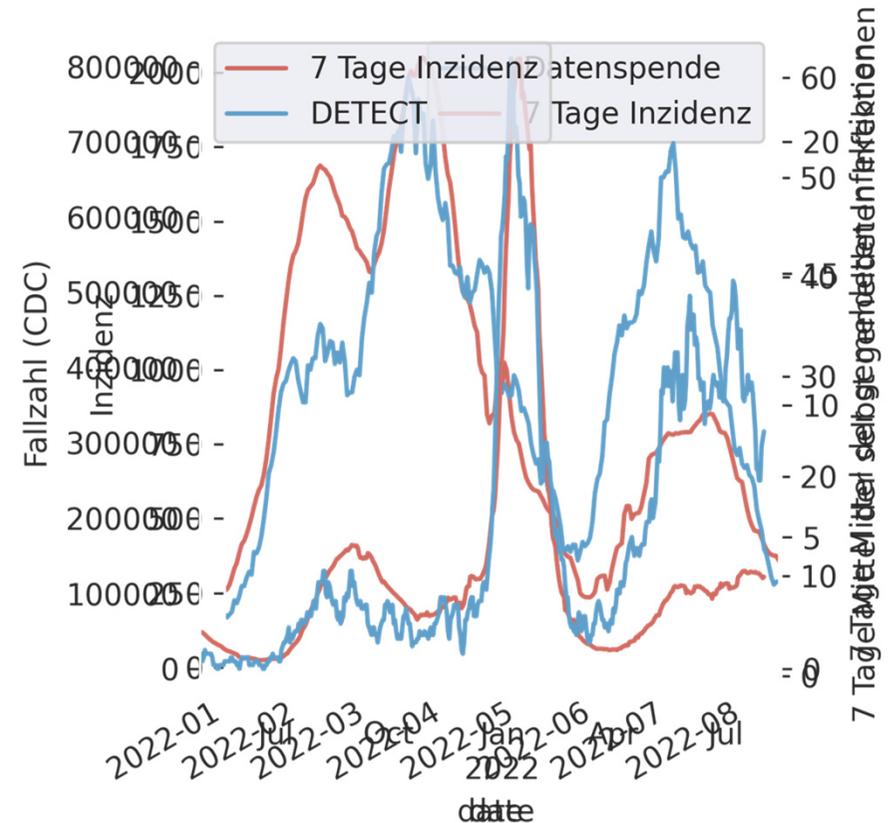
Projektgruppe 4 - 24.08.2022

Überblick Corona Datenspende

- Start von wöchentlichen Fragebögen am 19. Oktober 2021 zu Tests, Symptomen, Soziodemographie und Verhalten in der Pandemie
 - Start von zusätzlicher Long Covid Studie im April 2022
 - 28.588 Nutzer:innen haben 12947 positive und 228942 negative Testergebnisse mitgeteilt
- Verbesserung des Fieber-Monitors durch Anpassen der Parameter an neue Varianten - Kalibrieren an Selbstauskünften über Testergebnisse, Vitaldaten und Symptome.

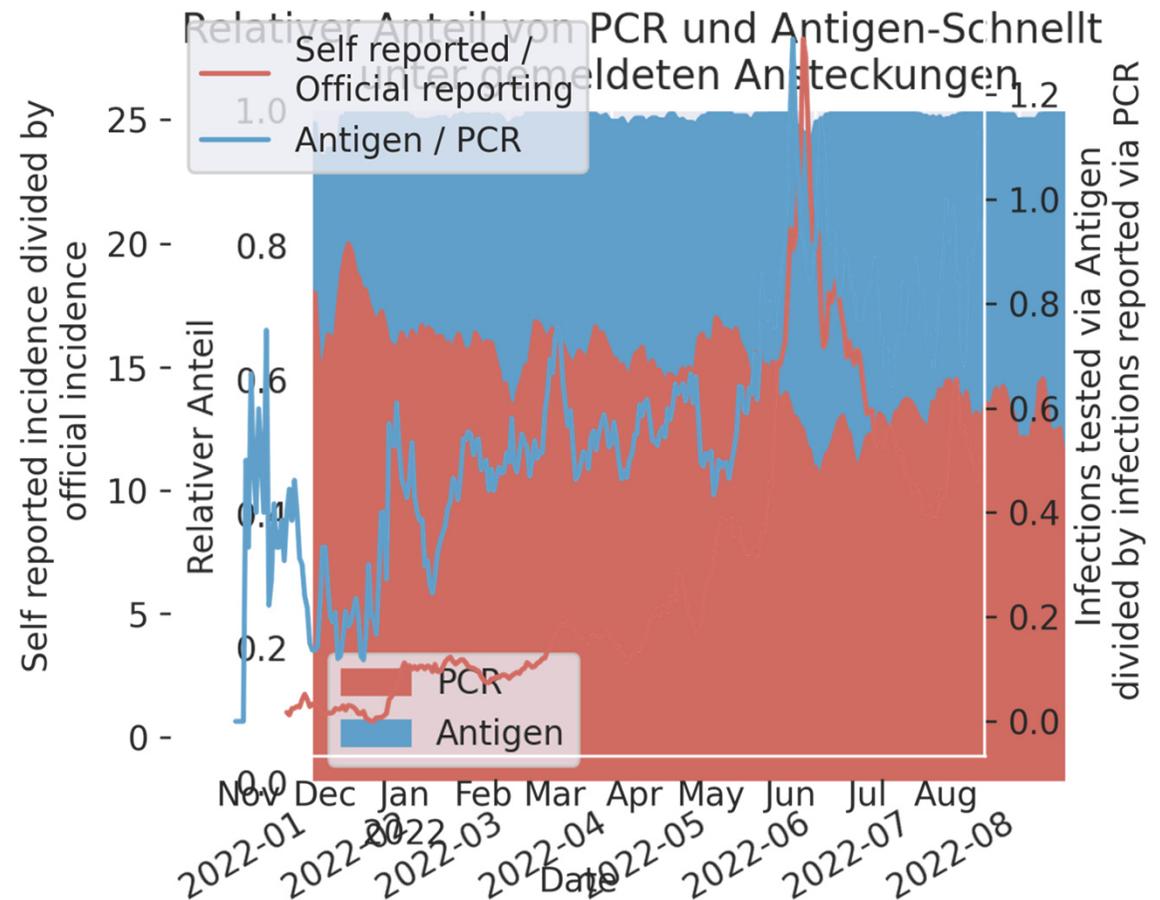
Selbstauskünfte über Testergebnisse im Vergleich zur Inzidenz

- Wochendurchschnitt der in der Datenspende berichteten Testergebnisse steigt ab April im Vergleich zur Inzidenzkurve stark an.
- In der Spitze steigen die von Nutzer:innen der Datenspende angegebenen Testergebnisse um ca. das 15 fache an, die Inzidenzkurve um ca. Das 4 fache.
- Ergebnisse sind in einer U.S. Studie (DETECT) qualitativ ähnlich.



Verhältnis von Schnelltests zu PCR Tests

- Anzahl der durch PCR Test bestätigten Antigen-Schnelltests in der Datenspende nimmt ab
 - Veränderung im Testverhalten korreliert mit der Abweichung zwischen geschätzter und offizieller Inzidenz
 - Teilnehmer:innen nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung



Re: [ID 5541] Anfrage der Vorstellung Aktueller
Stand Datenspende Marc Wiedermann
[marcw@physik.hu-berlin.de] Datum: 01.09.2022
10:21:52 An: ATT00001.htm P4Kris~1.ppt

Anbei leider mit etwas Verspätung die drei Slides
aus dem Krisenstab von letzter Woche. Die Grafiken
& mehr Kontext finden sich auch im Blogartikel:
<https://corona-datenspende.de/science/reports/questionnaire-incidence/>

Viele Grüße,

Marc Wiedermann



Selbstauskünfte zu COVID-19 Testergebnissen im Vergleich zur offiziellen Inzidenz

Ergebnisse aus der Corona-Datenspende

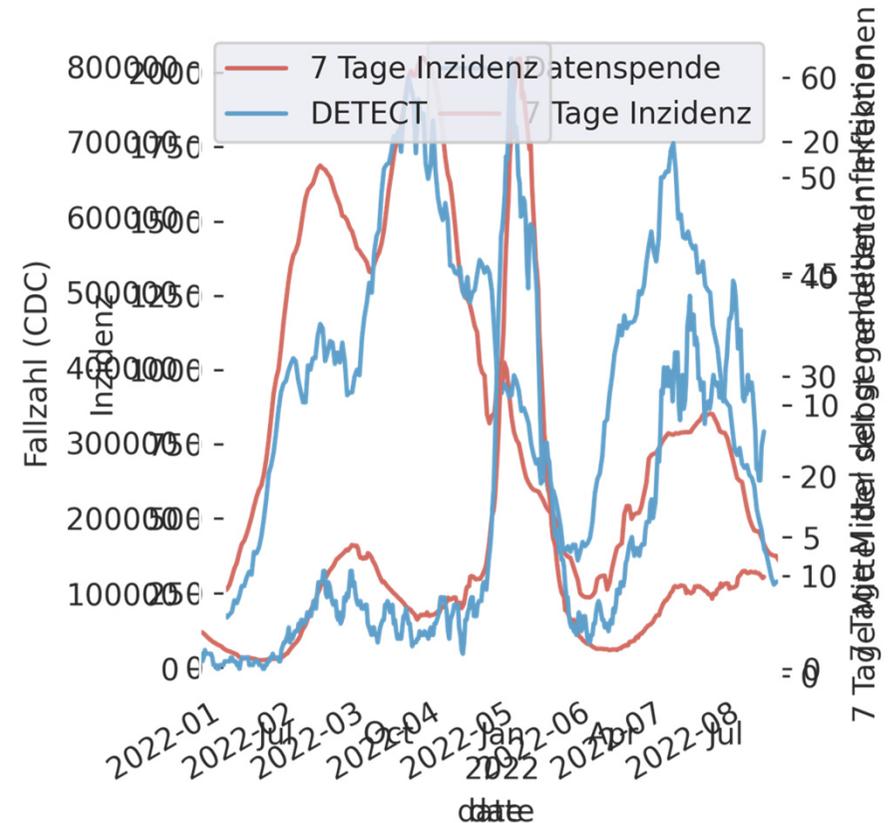
Projektgruppe 4 - 24.08.2022

Überblick Corona Datenspende

- Start von wöchentlichen Fragebögen am 19. Oktober 2021 zu Tests, Symptomen, Soziodemographie und Verhalten in der Pandemie
 - Start von zusätzlicher Long Covid Studie im April 2022
 - 28.588 Nutzer:innen haben 12947 positive und 228942 negative Testergebnisse mitgeteilt
- Verbesserung des Fieber-Monitors durch Anpassen der Parameter an neue Varianten - Kalibrieren an Selbstauskünften über Testergebnisse, Vitaldaten und Symptome.

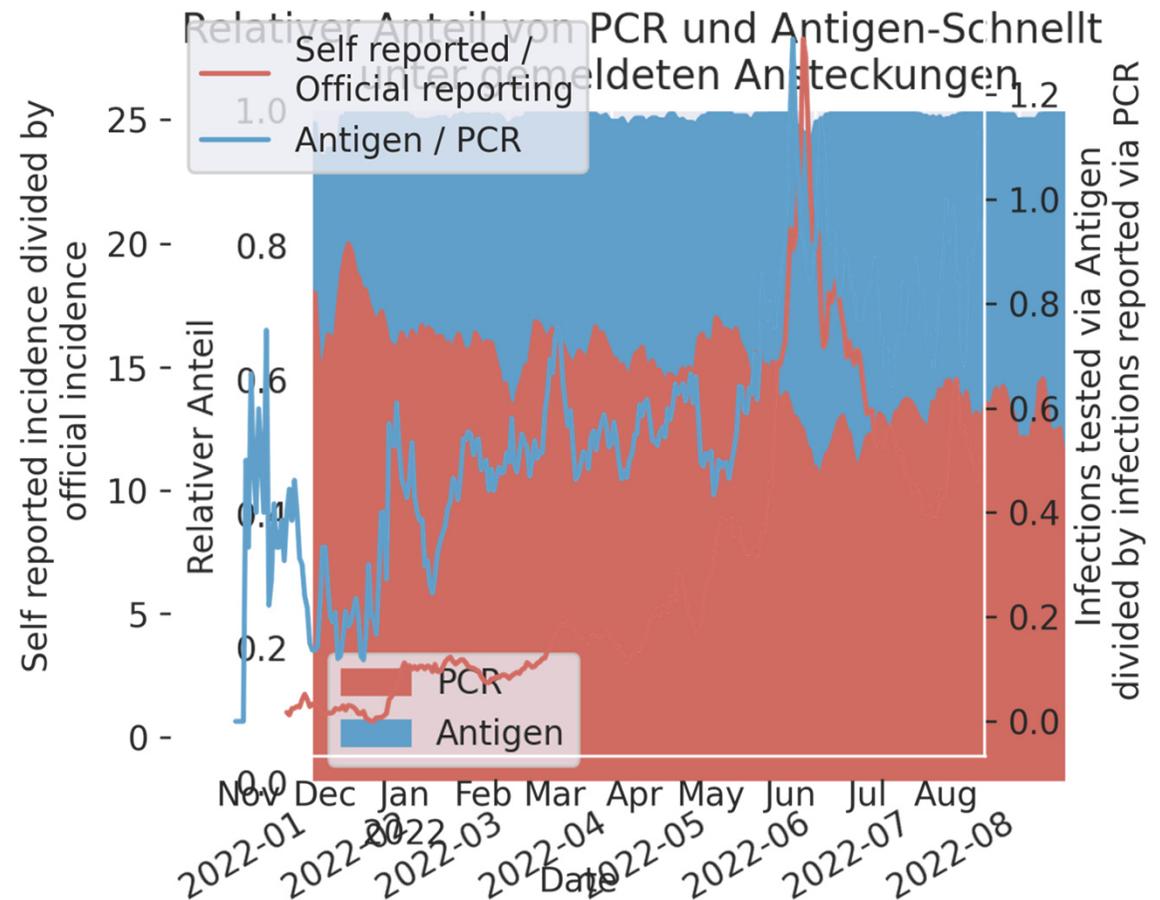
Selbstauskünfte über Testergebnisse im Vergleich zur Inzidenz

- Wochendurchschnitt der in der Datenspende berichteten Testergebnisse steigt ab April im Vergleich zur Inzidenzkurve stark an.
- In der Spitze steigen die von Nutzer:innen der Datenspende angegebenen Testergebnisse um ca. das 15 fache an, die Inzidenzkurve um ca. Das 4 fache.
- Ergebnisse sind in einer U.S. Studie (DETECT) qualitativ ähnlich.



Verhältnis von Schnelltests zu PCR Tests

- Anzahl der durch PCR Test bestätigten Antigen-Schnelltests in der Datenspende nimmt ab
 - Veränderung im Testverhalten korreliert mit der Abweichung zwischen geschätzter und offizieller Inzidenz
 - Teilnehmer:innen nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung



From: "[Fischer-Fels, Jonathan](mailto:Fischer-Fels,Jonathan)" <Fischer-FelsJ@rki.de>
To: [Verteiler-Krisenstab](mailto:verteiler-krisenstab@rki.de) <verteiler-krisenstab@rki.de>
Date: 10/14/2022 12:35:59 PM
Subject: Nachreichung FG33

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie angekündigt, hier die Nachreichung zur Diskussion um steigende Hospitalisierungen und ITS-Aufnahmen von Geimpften:

1. Im "Monatsbericht zum Impfgeschehen" gehen wir in Kapitel 3.1.3. detailliert auf Hospitalisierungen, ITS-Fälle und Todesfälle bei unterschiedlichem Impfstatus ein. Die Abbildung 8 der aktuellen Version vom 29.9. ist hier sehr aufschlussreich.

Zu finden unter: <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html>

Zudem ein Zitat aus dem Kapitel "Interpretation":

"In der geimpften Bevölkerung lag die Inzidenz der aufgrund COVID-19 hospitalisierten Fälle deutlich unter der Inzidenz der ungeimpften Bevölkerung, wobei sich für die Bevölkerung mit Auffrischimpfung zumeist noch niedrigere Inzidenzen als für die grundimmunisierte Bevölkerung beobachten lassen."

Und "Eine Differenzierung der Berechnungen zur Wirksamkeit nach 1. und 2. Auffrischimpfung ist für zukünftige Auswertungen geplant."

2. Wir haben bereits seit längerem eine FAQ zu Impfdurchbrüchen: „Wie lässt sich erklären, dass es mit steigender Impfquote zu immer mehr Impfdurchbrüchen kommt?“.

3. Eine neue FAQ zur Frage "Für wen kann eine 5. COVID-19-Impfung sinnvoll sein?" ist seit dem 12.10. online.

4. Alle FAQ zur COVID-19-Impfung wurden kürzlich überarbeitet und werden weiter regelmäßig aktualisiert.

Alle FAQ finden Sie unter: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>

5. Ein Infoblatt zum selben Thema "Warum steigende Zahlen von Impfdurchbrüchen kein Zeichen für fehlenden Impfschutz sind" wird derzeit aktualisiert.

Hier zu finden: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Flyer_Wirksamkeit_Impfung.html

Viele Grüße,
Jonathan Fischer-Fels

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Tel: 030 18754 - 5281

Abteilung für Infektionsepidemiologie
Fachgebiet 33 Impfprävention
Team Kommunikation & Impfakzeptanz

From: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)

To: [Verteiler-Krisenstab <verteiler-krisenstab@rki.de>](mailto:verteiler-krisenstab@rki.de)

Date: 10/18/2022 2:01:04 PM

Subject: Kurze Rückmeldung aus AG-I-TK 18.10.2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

für Sie zur Information:

In der AGI wurde gerade abgefragt, welche Länder angesichts des - letzte Woche noch - stark steigenden Trends eine Verschärfung der Maßnahmen planen. Fast alle Bundesländer haben geantwortet, dass sie noch abwarten und die Zahlen beobachten, auch das Saarland, wo die Zahlen wie andernorts gerade wieder runter gehen.

Berlin und Brandenburg und MW haben heute Kabinetts- bzw. Senatssitzungen, wo u.U. Regelungen zu Maskenpflicht in Innenräumen getroffen werden. Angesichts der eindrucklichen Schilderungen aus dem Saarland letzte Woche hatte sich in Berlin die Fachheben auf Gesundheitsseite für eine Verschärfung der Maskenpflichten in Innenräumen ausgesprochen, aber es gibt viel Gegenwind aus Kultus- und Bildungsbereich.

Das von den Ländern dringend erwartete Schreiben des BMG zur Umsetzung der IfSG-Vorgaben in Pflegeheimen (Masken in Gemeinschaftsräumen) steht immer noch aus, da die Freigabe des Ministers fehlt. Seit gestern gibt es allerdings eine Einschätzung von Herrn Sangs, die in einer juristischen Fachzeitschrift veröffentlicht wurde.

Zur Diskussion in der nächsten Lage-AG:

Die AG-I bittet das RKI, auf eine COVID-19-Berichterstattung zwischen den Jahren (24.12. - 1.1.2023) zu verzichten. Hintergrund: Nicht nur sind die Zahlen zwischen den Jahren nicht auswertbar, auch schließen mehrere Länder aus Energiespargründen die Häuser der Ministerien und werden zwischen den Jahren bestenfalls Notfallteams, die dann von zuhause arbeiten, bereitstellen. In den Landesämtern sieht es vermutlich ähnlich aus. D.h., wir sollten dem BMG wieder einen Vorschlag zur Anpassung der Berichterstattung zwischen den Jahren schicken, in dem wir darlegen, wie wir in der Woche vom 24.12. bis zum 1.1.23 mit dem Dashboard, dem Pandemieradar, den taglichen Situationsberichten, dem Wochenbericht (29.12) und den vielen anderen Outputs, die sich inzwischen etabliert haben, umgehen wollen. Wunsch der Länder: alles einfrieren.

Viele Grüße,

Ute Rexroth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Michael.Barker@SenWGPG.Berlin.de <Michael.Barker@SenWGPG.Berlin.de>

Gesendet: Dienstag, 18. Oktober 2022 12:53

An: AGInfektionsschutz <aginfektionsschutz@rki.de> ; 113@bmg.bund.de; 61@bmg.bund.de; 613@bmg.bund.de; 614@bmg.bund.de; 615@bmg.bund.de; 616@bmg.bund.de; Koordination -73@sm.bwl.de; infektionsschutz@stmgp.bayern.de; Infektionsschutz@SenWGPG.Berlin.de; infektionsschutz@msgiv.brandenburg.de; oeffentlichergesundheitsdienst@soziales.hamburg.de; agi@hsm.hessen.de; AGI.MV@wm.mv-regierung.de; infektionsschutz@ms.niedersachsen.de; referat-VB4@mags.nrw.de; infektionsschutz@sozmi.landsh.de; infektionshygiene@tmasgff.thueringen.de; AGI2022-23@stmgp.bayern.de; Elisabeth.Aichinger@sm.bwl.de; AL4@GESUNDHEIT.BREMEN.de; an der Heiden, Maria <AnderHeidenMa@rki.de> ; Anne.Becker@SenWGPG.Berlin.de; Arvand, Mardjan <ArvandM@rki.de> ; detlef.berndt@msgiv.brandenburg.de; StabIfSG@bmg.bund.de; heidrun.boehm@sms.sachsen.de; angela.braubach@bmg.bund.de; Stefan.Brockmann@sm.bwl.de; angelika.bruns@ms.sachsen-anhalt.de; Justyna.Chmielewska@bmg.bund.de; Christian.Friedrich@SenWGPG.Berlin.de; Cordula.Gantert@bmg.bund.de; COVID-19-vaccines@bmg.bund.de; covid-19@ms.sachsen-anhalt.de; michael.cramer@mwg.rlp.de; natascha.dammrose@sozmi.landsh.de; Diercke, Michaela <DierckeM@rki.de> ; fabian.drebert@mwg.rlp.de; miriam.dreesbach@bzga.de; sandra.dybowski@mags.nrw.de; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de> ; Martina.Enke@stmgp.bayern.de; Jan.Franke@tmasgff.thueringen.de; Florentine.Frentz@bzga.de; lena.friedrich@bmg.bund.de; Anna-Rachel.Germelmann@bmg.bund.de; Elen.Grabski@pei.de; Haas, Walter <HaasW@rki.de> ; nadine.hagemann@sozmi.landsh.de; Hamouda, Osamah <HamoudaO@rki.de> ; Hanke, Bettina <HankeB@rki.de> ; I.Harsch@soziales.saarland.de; Jens.heimann@sms.sachsen.de; dirk.heimsoth-ranft@gesundheit.bremen.de; angelika.henze@ms.sachsen-anhalt.de; christoph.herr@mwg.rlp.de; Herzog, Christian <HerzogC@rki.de> ; cornelia.hoeflich@mwg.rlp.de; MatthiasHorn@bmvb.bund.de; anke.huehne@ms.sachsen-anhalt.de; lukas.huette@bmg.bund.de; hygiene@stmgp.bayern.de; impfen@ms.sachsen-anhalt.de; impfschutz@stmgp.bayern.de; infektionsschutz@sms.sachsen.de; anja.jaekel@bmg.bund.de; Katharina.Jung@bmg.bund.de; tina.kaffenberger@mwg.rlp.de; Maximilian.Kette@bmg.bund.de; Sylvia.Klarenbeek@SenWGPG.Berlin.de; Gabriele.Kloekler@sm.bwl.de; Matysiak-Klose, Dorothea <Matysiak-KloseD@rki.de> ; g.koch@wm.mv-regierung.de; Koch, Judith <KochJ@rki.de> ; julia.kolb@mwg.rlp.de; GeritSolveig.Korr@bmg.bund.de; Gabriela.Kratzer@tmasgff.thueringen.de; michael.kurth@sms.sachsen.de; b.lauer@soziales.saarland.de; Marlen.Suckau-Hagel@SenWGPG.Berlin.de; tanja.matthes@mwg.rlp.de; Mehrlitz, Joachim-Martin <MehrlitzJ@rki.de> ; Karoline.Meyer-Ravenstein@bmg.bund.de; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de> ; Maren.Mylius@bmg.bund.de; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de> ; NIP-Geschaefsstelle@lgl.bayern.de; oegd@stmgp.bayern.de; Oliver.Ommen@bzga.de; Perriat, Delphine <PerriatD@rki.de> ; Christoph.Peter@bzga.de; martina.pfob@stmgp.bayern.de; Isolde.Piechotowski@sm.bwl.de; uta.pitloun@ms.sachsen-anhalt.de; C.Poloschek@wm.mv-regierung.de; sonja.polz@gesundheit.bremen.de; britta.reckendrees@bzga.de; karin.reinelt@ms.niedersachsen.de; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de> ; Andre.sangs@bmg.bund.de; Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de> ; benjamin.schaake@zepai.de; Markus.Schaefer@sm.bwl.de; Marion.Scharte@stmgp.bayern.de; Frank.Schenker@tmasgff.thueringen.de; birthe.schmitt-reisser@mwg.rlp.de; Schonfeld, Viktoria <SchoenfeldV@rki.de> ; a.scholl@soziales.saarland.de; Benno.Schulz@tmasgff.thueringen.de; linda.seefeld@bzga.de; Jutta.Semrau@bmg.bund.de; Siedler, Anette <SiedlerA@rki.de> ; cornelius.siewerin@ms.niedersachsen.de; irina.staib-laszczak@mwg.rlp.de; Monika.Steinbrecher@bmg.bund.de; M.Stengl@wm.mv-regierung.de; STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de> ; Bernhard.Stockmeyer@stmgp.bayern.de; christina.strauss@soziales.hamburg.de; Carolin.strauss-duerig@bmg.bund.de; wiebke.sydow@sms.sachsen.de; Jannis.Taube@bmg.bund.de; Thanheiser, Marc

<ThanheiserM@rki.de> ; helgewartilhelm.thies@gesundheit.bremen.de; sabine.totsche@hsm.hessen.de; matthias.trost@hsm.hessen.de; Verteiler-Abt3-FGL <Verteiler-Abt3-FGL@rki.de> ; alexandra.vonreiswitz@soziales.hamburg.de; Vygen-Bonnet, Sabine <Vygen-BonnetS@rki.de> ; Ralf.Wagner@pei.de; l.wagner@soziales.saarland.de; vera.wardenbach@bmg.bund.de; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de> ; ulrich.widders@masgf.brandenburg.de; cornelia.winten@hsm.hessen.de; ZBS7-Lage <ZBS7-Lage@rki.de> ; julia.zeitler@mags.nrw.de; distribution@zepai.de; antina.ziegelmann@bmg.bund.de; dagmar.ziehm@ms.niedersachsen.de; sophie.zoephel@bmg.bund.de

Betreff: Kurze TOP-Anmeldung fur heutige Viko

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier noch eine kurzfristige TOP-Bitte fur die heutige Sitzung: Das Thema „Maskenpflicht in offentlich zuganglichen Innenraumen“ wird derzeit auch in Berlin hei? diskutiert (leider meist mehr politisch als fachlich). Dazu ware es hilfreich, im Sinne einer kurzen Abfrage reihum von den anderen BL zu erfahren, wie ihr aktueller Regelungs- bzw. Planungsstand fur entsprechende Schutzma?nahmen ist.

Vielen Dank und herzliche Gru?e, bis gleich!

PD Dr. med. Michael Barker

Senatsverwaltung fur Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Abteilung Gesundheit, Arbeitsgruppenleiter Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz, Referent fur Hygiene in medizinischen Einrichtungen – I E 3 Stellv. Leiter des Arbeitsstabs Infektionsschutz im COVID-19-Krisenmanagement – Inf L (V) Oranienstra?e 106 | 10969 Berlin Tel. +49 30 9028 1786 Michael.Barker@SenWGPG.Berlin.de <mailto:Michael.Barker@SenWGPG.Berlin.de> www.berlin.de/sen/wgpg/ <http://www.berlin.de/sen/wgpg/>

<<https://twitter.com/sengpg>> <<https://de-de.facebook.com/SenGPG/>> <<https://www.instagram.com/sengpg>> <https://www.youtube.com/channel/UC1WKuh-pBeav_XOh1uYh0tw>

Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur bitte ausschlie?lich an post@sengpg.berlin.de <<mailto:post@sengpg.berlin.de>> , kein Empfang verschlüsselter Dokumente!

Von: Krause, Doreen <KrauseD@rki.de> Im Auftrag von AGInfektionsschutz

Gesendet: Dienstag, 18. Oktober 2022 10:15

An: 113 Bund <113@bmg.bund.de> ; 61 Bund <61@bmg.bund.de> ; 613 Bund <613@bmg.bund.de> ; 614 Bund <614@bmg.bund.de> ; 615 Bund <615@bmg.bund.de> ; 616 Bund <616@bmg.bund.de> ; AG I BW <Koordination-73@sm.bwl.de> ; AG-I Bayern <infektionsschutz@stmgp.bayern.de> ; SenWGPG Infektionsschutz <Infektionsschutz@SenWGPG.Berlin.de> ; AG-I Brandenburg

<infektionsschutz@msgiv.brandenburg.de>; AG-I Hamburg
<oeffentlichergesundheitsdienst@soziales.hamburg.de>; AG-I Hessen <agi@hsm.hessen.de>; AG-I
Mecklenburg-V. <AGI.MV@wm.mv-regierung.de>; AG-I Niedersachsen
<infektionsschutz@ms.niedersachsen.de>; AG-I Nordrheinwestfalen <referat-VB4@mags.nrw.de>;
AGInfektionsschutz <aginfectionsschutz@rki.de>; AG-I Schleswig-H.
<infektionsschutz@sozmi.landsh.de>; AG-I Thuringen <infektionshygiene@tmasgff.thueringen.de>;
AGI-Bayern <AGI2022-23@stmgp.bayern.de>; Aichinger, Elisabeth <Elisabeth.Aichinger@sm.bwl.de>;
AL4 Bremen <AL4@GESUNDHEIT.BREMEN.de>; an der Heiden, Maria <AnderHeidenMa@rki.de>;
Becker Dr., Anne <Anne.Becker@SenWGPG.Berlin.de>; Arvand, Mardjan <ArvandM@rki.de>; Berndt,
Detlef <detlef.berndt@msgiv.brandenburg.de>; BMG - StabIfSG <StabIfSG@bmg.bund.de>; Bohm,
Heidrun <heidrun.boehm@sms.sachsen.de>; Braubach, Angela <angela.braubach@bmg.bund.de>;
Brockmann,Dr.,Stefan <Stefan.Brockmann@sm.bwl.de>; Bruns, Angelika
<angelika.brunms@sachsen-anhalt.de>; Chmielewska, Justyna
<Justyna.Chmielewska@bmg.bund.de>; Friedrich Dr., Christian
<Christian.Friedrich@SenWGPG.Berlin.de>; Cordula Gantert <Cordula.Gantert@bmg.bund.de>; Covid
-19 Bund <COVID-19-vaccines@bmg.bund.de>; Covid-19 Sachsen-Anhalt <covid-19@ms.sachsen-
anhalt.de>; Cramer, Dr. Michael <michael.cramer@mwg.rlp.de>; Dammrose, Natascha
<natascha.dammrose@sozmi.landsh.de>; Diercke, Michaela <DierckeM@rki.de>; Drebert, Fabian
<fabian.drebert@mwg.rlp.de>; Dreesbach, Miriam <miriam.dreesbach@bzga.de>; Dybowski, Sandra,
Dr. <sandra.dybowski@mags.nrw.de>; Eckmanns, Tim <EckmannsT@rki.de>; Enke, Martina, Dr.
(StMGP) <Martina.Enke@stmgp.bayern.de>; Franke, Dr., Jan <Jan.Franke@tmasgff.thueringen.de>;
Frentz, Florentine <Florentine.Frentz@bzga.de>; Friedrich, Dr. Dr., Lena
<lena.friedrich@bmg.bund.de>; Germelmann, Anna-Rachel <Anna-
Rachel.Germelmann@bmg.bund.de>; Grabski, Dr., Elena <Elena.Grabski@pei.de>; Haas, Walter
<HaasW@rki.de>; Hagemann, Nadine <nadine.hagemann@sozmi.landsh.de>; Hamouda, Osamah
<HamoudaO@rki.de>; Hanke, Bettina <HankeB@rki.de>; Harsch, Irena
<I.Harsch@soziales.saarland.de>; Heimann, Jens <Jens.heimann@sms.sachsen.de>; Heimsoth-Ranft,
Dirk <dirk.heimsoth-ranft@gesundheit.bremen.de>; Henze, Dr., Angelika
<angelika.henze@ms.sachsen-anhalt.de>; Herr, Dr., Christian <christoph.herr@mwg.rlp.de>; Herzog,
Christian <HerzogC@rki.de>; Hoflich, Dr., Cornelia <cornelia.hoeflich@mwg.rlp.de>; Horn, Matthias
<MatthiasHorn@bmvg.bund.de>; Huhne, Dr., Anke <anke.huehne@ms.sachsen-anhalt.de>; Hutte,
Lukas <lukas.huette@bmg.bund.de>; Hygiene (Bayern) <hygiene@stmgp.bayern.de>; Impfen
Sachsen-Anhalt <impfen@ms.sachsen-anhalt.de>; Impfschutz (Bayern)
<impfschutz@stmgp.bayern.de>; Infektionsschutz (Sachsen) <infektionsschutz@sms.sachsen.de>;
Jaekel, Anja <anja.jaekel@bmg.bund.de>; Jung, Katharina <Katharina.Jung@bmg.bund.de>;
Kaffenberger, Tina <tina.kaffenberger@mwg.rlp.de>; Kette, Maximilian
<Maximilian.Kette@bmg.bund.de>; Klarenbeek Dr., Sylvia <Sylvia.Klarenbeek@SenWGPG.Berlin.de>;
Kloeckler, Gabriele <Gabriele.Kloeckler@sm.bwl.de>; Matysiak-Klose, Dorothea <Matysiak-
KloseD@rki.de>; Koch, Dr., Gero <g.koch@wm.mv-regierung.de>; Koch, Judith <KochJ@rki.de>; Kolb,
Julia <julia.kolb@mwg.rlp.de>; Korr, Dr., Gerit <GeritSolveig.Korr@bmg.bund.de>; Kratzer, Gabriele
<Gabriela.Kratzer@tmasgff.thueringen.de>; Kurth, Dr., Michael <michael.kurth@sms.sachsen.de>;
Lauer, Bernhard <b.lauer@soziales.saarland.de>; Suckau-Hagel Dr., Marlen <Marlen.Suckau-
Hagel@SenWGPG.Berlin.de>; Matthes, Tanja <tanja.matthes@mwg.rlp.de>; Mehlitz, Joachim-Martin
<MehlitzJ@rki.de>; Meyer-Ravenstein, Karoline <Karoline.Meyer-Ravenstein@bmg.bund.de>; Barker
Dr., Michael <Michael.Barker@SenWGPG.Berlin.de>; Mielke, Martin <MielkeM@rki.de>; Mylius,
Maren <Maren.Mylus@bmg.bund.de>; nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>; NIP (Bayern) <NIP-
Geschaefsstelle@lgl.bayern.de>; OEGD (Bayern) <oegd@stmgp.bayern.de>; Ommen, Oliver
<Oliver.Ommen@bzga.de>; Perriat, Delphine <PerriatD@rki.de>; Peter, Christoph
<Christoph.Peter@bzga.de>; Pfob, Dr., Martina <martina.pfob@stmgp.bayern.de>; Piechotowski, Dr.,

Isolde <Isolde.Piechotowski@sm.bwl.de>; Pitloun, Uta <uta.pitloun@ms.sachsen-anhalt.de>;
Poloschek <C.Poloschek@wm.mv-regierung.de>; Polz, Dr., Sonja
<sonja.polz@gesundheit.bremen.de>; Reckendrees, Britta <britta.reckendrees@bzga.de>; Reinelt, Dr.,
Karin <karin.reinelt@ms.niedersachsen.de>; Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>; Sangs, Andre
<Andre.sangs@bmg.bund.de>; Schaade, Lars <SchaadeL@rki.de>; Schaake, Dr., Benjamin
<benjamin.schaake@zepai.de>; Schaefer, Markus <Markus.Schaefer@sm.bwl.de>; Scharte, Dr.,
Marion <Marion.Scharte@stmgp.bayern.de>; Schenker, Frank
<Frank.Schenker@tmasgff.thueringen.de>; Schmitt-Rei?e, Dr., Birthe <birthe.schmitt-
reisser@mwg.rlp.de>; Schonfeld, Viktoria <SchoenfeldV@rki.de>; Scholl, Andrea
<a.scholl@soziales.saarland.de>; Schulz, Benno <Benno.Schulz@tmasgff.thueringen.de>; Seefeld,
Linda <linda.seefeld@bzga.de>; Semrau, Jutta <Jutta.Semrau@bmg.bund.de>; Siedler, Anette
<SiedlerA@rki.de>; Siewerin, Cornelius <cornelius.siewerin@ms.niedersachsen.de>; Staib-Lasarik,
Dr., Irina <irina.staib-lasarik@mwg.rlp.de>; Steinbrecher, Monika
<Monika.Steinbrecher@bmg.bund.de>; Stengl, Dr., Mandy <M.Stengl@wm.mv-regierung.de>;
STIKO-Geschaefsstelle <STIKO-Geschaefsstelle@rki.de>; Stockmeyer, Bernhard (StMGP)
<Bernhard.Stockmeyer@stmgp.bayern.de>; Strau?, Dr., Christina
<christina.strauss@soziales.hamburg.de>; Strau?-Durig, Dr., Carolin <Carolin.strauss-
duerig@bmg.bund.de>; Sydow, Wiebke <wiebke.sydow@sms.sachsen.de>; Taube, Jannis
<Jannis.Taube@bmg.bund.de>; Thanheiser, Marc <ThanheiserM@rki.de>; Thies, Dr., Helge Wilhelm
<helgewilhelm.thies@gesundheit.bremen.de>; Totsche, Dr., Sabine
<sabine.totsche@hsm.hessen.de>; Trost, Dr., Matthias <matthias.trost@hsm.hessen.de>; Verteiler-
Abt3-FGL <Verteiler-Abt3-FGL@rki.de>; von Reiswitz, Dr. Alexandra
<alexandra.vonreiswitz@soziales.hamburg.de>; Vygen-Bonnet, Sabine <Vygen-BonnetS@rki.de>;
Wagner, Dr., Ralf <Ralf.Wagner@pei.de>; Wagner, Lara <l.wagner@soziales.saarland.de>;
Wardenbach, Vera <vera.wardenbach@bmg.bund.de>; Wichmann, Ole <WichmannO@rki.de>;
Widders, Dr., Ulrich <ulrich.widders@masgf.brandenburg.de>; Winten, Dr. Cornelia
<cornelia.winten@hsm.hessen.de>; ZBS7-Lage <ZBS7-Lage@rki.de>; Zeitler, Julia, Dr.
<julia.zeitler@mags.nrw.de>; ZEPAI | Distribution <distribution@zepai.de>; Ziegelmann, Dr., Antina
<antina.ziegelmann@bmg.bund.de>; Ziehm, Dagmar <dagmar.ziehm@ms.niedersachsen.de>;
Zophel, Sophie <sophie.zoepfel@bmg.bund.de>
Betreff: Einladung zur AGI-Telefonkonferenz am 18.10.2022 um 13 Uhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie zur Telefonkonferenz der AGI heute am 18.10.2022 um 13 Uhr ein.

Bisher wurden folgende Themen angemeldet:

- COVID-19:

o Fallzahlen und Berichterstattung in der Zeit vom 24.12.2022 bis 01.01.2023 (ST)

o Schließung oder Alternativarbeitszeit für untere, obere und oberste Behörden in der Zeit vom 24.12.2022 bis 01.01.2023 (ST)

o Gemeinsames Wording der BL zu Impfnebenwirkungen bzw. Studie von Professors Doshi (siehe <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfnebenwirkungen-studie-doshi-100.html> <<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfnebenwirkungen-studie-doshi-100.html>>)

o COVID-19-Impfquotenmonitoring: Erfassung von mehr als vier Impfungen

- DEMIS-Entwicklungsstand

Einwahldaten (gültig vom 30.8.2022 bis 1.11.2022):

Link zum Meeting: <https://rki.webex.com/rki/j.php?MTID=mce33ccbd6965527af1034ef7172b29a8>
<<https://rki.webex.com/rki/j.php?MTID=mce33ccbd6965527af1034ef7172b29a8>>

Über Telefon beitreten: +49-619-6781-9736

Zugriffscodes: 2734 591 7548

Meeting-Kennwort: 64696721

Mit freundlichem Gruß?

Doreen Krause

Robert Koch-Institut | Abteilung 3 - Infektionsepidemiologie | Fachgebiet 32 - Surveillance | Seestraße 10 | 13353 Berlin | Telefonnummer: +49 30 18754 3956 | Faxnummer: +49 30 18754 3533 |

Email-Adresse: kraused@rki.de / <<mailto:kraused@rki.de>> / demis@rki.de <<mailto:demis@rki.de>> / aginfectionsschutz@rki.de <<mailto:aginfectionsschutz@rki.de>>

From: ["an der Heiden, Maria" <AnderHeidenMa@rki.de>](mailto:AnderHeidenMa@rki.de)
To: [nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)
Date: 10/21/2022 1:55:15 PM
Subject: WG: Wrap-Up Abstimmung zu EU dPLF

Liebe alle,

wollte Euch cc setzen, hier zur Info für die Agenda COVID-19 Lage-AG nächsten Mittwoch.

VG Maria

Von: an der Heiden, Maria
Gesendet: Freitag, 21. Oktober 2022 15:54
An: Datenschutz ; Werth, Katrin ; Schmich, Patrick ; Dohren, Wolfram ; Seidel, Juliane ; Krause, Doreen ; Diercke, Michaela ; Rexroth, Ute ; Kitzmann, Ina
Cc: DEA-Koordination ; ISB
Betreff: AW: Wrap-Up Abstimmung zu EU dPLF

Liebe alle,

vielen Dank für die Aufzeichnungen und den Austausch. Ich habe mich heute kurz mit Frau Rexroth besprochen.

Wir schlagen vor, dass die neuen Entwicklungen und deren mögliche Auswirkungen auf das RKI bei der nächsten COVID-19 Lage-AG im Haus breiter bekannt gemacht werden.

Frau Seidel und ich sind nächste Woche im Urlaub, sodass ich bitten möchte, dass Abt.2 den Punkt unter "Update Digitale Projekte" vorbringt. Ute Rexroth kann dann sicherlich auch Standpunkte der Abt.3 vertreten.

Gleichzeitig wäre es aus unserer Sicht hilfreich, den unten zitierten Bericht in aktualisierter Form noch einmal ans BMG zu senden. Hier kann ich ggf. gern wieder die Federführung übernommen, bin aber erst wieder in der 2. Herbstferienwoche, also ab 31. Oktober am RKI verfügbar. Frau Seidel wieder ab 7. November. Falls jemand anderer koordinieren möchte – gern.

Hier ist der Link zum Ordner, in dem sowohl die Tagesordnung der Lage-AG liegt (falls der Punkt doch gestrichen werden sollte, bitte aktiv werden) also auch der Bericht vom Februar 2022:

S:\\Wissdaten\\RKI_nCoV-Lage\\1.Lagemanagement\\1.3.Besprechungen_TKs\\1.Lage_AG\\2022-10-26-Lage-AG

Ich hoffe, dass dieser Vorschlag Ihnen entgegen kommt.

Herzliche Grüße
Maria an der Heiden

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Datenschutz
Gesendet: Donnerstag, 20. Oktober 2022 16:37
An: Werth, Katrin ; Schmich, Patrick ; Dohren, Wolfram ; Seidel, Juliane ; Krause, Doreen ; Diercke, Michaela ; an der Heiden, Maria ; Rexroth, Ute ; Kitzmann, Ina
Cc: DEA-Koordination ; Datenschutz ; ISB
Betreff: AW: Wrap-Up Abstimmung zu EU dPLF

Liebe Frau Werth,

unsere Schmerzen aus Datenschutz- und IT-Sicherheitssicht haben wir bereits adressiert.

Dankbar sind wir, wenn diese in geeigneter Form (Initiativbericht?) an das BMG adressiert werden, da dort andere Zeit- und Ressourcenvorstellungen für die Einführung der EU dPLF-Lösung existieren.

Viele Grüße

Claudia Enge

Datenschutzbeauftragte
Robert Koch-Institut (RKI)

Tel.: 030 18754 2285

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Werth, Katrin

Gesendet: Donnerstag, 20. Oktober 2022 16:28

An: Schmich, Patrick ; Enge, Claudia ; Dohren, Wolfram ; Seidel, Juliane ; Krause, Doreen ; Diercke, Michaela ; an der Heiden, Maria ; Rexroth, Ute ; Kitzmann, Ina

Cc: DEA-Koordination ; Datenschutz ; ISB

Betreff: AW: Wrap-Up Abstimmung zu EU dPLF

Liebe Alle,

im Nachgang zu dem gestrigen Meeting zum Übergang der DEA in das europäische System EUdPLF mit Vertretern aus dem BM G, der bdr, dem RKI und der EU sende ich euch unsere Aufzeichnungen zu.

Bisher ist noch völlig unklar, welche Rolle das RKI im Rahmen der EUdPLF einnehmen bzw. ob das RKI für diese Prozesse zukünftig verantwortlich sein wird. Bereits zum Jahresbeginn wurde ein Erlassbericht am 25.02.2022 an das BM G übermittelt (> <https://dms-vbs.rki.local/fsc/mx/COO.2219.100.2.439618>). Darin wurde deutlich gemacht, dass eine RKI Verantwortung u.a. finanzielle und personelle Ressourcenaufstockung erfordert.

Ist es notwendig, das BM G nochmals mit einem Initiativbericht anzusprechen?

Viele Grüße,

Katrin Werth

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Enge, Claudia

Gesendet: Mittwoch, 19. Oktober 2022 12:15

An: Seidel, Juliane

Cc: Werth, Katrin ; Krause, Doreen ; Datenschutz ; Schmich, Patrick

Betreff: Wrap-Up Abstimmung zu EU dPLF

Liebe Frau Seidel,

wir bitten Sie dringend mit dem BMG zu klären, wer für die Prozesse für die Einreiseanmeldung per EU dPLF verantwortlich sein soll. Am besten und für das RKI am einfachsten wäre wohl, wenn wir da raus wären....

Uns fehlen für eine datenschutzrechtliche Bewertung wichtige Unterlagen. Durch wen genau (Behörde oder Unternehmen?) wird die Lösung überhaupt angeboten? Gibt es ein Datenschutzkonzept, das u. a. Löschfristen, Rollen- und Berechtigungskonzepte und ein besseres Datenflussschema enthält?

Welche vertraglichen Regelungen sollen getroffen werden?

Es wären u. a. noch die Überarbeitung der Einwilligungen und Datenschutzhinweise mind. notwendig. Des Weiteren hatte Hr. Schirmer ja auch darauf hingewiesen, dass die diversen Rechtsgrundlagen ja auch angepasst werden müssten.

Wir sollten hier schnellstmöglich zu einer Abstimmung mit dem BMG kommen und SRD für die datenschutzrechtliche Betreuung einbeziehen. Ebenso muss das ISB-Team - wenn wieder das RKI verantwortlich sein soll - prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Enge

M.A., MBA

Datenschutzbeauftragte

Robert Koch-Institut (RKI)

Nordufer 20

13353 Berlin

Besucheradresse: Seestraße 10, 13353 Berlin

Tel.: 030 18754 2285

Mail: EngeC@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

From: "[Schaade, Lars](mailto:SchaadeL@rki.de)" <SchaadeL@rki.de>
To: "[Wichmann, Ole](mailto:WichmannO@rki.de)" <WichmannO@rki.de>
"[Harder, Thomas](mailto:HarderT@rki.de)" <HarderT@rki.de>
Date: 11/14/2022 9:01:20 AM
Subject: WG: Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection | Nature
Medicine

Lieber Herr Wichmann, lieber Herr Harder,

konnten Sie in der nächsten COVID-Lage am 23.11. bitte diese Publikation und auch kurzliche Publikationen/Preprints zum immune imprinting kurz vorstellen und bewerten.

Danke! Gru?

LS

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Antao, Esther-Maria <AntaoE@rki.de>

Gesendet: Freitag, 11. November 2022 09:41

An: Verteiler-RKI-Corona <Verteiler-RKI-Corona@rki.de>

Betreff: Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection | Nature Medicine

Liebe Alle,

z.K.

<https://www.nature.com/articles/s41591-022-02051-3>

Viele Gru?e

Esther-Maria Antao

Dr. Esther-Maria Antao

Personliche Referentin des Prasidenten

Robert Koch-Institut

-2003