

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 27.10.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lothar Wieler
 - Lars Schaade
 - Esther Maria Antao
- Abt. 1
 - Martin Mielke
- Abt. 2
 - Thomas Ziese
- Abt.3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- FG14
 - Melanie Brunke
- FG17
 - Barbara Biere
- FG21
 - Wolfgang Scheida
- FG25
 - Hannelore Neuhauser
- FG32
 - Michaela Diercke
- FG33
 - Thomas Harder
- FG34
 - Viviane Bremer
 - Ruth Offergeld
- FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
- FG37
 - Muna Abu Sin
- FG38
 - Ute Rexroth
 - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- MF4
 - Martina Fischer
- P1
 - Ines Lein
- Presse
 - Marieke Degen
 - Ronja Wenchel
- ZIG
 - Johanna Hanefeld
- BZgA
 - Jasmin Benser

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (nur freitags)</p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ◦ SurvNet übermittelt: 4.506.415 (+11.900) Fälle, davon 95.359 (+114) Todesfälle ◦ 7-Tage-Inzidenz 118,0/100.000 EW ◦ Hospitalisierungsinzidenz: 3,07/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 6,57/100.000 EW ◦ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.562.198 (69,2%), mit vollständiger Impfung 55.191.607 (66,4%) ◦ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Steiler Anstieg der Gesamtinzidenz von 70 auf >100/100.000 EW ▪ TH, SN, BY > 200/100.000 EW ▪ Kein Anstieg in SL und SH, in NW jetzt Plateau nach vorherigem Anstieg ◦ Nowcasting und 7-Tage-Tage-R-Wert <ul style="list-style-type: none"> ▪ R weiterhin >1, der steile Anstieg setzt sich derzeit nicht fort ◦ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg in BW, BY, SN, TH ▪ Nur noch <40 LK mit Inzidenz <50/100.000 ▪ Höchste Inzidenz im LK Mühldorf: > 550/100.000 ▪ Keine Daten aus LK Parchim (Cyberangriff) ◦ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg in allen Altersgruppen, am stärksten bei 5-9 und 10-14Jährigen ▪ 40-44Jährige: >150/100.000 ▪ >90Jährige: Steigerung in KW 41 von 78 auf 118/100.000 ◦ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der LK mit Inzidenzen > 500 hat sich deutlich erweitert, besonders bei 10-19Jährigen • Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) <p>Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der meldenden Labore hat abgenommen 10% Rückgang i. Vgl. zu KW 37 ▪ Leichter Anstieg der Testanzahl, deutlicher Anstieg des Positivenanteils auf knapp 11% ▪ Positivenanteile in SN und TH am deutlichsten gestiegen ◦ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapazitäten stabil ▪ Auslastung in TH auf ca. 90% gestiegen 	FG32 Diercke



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In allen anderen BL unter 50%, steigende Tendenz ○ Positivenanteile auf Laborebene (bundesweit) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heterogenes Bild mit bemerkenswert großer Streuung zwischen 0% und 30%, (Ausreißer > 50%), überwiegend zwischen 5% und 15% <p>ARS-Daten (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Testungen stabil, starker Anstieg in TH ▪ Positivenanteil gestiegen (knapp 10%) ▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021 auf Bundesland-Ebene: TH Anstieg HE etwa gleich, NW Rückgang ▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021: deutlicher Anstieg TH, ST, BB, BY, BW Anstiege in den letzten 2 Wochen ○ Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Bundesländern (mit ausreichenden Angaben) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-14Jährige mit höchstem Positivenanteil in den meisten Bundesländern ▪ In NRW steiler Einbruch der Testzahlen bei 5-14Jährigen ○ Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort und Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Jahresvergleich 20/21: zögerlicher Anstieg aber vergleichsweise weniger als 2020 in Arztpraxen, stabile Testanzahl in Krankenhäusern, deutlicher Rückgang an anderen Testorten ▪ Im Jahresvergleich 20/21: Zunahme der Testanzahl bei 0-4Jährigen, deutliche Abnahme in den mittleren Altersgruppen, deutlicher Rückgang seit 2 Wochen bei den 5-14Jährigen, 60-69Jährige etwas unter den Vorjahreswerten, geringere Unterschiede in den hohen Altersgruppen ▪ Testorte sind bei den 0-4 und 5-14Jährigen überwiegend Arztpraxen, bei den 60-79 und >80Jährigen überwiegend Krankenhäuser ▪ Positivenanteile: starker Anstieg in Arztpraxen und an anderen Testorten, gering auch in Krankenhäusern ▪ Starke Zunahme des Positivenanteils bei 5-14Jährigen (bei gleichzeitigem Rückgang der Testanzahl) ○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Behandlungseinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbrüche in med. Einrichtungen KW 42: 78 (Vorwoche 55) ▪ Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: 122 (Vorwoche 78) <p>• VOC/Delta-Variante (<i>nur mittwochs</i>) (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Genomsequenzierung liegt der B.1.617.2 (Delta)-Anteil bei 100 %, in IfSG-Daten bei 99,7, in der RKI 	FG 37 Abu Sin
--	---	------------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Testzahlerfassung ist ein Gap von 5% sichtbar, den fehlenden Daten wird nachgegangen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Nachweise von VOI ▪ Interessenfokus richtet sich derzeit auf AY.4.2 (auch großes Medieninteresse) mit 0,8% Nachweisen in der letzten Woche, und AY.33 (mit und ohne E484K Mutation) mit 2,3% Nachweisen (50-60 Nachweise mit E484K) ▪ Charakteristische Mutation AY.4.2: Y145H+A222V, 315 Nachweise in AY.4.2, 82 Nachweise in B.1.617.2 (Delta) ▪ AY.4.2: bei gleicher Impfquote Altersmedian (31 vs. 35), Hospitalisierungen (6,2% vs. 10%) und Verstorbenenanteil (0,56% vs. 3,19%) höher, (CAVE geringe Fallzahl!) ▪ Geografische Verteilung: keine spezifische Region erkennbar ▪ International: derzeit keine Hinweise auf unterschiedliches Outcome ▪ Anteil Genomsequenzierung: leichter Rückgang nachgewiesen <ul style="list-style-type: none"> • Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (Folien hier) ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Rate i. Vgl. zur Vorwoche gesunken, Kurve wird hauptsächlich durch Kinder getragen ▪ Anstieg bei den 0-4Jährigen, Rückgang bei Schulkindern, Rückgang bei mittleren Altersgruppen Ältere Altersgruppen in allen Altersgruppen ▪ Gesamt-ARE-Rate liegt in der 42. KW im Bereich der Vorjahre ○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsultationsinzidenz im Vgl. zur Vorwoche leicht gesunken (bei 60% Feriendichte) ▪ Betrifft alle BL außer HE, RP, SL ▪ Anstieg in NW, RP und SL bei den 0-5Jährigen ▪ Anstieg in SL und RP bei den 5-14Jährigen ▪ 1,4 Mio/100.000 EW (= 1,1 Mio Besuche) in KW 42 ○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen (außer 15-34) stark gestiegen, insgesamt deutlich über der Vorjahresniveau ▪ Weiterhin sehr hohes Niveau bei 0-4Jährigen (73% RSV) ▪ 5-14 und 15-34Jährige etwa auf Vorjahresniveau, starker Anstieg bei >35Jährigen durch hohen COVID-19- Anteil ▪ Anteil der SARI-COVID-Fälle insgesamt gestiegen ▪ Anteil COVID-19 an SARI 23% (KW 41: 17%) ▪ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 44% (KW 41: 39%) ▪ Jahresvergleich 20/21: Anstieg in allen älteren Altersgruppen verläuft etwa auf Vorjahresniveau, 	FG 17 Kröger
--	---	-----------------

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>aber eine Woche früher, gleiche Entwicklung bei COVID-SARI-Fällen auf ICU für 35-59Jährige, jüngere Altersgruppen spielen bei den COVOD-19-Diagnosen eine ganz geringe Rolle</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger i. Vgl. zu 2. und 3. Welle (bei 60% Feriendichte) ▪ Kindergartenausbrüche: 190 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen (BY 26, BW 36) ▪ Ausbruchsgröße: MW 5 Fälle Median 3 Fälle ▪ 18 Ausbrüche mit ≥ 10 Fällen ▪ Schulausbrüche: 768 Ausbrüche, davon 189 in BW, 116 in TH ▪ 77% aller Ausbruchsfälle bei 6-14Jährigen ▪ Ausbruchsgröße: MW 3 Fälle, Median 5 Fälle ▪ 84 Ausbrüche mit ≥ 10 Fällen (bis zu 73 Fällen) ▪ • Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o 201 Einsendungen aus 45 (-12) Praxen in 13 BL o Positivenrate 63% o 50% der Proben von <15Jährigen o 2 Sars-CoV-2 Nachweise, mit 2 % etwa gleichbleibend o 1 Influenza A -Nachweis, konnte noch nicht typisiert werden o Rhinoviren: stark verbreitet o PIF: leichter Anstieg durch PIF 3 Nachweise, insgesamt PIF4 > PIF3, Rückgang, RSV und HRV Rückgang o Endemische Coronaviren: Seitwärtsbewegung bei OC43 und 229E, andere spielen keine Rolle • Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1762 Behandelte → starker Anstieg +282 Fälle ▪ Neuaufnahmen +821 in 7 Tagen (Vorwoche +600) o Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nord-West: Rückgang HB (kleine Fallzahlen), Anstieg HH, Plateau NIS, SH, Nord-Ost: Anstieg BB, ST, Mitte: Anstieg in SN, TH, HE, Süd: Anstieg BY, BW, Plateau RP SL ▪ 2 BL < 3% (Basisstufe), 14 BL > 3%: o Altersstruktur <ul style="list-style-type: none"> ▪ 60% der ITS-Fälle sind > 60Jährige ▪ Verschiebung hin zu älteren Altersgruppen, ▪ Absolute Zahlen: Zunahme bei den 60-69, 70-79 und +80Jährigen, auch 50-59Jährige nehmen zu, andere Altersgruppen halten ihr Plateau ▪ Todesraten spiegeln dieses Bild o Personal-Raum- und High-Care-Verfügbarkeitseinschränkungen 	FG17 Biere
		MF 4 Fischer



Lagezentrum des RKI	Protokoll des COVID-19-Krisenstabs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal und Raumeinschränkungen folgen der COVID-Kurve, durch Personalwegfall fast 10% Kapazitätsreduktion i. Vgl. zum Vorjahr ▪ Starke Zunahme der Nicht-Verfügbarkeit im High-Care- Bereich <ul style="list-style-type: none"> o Beatmung/ECMO Belegung und Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg der Belegung und Rückgang der Kapazitäten in beiden Bereichen ▪ Anteil von COVID-Fällen „drückt“ die Gesamtbelastung nach oben o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg für Osten, Süden und Süd-Westen ▪ Moderator Anstieg für Westen <ul style="list-style-type: none"> • Diskussion <ul style="list-style-type: none"> o Frage: Wie viele Ausbrüche bestehen aus mehr als zwei Fällen? o Antwort: Ab zwei Fällen wird ein Ausbruch registriert, Median bzw. MW liegen bei KiTa- und Schulausbrüchen zwischen 3 und 5 o Frage: Was kann man zum Absinken der Anzahl der Todesfälle auf ITS von 2. auf 3. Welle aussagen und zum derzeitigen Anstieg? (Im Hinblick auf die Debatte, dass die ITS-Belegung als Maß für die Belastung von politischer Seite eingefordert wird). Ist der Anteil der Todesfälle durch verbesserte Therapie gesunken? o Antwort (Fischer): Anstieg der Anzahl der Verstorbenen auf IST in den letzten Wochen zu beobachten (zwischen 30 und 45 Todesfälle/Tag) es gibt jedoch keine Aussage dazu, in welche Behandlungskategorie diese fielen. Daten zu Therapieintensität und Versterben sind nicht verlinkt) <p>ToDo 1: Nachfrage durch M. Fischer bei DIVI-Register und Rückmeldung</p> <ul style="list-style-type: none"> o Frage: Warum unterscheidet sich die Zahl der Ausbrüche im KITA- Bereich so deutlich von den Schulen? o Antwort: Bisher aus den Daten ableitbare Hypothesen: Informationen zur Umsetzung von Maßnahmen liegen für KITAs vor (für Schulen weniger). Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen ist in Schulen wohl eher rückläufig (AHA+L), im KITA-Bereich gut, ein Zusammenhang mit den Fallzahlen kann hier abgeleitet werden. Betreuer im KITA-Bereich wurden von Impfkampagnen besser erreicht, es ist bekannt, dass die Infektionszahlen der Kinder mit steigender Impfquote der Betreuenden sinken. Übertragungsdynamik und Suszeptibilität: Jüngere Kinder sind sehr selten Indexperson, sie infizieren sich in der Familie. Bei den 10-19Jährigen sind jedoch 39%, bei den >25Jährigen 50% Indexpersonen. <p>KITA-Kinder halten sich zudem deutlich mehr im Freien auf. In den meisten BL gibt es keine Testpflicht für KITA-Kinder, dies könnte zu einer Untererfassung führen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal und Raumeinschränkungen folgen der COVID-Kurve, durch Personalwegfall fast 10% Kapazitätsreduktion i. Vgl. zum Vorjahr ▪ Starke Zunahme der Nicht-Verfügbarkeit im High-Care- Bereich <ul style="list-style-type: none"> o Beatmung/ECMO Belegung und Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg der Belegung und Rückgang der Kapazitäten in beiden Bereichen ▪ Anteil von COVID-Fällen „drückt“ die Gesamtbelastung nach oben o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starker Anstieg für Osten, Süden und Süd-Westen ▪ Moderator Anstieg für Westen <ul style="list-style-type: none"> • Diskussion <ul style="list-style-type: none"> o Frage: Wie viele Ausbrüche bestehen aus mehr als zwei Fällen? o Antwort: Ab zwei Fällen wird ein Ausbruch registriert, Median bzw. MW liegen bei KiTa- und Schulausbrüchen zwischen 3 und 5 o Frage: Was kann man zum Absinken der Anzahl der Todesfälle auf ITS von 2. auf 3. Welle aussagen und zum derzeitigen Anstieg? (Im Hinblick auf die Debatte, dass die ITS-Belegung als Maß für die Belastung von politischer Seite eingefordert wird). Ist der Anteil der Todesfälle durch verbesserte Therapie gesunken? o Antwort (Fischer): Anstieg der Anzahl der Verstorbenen auf IST in den letzten Wochen zu beobachten (zwischen 30 und 45 Todesfälle/Tag) es gibt jedoch keine Aussage dazu, in welche Behandlungskategorie diese fielen. Daten zu Therapieintensität und Versterben sind nicht verlinkt) <p>ToDo 1: Nachfrage durch M. Fischer bei DIVI-Register und Rückmeldung</p> <ul style="list-style-type: none"> o Frage: Warum unterscheidet sich die Zahl der Ausbrüche im KITA- Bereich so deutlich von den Schulen? o Antwort: Bisher aus den Daten ableitbare Hypothesen: Informationen zur Umsetzung von Maßnahmen liegen für KITAs vor (für Schulen weniger). Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen ist in Schulen wohl eher rückläufig (AHA+L), im KITA-Bereich gut, ein Zusammenhang mit den Fallzahlen kann hier abgeleitet werden. Betreuer im KITA-Bereich wurden von Impfkampagnen besser erreicht, es ist bekannt, dass die Infektionszahlen der Kinder mit steigender Impfquote der Betreuenden sinken. Übertragungsdynamik und Suszeptibilität: Jüngere Kinder sind sehr selten Indexperson, sie infizieren sich in der Familie. Bei den 10-19Jährigen sind jedoch 39%, bei den >25Jährigen 50% Indexpersonen. <p>KITA-Kinder halten sich zudem deutlich mehr im Freien auf. In den meisten BL gibt es keine Testpflicht für KITA-Kinder, dies könnte zu einer Untererfassung führen</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Frage: Heatmap und Jahresvergleich der COVID-SARI-Fälle zeigen eindrücklich die derzeitige Entwicklung. Zeigt sich in Hotspot-Gebieten (Inzidenzen >500/100.000 EW) eine unmittelbare Assoziation von Inzidenz und Belastung der Kliniken? o Antwort (Folien zur geografischen Verteilung der Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen): In SN, TH, BY und BW ist die 7-Tage-Inzidenz in den höheren Altersgruppen am höchsten. Auch bei den Hospitalisierungsinzidenzen liegen BY und TH an der Spitze. In Landkreisen in BY mit den höchsten 7-Tage-Inzidenzen liegt die Hospitalisierungsinzidenz zwischen 10 und 20. o Vorschlag: Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen) <p><i>To Do 2: Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen)</i></p> <p>Angebot von Michaela Diercke: Altersstratifizierte Darstellung der Anteile Hospitalisierter, der Anteile schwerer Verlaufsformen und der Anteile der Verstorbenen (Rückgang schwerer Verlaufsformen durch die Impfung) Vorstellung in der nächsten Krisenstabssitzung (Fr 29.10.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Vorschlag: Mehr auf die Problematik der Älteren mit erhöhtem Risiko für Hospitalisierung, schweren Verlauf und Tod fokussieren. o Wie wirkt die Impfung? 2020 waren all >60Jährigen sehr vorsichtig. Jetzt infizieren sich zwar weniger Personen, diese, weil älter, haben ggf. mehr Risiko für einen schweren Verlauf. Kann die Impfung kompensieren, dass unsere Empfehlungen nicht mehr gelebt werden? o Hinweis: Nächste Woche findet die letzte BPK Spahn/Wieler statt, letzte Gelegenheit, relevante Botschaften zu vermitteln. Von politischer Seite soll die Boosterimpfung beworben werden. Das Herausarbeiten von Risikogruppen eignet sich thematisch für die BPK: o Es ist bekannt, dass auch bei Geimpften mit steigendem Alter das Risiko für schwere Verläufe steigt o Ungebremste Infektionsausbreitung in jüngeren Altersgruppen erhöht den Infektionsdruck (Exposition) auf Ältere und dringt auch in geschützte Bereiche (KH, Pflegeheime) ein, die Gruppe der Suszeptiblen ist nach wie vor groß. o Diese Informationen sollen auch im Wochenbericht berücksichtigt werden. <p><i>To Do 3: Diese Information soll bereits morgen, Do 28.10.2021 in den Wochenbericht aufgenommen (und im Rahmen der BPK verstärkt) werden: Umformulierung im Abschnitt „Einschätzung der Lage“:</i></p>	Fischer
		Hamouda Abt 3 /FG 32 Diercke

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>„sprunghafter Anstieg in den höheren Altersgruppen.“, sowie Empfehlung, Kontakte zu reduzieren, die Boosterimpfung in Anspruch zu nehmen und auf einen vollständigen Impfschutz zu achten.</i></p> <p>ToDo 4: Botschaft soll im begleitenden Tweet aufgegriffen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> o Wie ist die Impfeffektivität nach Impfung AstraZeneca? o Antwort: Effektivität wurde nach Impfstoffen ausgewertet., Effektivität bei AstraZeneca etwas geringer, aber kein bedrohliches Waning zu beobachten. In der Gruppe der 10-15% Personen ohne Impfwirkung finden sich vermutlich höher suszeptible Personen und Personen, die die dritte Impfung noch nicht erhalten haben. o Frage an BzGA: Ist eine Kampagne für die dritte Impfung/Boosterimpfung geplant? o Frage kann nicht beantwortet werden. <p>ToDo 5 : Bitte an BzGA, diesbezügliche Informationen in der Krisenstabssitzung am Freitag, 29.10.2021 zu teilen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Vorantreiben der Impfung ist wichtig, aber das mit dem steigenden Alter (damit einhergehend häufigeren Vorerkrankungen) zunehmende relative Risiko bleibt bestehen, deshalb sollten die Infektionszahlen niedrig gehalten werden. Sonst kommt es zu Todesfällen, die durch geringere Exposition vermeidbar wären. 	Wieler
		Bremer/ Lagebericht
		Presse/ Wenckel
		BzGA
2	Internationales (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
3	Update digitale Projekte (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG21

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstimmung und ad hoc Verabschiedung einer an die aktuelle Entwicklung angepassten Risikobewertung (Dokument hier) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Folgender Passus wird verabschiedet: Die 7-Tage-Inzidenzen steigen derzeit in allen Altersgruppen an. Die Fallzahlen sind höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Ein erneuter weiterer Anstieg der Infektionszahlen ist zu erwarten. Gründe dafür sind unter anderem die noch immer große Zahl ungeimpfter Personen, mehr Kontakte in Innenräumen. Die Zahl der Todesfälle zeigt eine steigende Tendenz. Die Zahl schwerer Erkrankungen an COVID-19, die im Krankenhaus evtl. auch intensivmedizinisch behandelt werden müssen, steigt ebenfalls wieder an. Es lassen sich nicht alle Infektionsketten nachvollziehen, Ausbrüche treten in vielen verschiedenen Umfeldern auf. Das Virus verbreitet sich überall dort, wo Menschen zusammenkommen, insbesondere in geschlossenen Räumen. Häufungen werden oft in Privathaushalten und in der Freizeit (z.B. im Zusammenhang mit Reisen) dokumentiert, Übertragungen und Ausbrüche finden aber auch in anderen Zusammenhängen statt, z.B. im Arbeitsumfeld, in Schulen, bei Tanz- und Gesangsveranstaltungen und anderen Feiern, besonders auch bei Großveranstaltungen und in Innenräumen. COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern treten wieder zunehmend auf. Davon sind auch geimpfte Personen betroffen. <p><i>Keine Zirkulation, Freigabe des aktualisierten Dokuments durch Herrn Schaade</i></p>	FG 38 Rexroth Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Beitrag <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Botschaft Twitter für Donnerstag ist bereits geklärt • BPK nächste Woche wurde bereits besprochen <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Illustration zu Impfdurchbrüchen (Quelle: Financial Times) wird spätestens Anfang nächster Woche fertiggestellt 	BZgA Benzer Presse Wenchel P1 Lein
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue Koalition berät gegenwärtig zu einer Übergangslösung, die bis Ende März andauern soll, bezgl. der Aufhebung der epidemischen Lage, Details sind noch nicht bekannt 	Alle Schaade



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> • Outcome Indikatoren: D im Vergleich zu anderen Ländern <ul style="list-style-type: none"> ○ In welcher Form, mit welcher Tiefe und mit welchem Zeithorizont soll die geplante Publikation verfasst werden? ○ Es soll zweigleisig verfahren werden ○ Zeithorizont 1,5 Wochen: Artikel im EpiBull (kein syst. Review), wenige Indikatoren, positive Kernaussage soll einen Kontrapunkt setzen zum Narrativ, dass in D viele Fehler gemacht wurden und das RKI dabei eine große Rolle gespielt hat ○ Vertiefte Analyse/systematischer Review soll zum Frühjahr 2021 angestrebt werden ○ Angedachte Folien brauchen nicht erarbeitet zu werden • Hinweis Rexroth: Auch im gemeinsamen Krisenstab von BMI und BMG war die epidemische Lage von nationaler Tragweite Thema <ul style="list-style-type: none"> ○ Die anderen Ressorts äußern Verunsicherung angesichts der steigenden Fallzahlen. Es besteht Zurückhaltung gegenüber Aktivitäten, da die Leitung fehlt (z.B. Strafverfolgung von Impfzertifikatfälschung) ○ Kampagne zur Boosterimpfung ab 10.11. setzt zu spät an, es gibt Überlegungen, Druck/Zwang auszuüben ○ Nowcasting zur Hospitalisierung wurde rezipiert, Missverständnisse traten auf, Fehlinterpretationen als Indikator für die Belastung des Gesundheitswesens konnten gemeinsam mit Herrn Rottmann geklärt werden, die Schwierigkeit des Meldeverzugs der Hospitalisierungsdaten wurde verstanden ○ Zwangsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen, weil bestimmte Dinge nicht funktionieren ist bemerkenswert, Der Übergang vom politischen Vakuum zur neuen Regierung gelingt hoffentlich rasch ○ Auch bezüglich der Meldepflichten von Krankenhäusern wird Druck von Seiten des RKI erwartet, dies ist nicht möglich, hier sind die Landes- und regionalen Gesundheitsbehörden zuständig. Dies wäre zumindest bei großen Kliniken sinnvoll • Derzeit wird geprüft, ob das Nowcasting für die Hospitalisierungsinzidenz besser dargestellt und in den Trendbericht aufgenommen werden kann. Auch eine Darstellung auf Länderebene ist denkbar <ul style="list-style-type: none"> ○ Insgesamt könnten wesentlich mehr Daten präsentiert werden, die kont. Aktualisierung würde jedoch mehr Personal voraussetzen • Hinweis: Die Ampelkoalition hat ein Eckpunktepapier zur Aufhebung der epidemischen Lage erarbeitet, in allen Fraktionen sind auch Juristen mit diesem Vorgang befasst 	Jung-Sendzik
		Rexroth
		Hamouda Schaade
		Wieler

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

7	Dokumente (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> Nicht besprochen 	
8	Update Impfen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> Nicht besprochen 	FG33
9	Labordiagnostik (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> Nicht besprochen 	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> Nicht besprochen 	ZBS7
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> Nicht besprochen 	FG37
12	<ul style="list-style-type: none"> Untererfassung: Erwachsene im ersten Halbjahr 2020 Faktor 4 bis 5, danach deutlich gesunken, in der Mehrzahl der Studien um den Faktor 2, einige Studien regional weiterhin Faktor 3 bis 5, im internationalen Vergleich niedrige Untererfassung, keine belastbaren Schätzungen bei Kindern CoMoBu (RKI-SOEP-Studie): Datenerhebung für die 2. Runde im 4. Quartal 2021, erstmals unter Einbeziehung von Jugendlichen, vulnerablen Gruppen, Migranten, Geflüchtete, Impf- und Serostatus wird erhoben, umfangreicher Fragenkatalog zu Gesundheit, sozialen Unterschieden, Gesundheitsverhalten (insbes. i. Vgl. zu präpandemischer Zeit) Belastung und Folgen der Pandemie, Impfbereitschaft, wahrgenommene Barrieren Ergebnisse sind im April 2022 zu erwarten, aufwendige Auswertung, Datengewichtung CORONA-MONITORING lokal 2021: Nachbefragung aller Teilnehmenden aus 2020 in 4 Orten (Kurz-Fragebogen zu Infektionen/Impfungen; Lang-Fragebogen zu Long-COVID-Beschwerden), erneute Blutprobe aller Teilnehmenden in Straubing bzw. aller sicher/mutmaßlich Seropositiven in den 3 übrigen Orten ELISAs auf S-AK und N-AK, IGRA auf T-Zell-Immunität Derzeitiger Stand: Kurzbefragungen und Blutentnahmen in allen Orten abgeschlossen, Laboranalysen für letzten Ort Straubing werden in Kürze beendet, Long-COVID-Befragung hat begonnen, erste Datenauswertungen laufen SeBluCo: 2022 ist eine erneute Stichprobe geplant (n=15.000), bisherige Ergebnisse: Bis November 2020 adjustierte Prävalenz <2%, dann stetiger Anstieg bis April (19,4% gesamt, 6,1% natürliche Infektionen), sehr 	FG34 Offergeld FG 25 Neuhäuser Neuhäuser

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gute Korrelation der natürlichen Infektionen mit repräsentativen Studien (MusPAD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Blutspendende (18-59Jährige) waren Anfang 2021 weniger häufig geimpft als allg. Bevölkerung (zu der Zeit noch Priorisierung), Sept. 2021: 87,6% AK-positiv (75-95%), davon N-positiv: 9,3% (vorläufig, 1.728/4.141 Proben untersucht) ● Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ○ Seroprävalenz durch natürliche Infektionen ist erfreulich niedrig, das zeigt, dass die Maßnahmen wirksam gegen die Verbreitung der Infektion waren, diese Aussage könnte in den Bericht aufgenommen werden ○ Dunkelziffer: sollte eingeordnet werden, Faktor 2 ist eine sehr niedrige Untererfassung <p><i>To Do 7:</i> Bis nächste Woche Überlegungen zur Kommunikation der SeBluCo Studie, können die Daten zur Abschätzung der Impfquote herangezogen werden, wie ist der Bias einzuordnen etc.</p>	
		Offergeld
13	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nicht besprochen 	Alle?
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nicht besprochen 	FG38
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Keine vermerkt 	Alle
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nächste Sitzung: Freitag, 29.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex 	

Ende: 12:56 Uhr