



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 02.02.2022, 12:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lothar H. Wieler
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
 -
- Abt. 1
 - Martin Mielke
- Abt. 2
 - Michael Bosnjak
- Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - Janna Seifried
- FG14
 - Mardjan Arvand
 - Melanie Brunke
- FG17
 - Ralf Dürrwald
 - Dschin-Je Oh
- FG21
 - Wolfgang Scheida
- FG32
 - Michaela Diercke
 - Benedikt Zacher
- FG33
 - Wiebe Külper
- FG34
 - Viviane Bremer
- FG 35
 - Christina Frank
- FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
- FG37
 - Tim Eckmanns
- FG38
 - Maria an der Heiden
 - Christian Wittke (Protokoll)
- ZBS7
 - Christian Herzog
- MF 2
 - Torsten Semmler
- MF4
 - Martina Fischer
- P1
 - Ines Lein
- P4
 - Susanne Gottwald
- Presse
 - Ronja Wenchel
- ZIG
 - Johanna Hanefeld
- BZgA
 - Andrea Rückle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Starker sich fortsetzender Abfall in SN, TH o Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> o Rückgang der verschiedenen Behandlungsgruppen o Anzahl der Fälle mit unbekannter Behandlung nimmt anteilig zu o Invasive Beatmungskapazität <ul style="list-style-type: none"> o Freie Kapazitäten nehmen zu. Entlastungstrend setzt sich fort. o ECMO-Kapazität <ul style="list-style-type: none"> o Belastung durch COVID trotz Rückgang noch immer sehr hoch o Freie Kapazitäten nehmen zu o Entwicklung nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> o Zunahme bei den 70-79-Jährigen sowie bei 80+ o 0-17 u. 18-29-Jährige Plateau auf hohem Niveau o ITS-Belegung mit Nachweis Virusvarianten: Rückgang Delta, Zuwachs Omikron, Plateau/Anstieg bei unbekannt o Omikron-ITS-Fälle <ul style="list-style-type: none"> o 204 Fälle; grob 7 Tage Verdopplungszeit o SPoCK-Prognose <ul style="list-style-type: none"> o Für Deutschland insgesamt leichter Rückgang/ Seitwärtsbewegung prognostiziert o Rückgänge in NRW o Anstieg in SL, Abfall in RLP, Verweis auf Betrachtung einzelner BL <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> o Folien hier o Grippe Web: <ul style="list-style-type: none"> o 4.800 ARE pro 100.000 Einw. in KW 4 o Insgesamt knapp 4 Millionen ARE in D, unabhängig von einem Arztbesuch (3. KW: knapp 4,2 Mio.) o ARE-Rate in KW4 gesunken, Anstieg hat sich zunächst nicht fortgesetzt, dadurch Nähe zur Werten vor der Pandemie nicht mehr gegeben (in KW 4). o Im Vergleich zur 3. KW 2022: <ul style="list-style-type: none"> Bei den Kindern gesunken, bei den Erwachsenen leicht gestiegen (betrifft hauptsächlich jüngere Erwachsene (15 bis 34 J.) o Durch Rückgang auch bei Kindern nicht mehr im Wertebereich wie vor der Pandemie. o ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> o 4. KW 2022: höher als letztes Jahr, im Bereich der Saisons vor der Pandemie o Rund 1.470 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in D) o KonsInz insgesamt relativ stabil geblieben: in KW 4: 1.470 (Vorwoche: 1.450) o KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr, Im 	FG 36 (Buda)
--	--	--------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Bereich der vorpandemischen Saisons, Ausnahme 0-4J.: Dort liegt die KI aktuell nicht ganz so hoch wie vor der Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> o Regionale Unterschiede: Anstiege in BW, BY; Rückgang in den BL SH, HH, BB o Insgesamt noch ein relativ uneinheitliches Bild o ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner: <ul style="list-style-type: none"> o ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 4. KW 2022: Rund 380 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose / 100.000 EW (= rund 320.000 ARE-COVID-Arztbesuche in D) o ICOSARI: <ul style="list-style-type: none"> o Insgesamt stabil geblieben o in KW 3/2022 unter vor-pandemischen Niveau; 10 Influenza-Fälle in aktueller KW (vorher/in 2021 zwischen 1-6 pro Woche); betroffene AG: alle U80 o Leichter Rückgang in AG 0 bis 4 Jahre sowie 80 Jahre o Weitgehend stabil in allen anderen Altersgruppen o Größter Anteil an COVID-Fällen in der Altersgruppe 35-59 (70%) o Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI <ul style="list-style-type: none"> o COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz von 5,0 pro 100.000 Einw. (stabil geblieben) o Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-4 in den vergangenen Wochen sowohl in Meldedaten als auch ICOSARI höher als in vorherigen Wellen o AG 0-4 mit höchster Hospitalisierungsinzidenz nach AG 60 Jahre und älter; Anstieg in AG 80+ o Intensivbehandlung SARI-Fälle bis zur 4. KW 2022 <ul style="list-style-type: none"> o Deutlicher Rückgang der SARI-Intensivpatienten in AG 35 bis 79 seit Jahresbeginn o Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> o Seit Jahresbeginn rascher Anstieg o Starker Verzug aufgrund von Nachmeldungen o Ausbruchsgröße vom Median her relativ gleichgeblieben <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> o Folien hier o KW 4/22: 141 Einsendungen o SARS-CoV-2-Anteil 22%, Omikron-Anteil bis KW 4/2022 auf fast 100% o Inflenzaviren in KW 4 leichter Anstieg auf 3,1%, überwiegend A/H3N2-Viren o Inflenzaviren-Aktivität in Anbetracht der Jahreszeit noch immer sehr gering o β-Coronaviren: Rückgang OC43, Anstiege 229E und SARS- 	
		FG 17 (Dürrwald)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Fälle mit Meldedatum zwischen 1.11.21 und 17.01.22 aus dem Laborsample der IMS Genomsequenzen (Datenstand 01.02.2022) o Im Datensatz 33.577 Delta und 6.025 Omikron-Fälle, Vollständige Angaben bei 37% der Fälle o Limitationen: Vollständigkeit abhängig von Auftreten neuer VOC und Gesamtinzidenz, Peakzeiten für VOC in Phasen unterschiedlicher Immunisierung oder Seroprävalenz, Stichproben aus der IMS nur kleiner Teil der Gesamtfälle o Hospitalisierung + adj. OR <ul style="list-style-type: none"> o In fast allen Altersgruppen deutliche Reduktion bei Omikron o Fast alle OR unter 1; 4 Gruppen mit signifikanten Ergebnissen o Vergleich adj. OR IMS Stichprobe vs. alle IfSG-VOC Daten im Zeitraum <ul style="list-style-type: none"> o Reduktion bei allen OR der über 35-Jährigen signifikant o Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hat die Influenza-Welle offiziell in Deutschland begonnen? <ul style="list-style-type: none"> o Nein, die Welle hat nicht offiziell begonnen. Aktuell noch im Bereich der Hintergrundaktivität o Bei den Jüngeren sieht man keinen Unterschied im Impfstatus bzgl. der Krankheitsschwere Delta-Omikron und bei den Älteren schon? <ul style="list-style-type: none"> o Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung o Für Grundimmunisierung + Auffrischimpfung zu wenig Daten in den einzelnen Gruppen o Frage zu den ARS-Daten: Die Positivenrate ist je nach AG z.T. sehr hoch. Inwieweit lässt sich abschätzen ob durch die Diskussionen zum verkürzten Genesenenstatus Personen, die sich noch im 2G-Bereich wähten, sich nun eine Bestätigung holen um wieder in diesen zu gelangen? Es ist ein großer Unterschied zu der Sentinel Surveillance. <ul style="list-style-type: none"> o Es sind weitgehend die Arztpraxen und es ist davon auszugehen, dass die Kinder vor allem dort sind. Was dahinter steckt ist mit Hilfe von Informationen aus den verschiedenen Systemen zu interpretieren. Der genannte Verdacht kann nicht aus den Daten gelesen werden. o Frage zu der Abbildung von Testungen in KH, Arztpraxen und anderen: Was steckt hinter den anderen 400.00 PCR-Tests? 	<p>MF 2 (Semmler)</p> <p>FG 32 (Zacher)</p> <p>Praes Zacher</p> <p>Buda Eckmanns</p>
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o Das sind die Testzentren, in denen offizielle PCR-Tests gemacht werden. o Hinweis auf labordiagnostisch gesicherte Meldedaten von Schwere bei Kindern und jungen Erwachsenen bzgl. Delta-Omikron. Dass es keinen Unterschied in der Hospitalisierung gibt, könnte statt mit fehlenden Schwereunterschied, auch als Hinweis darauf interpretiert und erklärt werden, dass die Hospitalisierung unabhängig von Delta oder Omikron erfolgt, da es sich hier um Hospitalisierungen mit Infektionsnachweis handelt. o Frage an Zacher: Sind es genug Daten um zu publizieren? Könnte man es so interpretieren, dass die vollständige Impfung gegen Delta besser schützt als gegen Omikron? Würde es Sinn machen OR Delta vs. Omikron bei Zweifach-Geimpften zu berechnen? <ul style="list-style-type: none"> o Bei Interpretation der Daten Limitationen berücksichtigen o Bezüglich der Datenmenge: Entscheidung treffen Beschränkung auf Laborsample oder alle Daten mit einbeziehen o Limitationen transparent machen, offenlegen und mutig sein zu publizieren o Die Datenmenge ist noch etwas gering (aktuell bis 17.01.22). Aussagekraft steigt in den nächsten Wochen. Weitere Faktoren zu berücksichtigen ist denkbar. 	<p>Eckmanns</p> <p>Haas</p> <p>Schaade Zacher</p> <p>Kröger</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags) (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur freitags)</p>	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Risikobewertung zu COVID-19: Diskussion editierter Änderungsentwurf Abgelegt hier</p> <ul style="list-style-type: none"> o Deeskalation von „sehr hoch“ auf „hoch“? ECDC empfiehlt Vorgehensweise bei Impfquote ab 75% o Abwarten, da die Zahlen in BL mit geringer Impfquote steigen o Abstufung auf „hoch“ sinnvoll bei zeitgleich guter Erklärung. 	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Einschätzung auf „sehr hoch“ erfolgte damals z.T. durch Unsicherheit der Schwereeinschätzung bei Omikron</p> <ul style="list-style-type: none"> o Abstufung, da nun bessere Aussagekraft und um das Vertrauen der Bevölkerung in das RKI zu steigern o Aktueller Kenntnisstand bei Bewertung zugrunde legen o Dieser rechtfertigt eine Abstufung. o Abstufung sollte in einem größeren Kontext kommuniziert werden. Zudem könnte der Eindruck entstehen, dass Omikron der Grund für eine Deeskalation ist. o Das Dokument signalisiert einen Strategiewechsel: Fokussierung nur noch auf Vermeidung schwerer Erkrankungen. Es sollte genau erklärt werden, warum ein Strategiewechsel vorgenommen wird. o Falls wir auf „hoch“ runter gehen, sollte die Stratifizierung (Krankheitsschwere) nicht gestrichen werden: Das wäre dann eine positive Botschaft im Hinblick auf Omikron (Ungeimpft: Hoch, 2x geimpft: moderat, geboostert: niedrig?) falls so machbar. o Krankheitsbelastung ist nach wie vor hoch / höher geworden o Abstufung von sehr hoch auf hoch wird in der jetzigen Situation als Signal der Lockerung von der Bevölkerung aufgefasst. Schaden für das RKI könnte groß sein. Aktuell besteht noch keine Notwendigkeit für Abstufung o Strategiewechsel sollte gut mit dem BMG kommuniziert werden o Vulnerable Gruppen bei Kindern sollten im Entwurf Berücksichtigung finden o Vulnerable Gruppen ja, aber nicht auf eine bestimmte Altersgruppe beschränken o Keine Notwendigkeit einer Abstufung zum jetzigen Zeitpunkt. Der Entwurf sollte zur Vorbereitung mit dem BMG abgestimmt werden o Kommunikation bei Deeskalation sehr wichtig. Es sollte weiterhin als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. o Entwurf wird noch einmal intern abgestimmt. Das Ziel sollte sein, dieses Papier dem BMG in der Woche vor der MPK vorlegen zu können. 	<p>Alle</p>
--	--	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> o ECDC Transition Diskussionspapier. Wer kann/soll das vom RKI für das BMG kommentieren? <ul style="list-style-type: none"> o Diskussionspapier zeigt Strategieanpassung mit Konzentration auf schwere Verläufe. Fokus auf Syndromische Surveillance. Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, Verhaltensaspekte, Impfungen etc. o Papier wird morgen im Advisory Forum diskutiert. Zuletzt wurde das Risk Assessment vom ECDC von vielen Staaten als zu alarmierend kritisiert. Daraufhin ist dieses Papier entstanden. o Syndromische Surveillance in den Vordergrund rücken auch im Interesse des RKI. Stellungnahme sollte unterstützend verfasst werden. o Maria adH schreibt Stellungnahme. Walter Haas bietet Unterstützung an. <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Maria adH</p> <p>Hamouda</p> <p>Maria adH</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen (nur freitags) (nicht berichtet)</p> <p>STIKO (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>
<p>10</p>	<p>Labordiagnostik</p> <p>FG17 nicht besprochen</p> <p>ZBS 1</p>	<p>FG17</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
13	Surveillance nicht berichtet	FG 32
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Nächste Sitzung: Freitag, 04.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:55 Uhr