



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 07.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- |                      |          |                           |
|----------------------|----------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG37   | ○ Stefan Kröger           |
| ○ Lars Schaade       |          | ○ Tim Eckmanns            |
| ! Abt. 1             | ! FG38   |                           |
| ○ Annette Mankertz   |          | ○ Maria an der Heiden     |
| ! Abt. 3             |          | ○ Claudia Siffczyk        |
| ○ Ute Rexroth        |          | ○ Ariane Halm (Protokoll) |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! IBBS   |                           |
| ! FG14               |          | ○ Claudia Schulz-Weidhaas |
| ○ Mardjan Arvand     |          | ○ Michaela Niebank        |
| ○ Melanie Brunke     | ! ZBS1   |                           |
| ! FG15               |          | ○ Janine Michel           |
| ○ Sindy Böttcher     | ! P1     |                           |
| ○ Sabine Diedrich    |          | ○ Mirjam Jenny            |
| ! FG17               |          | ○ Ines Lein               |
| ○ Barbara Biere      | ! Presse |                           |
| ○ Djin-Ye Oh         |          | ○ Jamela Seedat           |
| ! FG32               | ! ZIG    |                           |
| ○ Michaela Diercke   |          | ○ Johanna Hanefeld        |
| ! FG33               | ! ZIG1   |                           |
| ○ Ole Wichmann       |          | ○ Regina Singer           |
| ! FG36               | ! BZgA   |                           |
| ○ Walter Haas        |          | ○ Martin Dietrich         |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:</p> <p>Datenstand: WHO, 06.05.2021</p> <p>Fälle: 154.815.600 (nur 0,95% Anstieg seit letzter Woche)</p> <p>Todesfälle: 3.236.104 (2,1%)</p> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen</p> <p>Länder unverändert zur letzten Woche, in der Reihenfolge haben nur Argentinien und Frankreich den Platz getauscht</p> <p>Oben Indien gefolgt von Brasilien, beide mit steigendem Trend</p> <p>Abnehmender Fallzahlen-Trend bei den restlichen Ländern, dennoch zahlreiche mit hohen 7-T-I</p> <p>Karte mit 7-Tage-Inzidenz/100.000 weltweit</p> <p>Im Vergleich zur Vorwoche etwas heller</p> <p>Noch stets hohe Inzidenzen mit steigendem Trend z.B. in Süd- und Zentralamerika</p> <p>Europa: besonders nordische Länder wie Schweden, baltische Staaten und auch NL mit hohen Inzidenzen</p> <p>Asien: Indien, Türkei, Bahrain und Mongolei, in Nepal relativ geringe Inzidenz aber stark steigender Trend (100% im Vergleich zur Vorwoche)</p> <p>Afrika und Ozeanien geringere Fallzahlen und Inzidenzen</p> <p>Epikurve WHO Sitrep</p> <p>5,7 Mio. neue Fälle letzte Woche, Todesfallzahlen 7. Woche in Folge ansteigend</p> <p>In Südostasien (SEARO) deutlicher Anstieg von Fall- und Todesfallzahlen, Indien verantwortlich für 90% der Fälle und Todesfälle in der Region, 25% der globalen Todesfälle</p> <p>Fall- und Todesfallzahlen in Europa rückgängig</p> <p>In WPRO kaum Veränderungen in Fallzahlen</p> <p>Indien</p> <p>Insgesamt &gt;21 Mio. Fälle, &gt;230.000 Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 196/100.000, R-Wert 1,11, 2,7 Mio. Fälle in letzten 7 Tagen (+10,4%, stärkster prozentualer Anstieg im Vergleich zur Vorwoche), 9,4% 1. Impfdosis, 2,2% der Bevölkerung vollständig geimpft</p> <p>Aktuell Lage besonders kritisch im Westen: Maharashtra, Karnataka, Kerala, Goa, langsame Ausweitung gen Osten</p> <p>Testkapazität eher eingeschränkt, Positivrate von 21,5%, hohe Dunkelziffer vermutet, auch Todesfallzahlen werden ca. 3-mal höher eingeschätzt</p> <p>Kein nationaler Lockdown, 10/28 Staaten haben Lockdown oder Ausgangssperren eingeführt, Medizin- und Pflegestudierende wurden freigestellt um zu helfen</p> <p>Virusvariante B.1.617 scheint in zeitlicher Darstellung einen Beitrag zur aktuellen Situation geleistet zu haben</p> <p>Nur wenige Sequenzdaten verfügbar und Repräsentativität</p>	ZIG1

	<p>unklar</p> <p>Vorläufige Ergebnisse zeigen geringe Verringerung der Neutralisierung durch geimpfte oder rekonvaleszente Seren</p> <p>ECDC Update anhand auch von GISAID Daten nach KW: B.1.1.7 wird möglicherweise verdrängt</p> <p>Weitere Treiber der Neuinfektionen in Indien: Nichteinhaltung von Maßnahmen, falsches Sicherheitsgefühl</p> <p>Massenbewegungen von Stadt auf Land</p> <p>Seit 26.04. ist Indien als Virusvariantengebiet ausgewiesen</p> <p>PHE Update zur Variante aus Indien und neues Risk Assessment wird heute erwartet, bereits Spekulationen im Guardian (<a href="#">hier</a>), dass B.1.617 Variante als VOC eingestuft wird</p> <p>ZIG Austausch mit Institut für Virologie in Pune, Maharashtra (Anfrage über deutsche Botschaft)</p> <p>Meeting heute auch mit Stefan Fuchs (MF1) und Max von Kleist (P5), Thema u.a. genomische Sequenzierung da diese dort aufgestockt werden soll</p> <p>Indische Kollegin berichtete eindrucksvolle und auch besorgniserregende Ergebnisse über Impfdurchbrüche bei Geimpften durch B.1.617 (60% der Proben in Maharashtra), auch Untersuchung von Impfdurchbrüchen und rekonvaleszenten Seren</p> <p>Epidemiologische Daten, z.B. ehemals positive, die erneut positiv sind (%), klinischer Schweregrad bei den Durchbruchserkrankungen sind unbekannt, folgen ggf. von PHE</p> <p>Protokoll des Treffens und Folien der indischen Kollegin werden von ZIG an Krisenstab weitergeleitet</p> <p>Impfstoff-Gleichwertigkeit</p> <p>Ist Neutralisierung gegenüber Covaxin identisch mit hier bei uns genutzten Impfstoffen? Bei der chinesischen Vakzine gab es z.B. viele Durchbrüche, liegt es eher an Impfstoff oder an Variante?</p> <p>Details nicht bekannt, bzgl. Immunogenität/neutralisierender Antikörperdaten, entspricht indischer Impfstoff Astra Zeneca (AZ) und ist vergleichbar</p> <p>Ggf. gibt es Unterschiede bei Produktion, aber eher generelles Problem mit Impfstoff und nicht mit der Produktion in Indien</p> <p>Wichtig zu sehen, wie klinische Outcomes sind</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></p> <p>SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.491.988 (+18.485), davon 84.410 (+284) Todesfälle, Fallzahlen noch hoch aber geringer als vorher, insgesamt gute Entwicklung</p> <p>7-Tage-Inzidenz: 126/100.000 Einw.</p> <p>Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 26.205.337 (31,5%), mit vollständiger Impfung 7.360.108 (8,8%)</p> <p>Indikatorbericht (Folie 3) immer donnerstags, Plateau sichtbar, seit Ende April abfallende Tendenz, Änderung zur</p>	<p>FG32</p>
--	--	-------------



	<p>Vorwoche auch als Indikator erfasst, R-Wert ebenso sinkend  7-Tage-Inzidenz Verlauf:  bundesweit und in den meisten BL abnehmend, in manchen stärker als in anderen, deutlicher Trend sichtbar  Schleswig-Holstein Inzidenz über letzte Monate erstaunlich stabil und niedrig geblieben  7-Tage-Inzidenz Karte: 145 Kreise mit Inzidenz &lt;100, auch im Süden Besserung sichtbar, höchste Inzidenzen im Saale-Orla-Kreis  Mortalitätssurveillance Destatis  Daten bis KW16, Berichterstattung liegt etwas zurück  Schätzung der Übersterblichkeit weist Differenzen zu Meldedaten vor, sie basiert auf Gesamtmortalität, Details noch nicht klar  Sichtbarer Anstieg mit 3. Welle, abzuwarten, ob sich eine Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt, Todesfälle können noch Wochen später erscheinen  2020/21 Kurve überquert in ca. KW14 die der vergangenen Jahre  Untererfassung der gemeldeten Fälle ist wahrscheinlich, Exzess Mortalität ist sinnvolle Ergänzung, da auch die, die IST und KKH nicht erreichen oder mit untypischem Bild versterben erfasst werden und dies ein wichtiger Parameter ist, um gemeldete Daten zu korrigieren  Die Gerichtsmedizin HH hat nachträglich viele Verstorbene untersucht und nicht zu viele zusätzliche Fälle gefunden</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Weitere Unterstützung in Montenegro: längerfristige Unterstützung des regulären Krisenbetriebs ist in Vorbereitung  Corona Global Projekte wurden letzte Woche en gros mit einer Ausnahme vom BMG befürwortet, werden nun vorbereitet  Indien: zwei Anfragen über AA  einmal zu genomischer Surveillance large scale data flow Analyse  2. Anfrage zu Schnelltestungen, wie können schnell große Mengen getestet werden, ZBS1 hat Bereitschaft gemeldet, aktuell wird Rückmeldung aus Indien erwartet</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht besprochen)</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p>	





	<p>KBV (Hr Gassen), Finanzberatungen, usw. haben sich zusammengetan um ein administratives/strategisches Präventionskonzept genannt Masterplan inklusive Überbrückungshilfen für kommende Pandemien zu entwerfen Anfrage ob RKI mitwirkt, Leitung ist einverstanden, dass RKI Entwurf kommentiert Skepsis bzgl. dieser privilegierten Gruppe, die keine Einschränkungen hatte und nun ein Konzept für deutsche Gesellschaft schreiben möchte - RKI sollte vorsichtig sein und sich als Public Health Institut hier nicht engagieren Impfkommunikation BVG Enger Austausch mit BVG-Leitung und Marketingabteilung, Idee im Sommer, wenn Impfmüdigkeit erscheint, eine Kampagne zu initiieren um Leute an Wichtigkeit zur Impfung zu erinnern BVG ist konzentriert auf Berlin, aber deren Kampagnen gehen über soziale Medien nach ganz Deutschland, aufgrund der perfekten Grundlage und Stil und Kenntnis BVG erreicht die Leute und steht RKI positiv gegenüber, mit BVG kann viel erreicht werden, diese Art der Kommunikation ist überfällig P1 berichtet, wenn es Neuigkeiten zu beiden Dingen gibt</p>	P1
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Steckbrief</b> 32. Version aktuell in Arbeit, herzlichen Dank an alle für die bisher große Unterstützung Gleichzeitig Refresher Aufruf, es zeigt sich eine gewisse Müdigkeit in den letzten Wochen bezüglich der Inhalte in verschiedenen Bereichen, die aus dem gesamten Institut kommen Bitte: Steckbrief weitertragen in alle Bereiche, die gerne noch mitarbeiten möchten, bis 20. Mai gerne Anregungen, Straffungen, Aktualisierungen, zusätzliche Punkte, usw. schicken - frischer Wind und neuer Schwung sind herzlich willkommen</p>	FG36
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>Folien nicht im Ordner abgelegt</b> Impfungen Schreiten mit großen Schritten voran FG33 erhält DIM-Daten über Impfzentren, jetzt zusätzlich von</p>	FG33

	<p>Niedergelassenen, aber ohne Altersstraten (nur &gt; oder &lt; 60 J.)  Impfakzeptanz hoch (rot &gt;90%), nur 10% unentschlossen  STIKO Empfehlung ist, Priorisierung zunächst fortzuführen  Nächste Woche größerer Survey geplant um zu gucken wie  die Altersverteilung ist</p> <p style="padding-left: 20px;">Telefonsurveys zusätzlich zu Daten der  Niedergelassenen  Wird auch Migrationshintergrund und SÖS beinhalten,  Fragebogen wurde mit BZgA abgestimmt  ~4000 Teilnehmende, Daten voraussichtlich nicht auf  Kreis- aber auf BL-Ebene auswertbar</p> <p>Auch Befragung KKH-Personal nach Impfstatus, Convenience  Sample aber dennoch guter Anhaltspunkt  Personal mit Risikokontakten (Palliativpatienten usw.)  sind zu 90% mit 1. und 70% mit 2. Dosis geimpft  Anderes Personal folgt  Insgesamt erfreuliche Situation</p> <p>Impact von steigenden Impfquoten: Inzidenzrückgang ist  sichtbar (Grafiken auch im EpiBull Artikel), soll demnächst  veröffentlicht werden</p> <p>Ausnahme-VO  Soll zeitnah in Kraft treten  Unwahrscheinlich, dass das PEI eine starke Rolle übernimmt,  Zulassung alleine ist nicht ausschlaggebend, Vollzugsfragen  sind zu erwarten</p> <p>Nebenwirkungsmeldungen  PEI hatte 45.000 in den letzten Wochen  Dies kann mit an der schieren Masse von jetzt &gt;1 Mio.  Impfdosen/Tag liegen  Bruchteil der Geimpften hat Impfreaktionen, diese sind  meist unbedenklich werden aber dennoch gemeldet,  auch aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit  Herausforderung für PEI ist relevante Dinge  herauspicken, z.B. Myokarditis bei jungen Männern,  Sinusvenenthrombosen, usw.</p> <p>Impfpass/Zertifikat/Immunitätszertifikat  Auf internationaler Ebene viel Diskussion (HSC) hierüber  Auf europäischer Ebene ist diese in Arbeit  Aufwändige Abstimmung, es geht nicht um Evidenz in Bezug  auf Schutz vor Transmission, sondern um Ermöglichen von  Urlaubsreisen, Länder erkennen Dinge verschieden an  (Ungarn z.B. impft mit chinesischem Impfstoff –  Anerkennung?)  Wenn Kinderimpfungen nicht in Aussicht sind, können diese  nicht international reisen, da Reisen an Impfzertifikate  geknüpft sind</p> <p>RKI Abt. 2 (CWA) ist auch bzgl. Impfnachweis involviert  IBM wurde beauftragt, fachlich will PEI sich nicht einmischen,  soll es aber hosten, viel Abstimmungsbedarf  Mit Detailfragen wird auf RKI-Seite verlinkt, PEI beabsichtigt  nicht, die Kommunikation hierzu zu übernehmen, wollen viele  Fachfragen zurück an RKI leiten</p> <p>Einmalige Impfung bei Genesenen nach 6 Monaten  Evidenz zur Wirksamkeit dieser Kombination?</p>	
--	---	--



	<p>Weniger bekannt über Impfeffekt, eher bestimmt durch Verfügbarkeit, deswegen zunächst eine Impfung</p> <p>Wenig Daten, die einen Unterschied in Bezug auf Wirksamkeit (nach 4, 6, 8 Monaten) der Impfung zeigen, 2. Impfung bei Genesenen eher wenig Nutzen</p> <p>Heterologes Impfschema nach AZ (Wechsel zu mRNA-Impfstoff)</p> <p>Kam von STIKO (nicht PEI)</p> <p>Klinische Wirksamkeit, Intervall unbekannt</p> <p>Studie aus GB mit heterologem Impfschemata, gibt es Ergebnisse?</p> <p style="padding-left: 20px;">Noch nicht öffentlich, Principal Investigators in Oxford haben Daten zur Reaktogenität publiziert (nächste Woche im Lancet)</p> <p style="padding-left: 20px;">Erhöhte Reaktogenität bei heterologem Impfschema, heißt nicht, dass es mehr schwere Nebenwirkungen gibt, aber fiebrige Nebenwirkungen usw. sind signifikant erhöht</p> <p style="padding-left: 20px;">Studie über 4 Arme mit Impfintervall von 4 Wochen, fraglich, ob dies bei 12 Wochen Intervall anders ist</p> <p style="padding-left: 20px;">Abwägung in Deutschland ging in Richtung weniger Sinusvenenthrombosen, STIKO will zunächst so weiter machen</p> <p style="padding-left: 20px;">Vielleicht bedeutet erhöhte Reaktogenität erhöhter Immunschutz, dies ist aber evtl. optimistisch gedacht</p> <p>Immunogenitätsdaten zu heterologem Impfschema sollen im Mai folgen</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>AZ Impfintervall 1. und 2. Dosis</p> <p>12 Wochen Intervall – sind es Labor- oder epidemiologische Studien, die bessere Immunresponse belegen? Kommt aus RCT von AZ, bei &lt;6 Wochen 50%, bei Intervall von 12 Wochen 80% Wirksamkeit in der Zulassungsstudie</p> <p>Intervalle waren grob überlappend in mittlerem Zeitraum, jedoch deutlicher Trend</p> <p>Es ist auch immunologisch plausibel, dass dies ein Vorteil ist</p> <p>Ist 2. AZ-Impfung genauso belastet mit Sinusvenenthrombose? Pathomechanismus dahinter ist noch stets unbekannt, wenn Ak vorhanden sind, möglicherweise noch mehr Trigger</p> <p>In England ist dies jedoch nicht durch mehr Signale sichtbar, eher weniger Signale</p> <p>Myokarditis bei mRNA-Impfstoffen</p> <p>Es gibt auch ohne Impfung viele Fälle, Hintergrundinzidenz ist relativ hoch</p> <p>Geclusterte Fälle bei Männern unter 30 stellen aktuell ein Signal dar</p> <p>Ob es als Sicherheitshinweis aufgenommen wird, weiß man noch nicht, keine Kausalität etabliert</p> <p>Soll beobachtet werden, aber wie bemerkt man dies?</p> <p>Leistungsabfall?</p>	
	<p><b>STIKO</b></p>	

	<p>Montag ins Stellungnahmeverfahren  Jansen Impfstoff ab 60 empfohlen, darunter möglich  Mit Modellierung wurde gezeigt, dass es keinen Verzug in  Bezug auf Impfkaktivität und Kampagne geben wird  Priorisierung soll weiterhin durchgeführt werden, noch  wurden nicht alle &gt;70 erreicht  Problem, dass Politik zunehmend von Evidenz und STIKO  Empfehlungen abweicht, Beispiel AZ Impfintervall,  Wirksamkeit durch 2. Dosis nach 12 Wochen deutlich  gesteigert, jetzt Zustimmung zu Impfung nach 4 Wochen für  schnellere Freiheiten, aus STIKO Sicht ist dies ein Problem bei  nichthinreichender Evidenz  Schwangere und Jugendliche  STIKO hat sich nicht noch nicht damit beschäftigt  Evidenz wird aufarbeitet  Es ist nicht ausgeschlossen, dass STIKO empfiehlt, nur  Jugendliche mit Grunderkrankung zu impfen, dies wird  kommunikativ schwierig, doch lieber Vorsicht aufgrund  mangelnder Daten  STIKO-Empfehlung der Altersbegrenzung von AZ  Deutlicher Abstieg des Anteils der mit AZ Geimpften danach  sichtbar  Daten von PEI zeigen zeitgleich deutliche Abnahme von  Sinusvenenthrombosen, nur noch 5 seit der Empfehlung, bis  auf 1 alle über 60</p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 530  Proben, davon:  37 SARS-CoV-2  101 Rhinoviren  15 Parainfluenzavirus  126 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-  63)  1 zoonotisches Influenzavirus, Exposition Praktikum auf  Schweineschlachthof, niemand wurde angesteckt, 3 d krank</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In laufender KW bisher 863 Proben, davon 277 positiv auf  SARS-CoV-2 32,10%), sinkende Tendenz  Viele Proben eindeutig B117, manche B1617.2 (indische  Variante)  Dies wird durch den Befund an die GA gemeldet, ÖGD-  Landesstellen wünschen weiter informiert zu werden (auch  Danksagung hierfür in EpiLag)  Wenn über DEMIS gemeldet wird, erhalten Landesstellen die  Info systematisch durch die Informationsaufbereitung  Sind BL-bezogene Ausweisung von VOC verfügbar? Ja, ist  verfügbar, eigentlich auch in Meldedaten, und bis vorletzte  Woche im Lagebericht, gerne melden bei Stefan Kröger</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Fachgruppe COVRIN STAKOB bereiten Info zu Anwendung monoklonaler Antikörper vor, gebündeltere Darstellung zur Info niedergelassener und KKH-Ärzte, sollte Montag online gehen</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Deeskalation Empfehlungen</b> BGB Berufsgenossenschaft hat Empfehlung deeskaliert, in Einrichtungen für Altenpflege, Menschen mit Behinderung usw. können Geimpfte nun auch MNS tragen, dies ist positiv und nähert sich der Empfehlung der BAUA an Generell sind Empfehlungen oft nicht kohärent, auch für Flughäfen, Beerdigungen, private Feiern bzw. kirchliche Events...</p> <p><b>Konzeptpapier zum Ausbruchsmanagement</b> Dokument <a href="#">hier</a> Ziel: Verbesserung der Effektivität von Ausbruchsuntersuchungen, Unterstützung von BL bei Generierung von Ressourcen Vorstellung des Dokumentes und seiner Struktur Hintergrund (VOCs, Amtshilfeersuchen), was ist zu tun, wie läuft es, Verbesserungsbedarf, Rapid Response Teams (Beispiel BY LGL Taskforce) Empfohlener WHO-Schlüssel für Aufstellung bzgl. Ausbruchsuntersuchungen Dokument = Bestandsaufnahme, wie soll jetzt vorgegangen und kommuniziert werden? Ziel ist auch Empowerment der BL und GA, es soll etwas Nützliches mit Konsequenzen entstehen Auf fachlicher Ebene ist Zuspruch zu erwarten, aber wie kann es sinnvoll eingespeist werden, um Ressourcen zu generieren? Wurde bayrische LGL Taskforce bereits vorgestellt z.B. bei AGI? ÖGD-Kurs stellt wesentliche Rolle in Ressourcenbildung dar, viele hieran beteiligte MA mit langjähriger Erfahrung in Abt. 3 sollten noch Input geben können Es gibt Bestrebungen, dass Universitäten eine aktivere Rolle übernehmen, wird als potentiell problematisch angesehen, da dies vom ÖGD kommen sollte VOC wurden eher als Anlass gesehen, Dokument fokussiert darauf, welche Strukturen notwendig sind Fazit/next steps Zunächst größeres Zirkulieren in Abt. 3 Anschließend Weiterleitung und Besprechung mit BL, AGI Wenn es BL vorliegt, ggf. auf nächste AOLG um Einspielung weiter oben durch BMG zu ermöglichen</p>	<p>FG14</p> <p>FG38</p>

<p>12</p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Abwassersurveillance</b>  Positive Aspekte Abwassertestung: Polio, Enteroviren, Influenzaviren, Drogen, Antibiotikaresistenzen, Mikroplastik, usw.  SARS-CoV-2 RNA ist im Abwasser gut nachweisbar (40ml und einfache Methoden genügen, infektiöse Viren nicht enthalten), es gibt verschiedene Aufarbeitungs- und Sequenzierungsmethoden  Deutschland ist in Sachen Abwasser nicht so gut aufgebaut (Größe, föderales System, Bevölkerung), wenig Aktivitäten Z.B. in NL mehr, kleines Land, andere Klärwerkestruktur (4 große Betreiber, in Deutschland &gt;9000 Klärwerke durch verschiedene Entitäten organisiert)  Interesse hieran besonders am Anfang der Pandemie, erste Publikation hat dies als Frühwarnsystem propagiert, wird noch stets als pandemiebegleitendes Instrument angesehen, da Trends im Abwasser gut erkennbar sind, deckt sich auch mit Meldedaten, bis zu 10d vor Fallanstieg in Meldedaten Anstieg im Abwasser sichtbar, Meldeverzug bleibt zu beachten, viele Faktoren spielen eine Rolle und es ist technisch noch nicht ausgereift, Cutoff ist individuell zu entscheiden  In Deutschland ist unklar, welche Maßnahmen sich daraus ergeben können/sollen (ÖGD)  Europäische Kommission, wünscht dass alle Mitgliedsstaaten bis Oktober ein flächendeckendes repräsentatives System gestalten, Gespräche mit Umwelt Bundesamt, Ministerium für Umwelt, usw.  Erscheint für noCOVID sinnvoll(er), ansonsten begrenzt, könnte die molekulare Surveillance ergänzen, wenn der Selektionsdruck auf SARS-CoV-2 steigt  Abwassersurveillance in manch anderen Ländern viel weiter, im Bereich AMR gibt es viele, teilweise auch sinnhafte Aktivitäten dazu  SARS-CoV-2-Fokus oder Gesamtbetrachtung inklusive anderer Erreger?  Anstehender Projektantrag  FF Bundesumweltministerium, BMG ist auf Unterabteilungsebene involviert, 2-3 seitiger Projektantrag, vieles (inkl. Ziele, Vorgehen, Strukturen) unklar bzw. aktuell nicht gegeben, Projekt-Steuerungsstab soll durch das RKI beraten werden  Offene Fragen:  Was macht man mit den Ergebnissen?  Wer soll informiert werden?  Sollen GA über Abwasserproben informiert werden um zu handeln?  Welche wären die Konsequenzen/Maßnahmen?  Könnte punktuell auf Kreisebene funktionieren oder als Studie sinnvoll sein  Nicht noch mehr Informationen und Handlungsdruck für GA</p>	<p>FG15/alle</p>
-----------	--	------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>kreieren Etabliertes System begrenzt sinnvoll, da großer Mehraufwand der durch Nutzen gerechtfertigt sein sollte Fazit Montag Sitzung mit BMG hierzu, getriggert durch EU Empfehlung Zunächst Teilnahme, abwarten, zu entscheiden, was abgeleitet wird an Maßnahmen Sollte zuerst an UBA verwiesen werden Kommentare zum Projektantrag wurden bis Montag gefordert, werden durch LZ zurückgegeben</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b>  (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b>  Impfungen RKI-MA RKI erhält 1200 Biontech Impfdosen um MA zu impfen, dies soll nächste Woche losgehen Organisation durch ZV6 und Arbeitssicherheit, Betriebsarzt kann dies nicht umsetzen, ärztliche MA sind um Unterstützung gebeten Fr Engelbert wird Impfen Haftpflicht noch klären Nächste Sitzung: Montag, 10.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex</p>	VPräs

**Ende: 13:16**