



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Freitag, 07.01.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lars Schaade
 - o Lothar Wieler
 - o Esther-Maria Antão
- Abt. 1
 - o Martin Mielke
- Abt. 2
 - o Michael Bosnjak
 - o Thomas Ziese
- Abt. 3
 - o Osamah Hamouda
 - o Tanja Jung-Sendzik
 - o Janna Seifried
- ZIG
 - o Johanna Hanefeld
- FG14
 - o Melanie Brunke
 - o Mardjan Arvand
- FG17
 - o Djin-Ye Oh
- FG21
 - o Patrick Schmich
 - o Wolfgang Scheida
- FG 31
 - o Göran Kirchner
- FG 32
 - o Michaela Diercke
- FG 33
 - o Ole Wichmann
- FG34
 - o Viviane Bremer
 - o Andrea Sailer (Protokoll)
- FG36
 - o Stefan Kröger
 - o Silke Buda
 - o Walter Haas
 - o Kristin Tolksdorf
 - o Udo Buchholz
 - o Luise Goerlitz
- FG37
 - o Tim Eckmanns
 - o Muna Abu Sin
- FG 38
 - o Maria an der Heiden
 - o Ute Rexroth
 - o Claudia Siffczyk
- MF
 - o Torsten Semmler
- P1
 - o John Gubernath
- Presse
 - o Maud Hennequin
- ZBS1
 - o Andreas Nitsche
- ZBS7
 - o Christian Herzog
 - o Michaela Niebank
 - o Agata Mikolajewska
- ZIG1
 - o Anna Rohde
 - o Sarah Esquevin
 - o Carlos Correa-Martinez
- BZgA
 - o Martin Dietrich

2



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In älteren AG nicht ganz so hoch ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Verlauf Übersterblichkeit relativ ähnlich wie Verlauf COVID-19 Fälle ▪ Nicht leicht zu interpretieren: COVID oder auch andere Todesursachen? • Nimmt 5. Welle Fahrt auf? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kann man so sagen. Anteil Omikron vermutlich schon > 50%, steiler Anstieg in nördlichen BL, Omikron-Welle hat begonnen. ○ Intensivbelegung vergleichbar mit vorigen Wellen. Es ist damit zu rechnen, dass wir Peak erreichen oder evtl. noch überschreiten. 	
2	Internationales (<i>nur freitags</i>) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	ZIG
3	Update digitale Projekte (Folien hier) (<i>nur freitags</i>) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	Alle
5	Expertenbeirat (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	
6	Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	BZgA Presse P1
7	RKI-Strategie Fragen <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldezahlen, Testkapazitäten bei sehr hohen Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ○ Absehbar wird ein Kapazitätsmangel bei PCR-Tests zu Problemen bei der Darstellung der Inzidenz führen. Was soll dann berichtet werden? ○ Möglichkeiten: Beurteilung der Situation aufgrund von syndromischer Surveillance oder Schätzen der Inzidenzen auch aufgrund von syndromischer Surveillance? ○ Schätzung, wie hoch die Inzidenz sein könnte, basierend auf dem Verhältnis zwischen pos. Antigentest und pos. PCR-Test. ○ Müssen Testkriterien nachgeschärft werden? Im Moment soll jeder symptomatische Fall getestet werden. ○ Zahlenchaos in Dänemark: viele Hospitalisierungen und Todesfälle haben nur Nebendiagnose COVID, soll korrigiert werden. • Schätzung der Inzidenz von Covid-19 Erkrankungen auf Basis der syndromischen Surveillance (Folien hier) 	FG36 / FG32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Wo liegt der Fokus für gutes Lagebild? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance aus den Meldedaten: Was abgebildet wird, hängt stark von der Teststrategie ab. Vollständigkeit dieser Daten variiert über Zeit. ▪ Schwerpunkt der syndromischen Surveillance sind symptomatische Infektionen. ▪ Akute respiratorische Erkrankungen, testunabhängig, erregerübergreifend ▪ Standardisierbar und digitalisierbar über ICD10-Diagnosecodes ▪ Begrenzt sind einzelfallbasierte, epidemiologische Informationen zum Erreger durch Kombination mit ICD-10 Diagnosecodes und virologischer Surveillance vorhanden. o Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ geographische Auflösung geringer als in Meldedaten ▪ Sensitivität geringer ▪ Abhängig von der freiwilligen Mitarbeit der Einrichtungen ▪ keine tägliche Verfügbarkeit o Zeitnahe Erfassung symptomatischer Erkrankungen, primäres Instrument zur Surveillance o Inzidenzschätzung symptomatischer Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere Informationen notwendig: ICD10-Diagnosecodes für COVID, Positivenquote, Anteil symptomatischer Fälle in den Meldedaten, Anteil der Erkrankten, die einen Arzt aufsuchen, Befragung von betroffenen Personen o Vergleich COVID-19 im Krankenhaus: Hospitalisierungsinzidenz aus Meldedaten und ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht alle COVID-Fälle im KH sind enthalten, sondern nur SARI-Fälle. ▪ Gute Passgenauigkeit in Phasen mit geringer Krankheitslast, vermutlich Untererfassung in Hochinzidenzphasen im Meldesystem. ▪ Publikation kurz vor Einreichung ▪ Verschiedene Altersgruppen: Bei 5-14 Jährigen wurde ein großer Teil der Kindern primär aufgrund von anderen Diagnosen aufgenommen. ▪ Validierung über viele Jahre an Gesamterfassung der Hospitalisierung durch DESTATIS o Vergleich im ambulanten Bereich: Symptomatische Erkrankungen aus Meldedaten und SEEDARE (Arztinformationssystem): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gute Passgenauigkeit mit Inzidenz symptomatischer Meldedfälle, sobald die Belastung stark ansteigt möglicherweise Untererfassung im Meldesystem. ▪ Vorsichtige Schätzung der Betroffenheit in der Gesamtbevölkerung: COVID-ARE/Arztgehrate bei 0-4 Jährige am höchsten (gehen früher zum Arzt, RSV-Welle). ▪ Schätzung der Fälle in der Bevölkerung deutlich höher, vermutlich näher an Dunkelziffer als in Meldedaten. o Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzidenzschätzung mittels syndromischer Surveillance 	FG36 (Haas)
--	---	----------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>ist möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 Surveillancesysteme + weitere Daten ▪ Aktuell auf nationaler Ebene ▪ Ersetzt nicht Information des Meldesystems ▪ Wichtige Ergänzung des Lagebilds, weniger abhängig von Teststrategie und -verfügbarkeit <ul style="list-style-type: none"> • Antigennachweise und Hospitalisierungsgrund im Meldesystem <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch Antigenteste sollen übermittelt werden, ohne Bestätigung ist die Referenzdefinition nicht erfüllt. ○ Anteil Fälle mit Antigennachweis ist in Niedriginzidenzzeiten höher, nimmt dann wieder ab. ○ Aus vielen Antigennachweisen wird später ein Fall. Zusätzlich gibt es Antigentests, die nicht zu einem Fall wurden, wahrscheinlich weil kein weiterer Test durchgeführt wurde. ○ 64 Kreise haben keine Antigennachweise übermittelt, weitere 80 Kreise nur sehr wenige (Kapazitätsgründe). ○ Grund der Hospitalisierung wird erfasst (aufgrund von COVID, einer anderen Ursache), ist aber nicht gut ausgefüllt. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zurzeit viele Anfragen zur Hospitalisierungsinzidenz • CWA (2.Folie hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Neuinfektionen und Warnende matchen gut miteinander, über Weihnachten und Neujahr weniger starker Rückgang in CWA (geglättete Zahlen). ○ In CWA sind Antigentests und PCR Tests enthalten. ○ Wäre es sinnvoll die Zahl der Warnenden in die Berichterstattung zu integrieren? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird ein relativ konstantes Verhältnis zwischen Nutzenden und Bevölkerung angenommen, ca. 1/6, beim Teilungsverhalten des pos. Testergebnis $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$. ▪ Über Datenspende gibt es auch regionale Informationen. ▪ Die Symptomatik wird zur Berechnung des Übertragungsrisikos abgefragt. ▪ CWA wird nicht repräsentativ genutzt, bietet deshalb Angriffsfläche, eher als Zusatzinformation. • Kann, wenn aufgrund der steigenden Zahl die GA mit den Meldungen nicht mehr nachkommen, ein Algorithmus gefunden werden, um diese Abweichung zu berechnen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel ist das Abbilden der Krankheitslast. Symptomatische Infektionen und Krankheitslast können gut dargestellt werden. ○ Verhältnis asymptomatischer und symptomatischer Infektionen ist eher wissenschaftliche Frage im Hintergrund. • Soll syndromische Surveillance verpflichtend werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Viele Limitationen durch Freiwilligkeit. Aber mit aktuellen Mitteln nicht umsetzbar. Sollte sorgfältig diskutiert werden, welcher Bereich mit welcher Geschwindigkeit entwickelt werden könnte und welche Ressourcen dafür notwendig wären. 	<p>Diercke</p> <p>Schmich, Kirchner</p> <p>Wieler</p> <p>Haas</p>
--	---	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Zusatznutzen durch aus den Arztpraxen stammende Daten in ARS? Entweder Berechnung einer adjustierten korrigierten Inzidenz oder weg von der Inzidenz? Hr. Haas ist mit FG37 in Kontakt, nicht ganz so trivial in der Interpretation. o Meldedaten sind notwendig um Situation vor Ort zu steuern. o Korrektur auf nationaler Ebene durch syndromische Surveillance. Wichtige Daten und ergänzende Interpretation zur Einordnung der Meldedaten sind aktuell verfügbar, Fokus auf Hospitalisierung. • Inzidenzen mit Korrekturfaktor zu versehen ist eher nicht erwünscht. <ul style="list-style-type: none"> o Korrekturfaktor könnte eingeführt werden um damit das Meldesystem zu stärken. • Die absehbare Untererfassung durch Testmangel muss kommuniziert werden. Alleiniger Fokus auf Inzidenz in Öffentlichkeit sollte gebrochen werden <ul style="list-style-type: none"> o Meldedaten sind nicht dazu gedacht alle Fälle zu erfassen, sie sollen Trends abbilden. Es sind andere Instrumente vorhanden um das Infektionsgeschehen zu interpretieren. o Im Wochenbericht sollen weiter Meldezahlen berichtet werden + zusätzliche Instrumente für Interpretation. <p><i>ToDo: Verfassen eines leicht verständlichen Textes, wie sich die Situation entwickeln wird, evtl. mit Korrekturfaktor (Hr. Eckmanns); Bericht soll ans BMG geschickt werden; nächste oder Anfang übernächster Woche Initiieren eines Hintergrundgesprächs mit der Presse (FF Presse)</i> <i>FF Hr. Hamouda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soll das Papier zu den Testkriterien geändert werden? Testung nicht mehr bei jeder respiratorischen Symptomatik? <ul style="list-style-type: none"> o Diagnostik für Erkrankungen, Antigentests für Management o Aktuell kein Grund, reguliert sich über Zugang zum Arztsystem, nicht jeder wird mit seinen Beschwerden zum Arzt gehen. Sollte im Moment nicht verändert werden, hat sich so bewährt. Wenn das nicht mehr realisierbar ist, kann auf qualitativ hochwertige Antigenteste umgestiegen werden. • Mantelverordnung: Änderung Einreise-VO und Schutzmaßnahmen Ausnahme-VO • Einreiseverordnung <ul style="list-style-type: none"> o Wird gerade in vielen Ländern verändert. Im Moment Unterscheidung in Virusvariantengebiete und Hochinzidenzgebiete, Abkehr von Hochrisikogebieten gewünscht. • Aktualisierungsvorschlag (hier) <ul style="list-style-type: none"> o Vorschlag: AG-Testung vor Einreise aller ab 6 Jahren, Testung nach Einreise der Ungeimpften o BMG möchten vermutlich Ausnahmen für Geboosterte für 3 Monate. Geimpfte müssen irgendwelche Privilegien erhalten, dies muss in Einreiseregulierung enthalten sein. o Vereinfachung der Verordnung ist sinnvoll. 	<p>Hamouda</p> <p>Mielke</p> <p>Haas</p> <p>Eckmanns</p> <p>Mielke</p>
--	--	--

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

Hanefeld

Mielke



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Härtere Maßnahmen für KRITIS als für Allgemeinbevölkerung. Beeindruckend weitgehend, nach 7 Tagen Freitestung mit Antigentest aus Isolation für Allgemeinbevölkerung; für KRITIS Erschwerung und nicht Erleichterung. War zunächst nur für Geimpfte gedacht, gilt jetzt für alle. o Bei kürzerer Inkubationszeit gleiche Risikoreduktion wie nach 10 Tagen, serielle Reduktionszeit relativ kurz, entspricht dem, was vorgeschlagen wurde . o Tabelle mit Omikron-Daten sollte neu berechnet werden. o Ist nur zur Kenntnisnahme, wurde ausgiebig mit Minister und sonstigen Beteiligten diskutiert. Auf RKI Seite wird der MPK-Beschluss zitiert. <p>b) RKI-intern</p>	Herzog Eckmanns
8	Dokumente (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	Alle
9	Update Impfen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	FG33
10	Labordiagnostik (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Antivirale Therapeutika gegen SARS-CoV-2 (Aufgabe aus dem Krisenstab v. 24.11.2021, ID 4635) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> o Insgesamt wenige Daten zur Prophylaxe • Neutralisierende monoklonale Antikörper <ul style="list-style-type: none"> o Zu Casirivimab/Imdevimab liegen am meisten Daten vor. Relative Risikoreduzierung (RRR) von 70% bei Therapie, 81% bei PEP, 93% bei PrEP (nicht an Immunsupprimierten getestet, nur Phase 1). Dauer der Infektion nach Verabreichung von Antikörpern deutlich kürzer. o Regdanvimab: zugelassen, aber in Deutschland nicht verfügbar; Therapie: 54% RRR o Sotrovimab: zugelassen, soll in Kürze in Deutschland 	ZBS7 Mikolajewska



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>verfügbar sein; Therapie: 79% RRR; auch als Prophylaxe denkbar</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tixagevimab / Cilgavimab: bedingte Zulassung in USA, könnten gut für Prophylaxe geeignet sein; 83% RRR als PrEP o Wirksamkeit bei Omikron-Variante <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casirivimab, Imdevimab wirken nicht. ▪ AZD7442: widersprüchliche Daten ▪ Sotrovimab wirkt mit relativer Sicherheit. • Orale Antivirale Medikamente <ul style="list-style-type: none"> o Molnupiravir: Kann über Großhandel von Apotheken angefordert werden und auf Rezept in der Frühphase bis 5 Tage verabreicht werden; 30% RRR. Es liegen noch keine Daten zur Prophylaxe vor . o Nirmatrelvir und Ritonavir: Ist voraussichtlich ab Januar verfügbar; Daten aus Pressemeldungen: bei Hochrisikopatienten: 89% RRR, mit Standardrisiko 70% RRR, viele Bedenken bzgl. Medikamenteninteraktionen o Wirksamkeit bei Omicron-Variante <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scheinen Wirksamkeit zu behalten. • Public Health Perspektive <ul style="list-style-type: none"> o Keine geeignete Substanz für breite Anwendung o Patientenpopulation mit Risiko für schweren Verlauf wurde auf ca. 10 Mio. geschätzt. o Patientenpopulation für PrEP wird auf ca. 65 Tsd. geschätzt. o Erzielter Benefit <ul style="list-style-type: none"> ▪ nmAb: ca. 70-89% RRR ▪ Molnupiravir: ca. 30% RRR (Einschränkungen!) ▪ Paxlovid: ca. 89% RRR (Einschränkungen!) o Risiken: Nebenwirkungen; Virale Mutagenese? VOC? Resistenzentwicklung? o Verfügbarkeit begrenzt • In STIKO wird das Thema der Prophylaxe mit mAB und Antiviralen Medikamenten zunächst depriorisiert. <i>ToDo: Ergebnisse mit Fokus auf Prophylaxe in STIKO vorstellen, FF Fr. Mikolajewska</i> • Ist Publikation in geeignetem Rahmen angedacht? <ul style="list-style-type: none"> o Evtl. im Ärzteblatt, war als Stellungnahme gedacht. o Nach Vorstellung in STIKO: Veröffentlichung nicht als Empfehlung, sondern als Darstellung des Sachstandes 	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	
13	Surveillance (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • (Nicht berichtet) 	FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

15	Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>) <ul style="list-style-type: none">• (Nicht berichtet)	FG38
16	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none">•	Alle
17	Andere Themen <ul style="list-style-type: none">• Nächste Sitzung: Montag, 10.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:38 Uhr