# 052\_Ergebnisprotokoll\_AG-nCoV-Sitzung\_2020-02-25.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

- NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Koordinierungsstelle des RKI Agenda der 2019nCoV-Lage-AG Seite 5 von 8 Grippeweb Plus ist in Planung, viel noch zu klären, zu früh um Kommunikation hierzu vorzubereiten/zu starten 5 Dokumente Flussschema Gestern STAKOB TK: Definition italienischer Provinzen als Risikogebiete hätten zu zahlreichen **Hospitalisierungen** geführt Vorschlag IBBS: Definition Risikogebiete bezieht sich weiter strikt und begrenzt auf sustained community transmission, Flussschema wird um dritte (zweite grüne, ambulante) Schiene angepasst, Wortlaut „Region mit gehäuften COVID-19 Fällen“, Personen können auch über ambulante Schiene gehandhabt werden, ist auch eine Vorbereitung der Handhabung von erkrankten im Sinne der nächs

\*\*\*\*\*

# 054\_Ergebnisprotokoll\_AG-nCoV-Sitzung\_2020-02-26.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 8

facher o Testen in Krankenhaus anderes Thema, Vermeidung nosokomialer Verbreitung Vorgehen mit Patienten o Niedergelassene Ärzte machen sich Sorgen, um ihren Schutz, Umgang mit Patienten in Praxis, sind alleine gelassen, Hilfe für diese wichtig o o Möglicherweise demnächst Mio. von Verdachtsfällen, die unter Risikogruppen fallen, Krankenhäuser werden überfordert sein o Vorschlag: **Hospitalisierung** nur noch nach Erkrankungsschwere und häuslichen Umständen, zunächst weiter bestätigte Fälle ins Krankenhaus, aber Vereinfachung für Verdachtsfälle o Ist jetzt der richtige Zeitpunkt, begründete Verdachtsfälle auch wenn möglich stationär zu behandeln? IBBS setzt Vorschlag um und stimmt in kleinem Kreise ab Übermittlung von Verdachtsfällen muss sich weiter an Falldefinition orientier

\*\*\*\*\*

# 060\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-03-02.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

mitteilungen etc. und nicht ausschließlich aus SurvNet. Eine Umstellung von §12 Übermittlungen auf elektronisches Verfahren wäre wünschenswert. Es sollen kumulativ Daten (Altersspanne, Anzahl Landkreise etc.; keine Einzelfallbeschreibungen!) auf der RKI Internetseite veröffentlicht werden. Die Daten sollen zukünftig auch bei SurvStat abrufbar sein. In SurvNet gäbe es auch Informationen zur **Hospitalisierung.** Da in Deutschland aber momentan jeder bestätigte Fall hospitalisiert wird, könnte das ein falsches Bild von der Schwere der Erkrankung geben und soll daher nicht veröffentlicht werden. ToDo: FG36 soll einen Vorschlag für eine Definition eines „schweren Falles“ erstellen. Dieser kann mit dem ECDC schon während der heutigen TK besprochen und zeitnah dem Krisenstab vorgestellt werden.

\*\*\*\*\*

# 066\_Ergebnisprotokoll\_AG-nCoV-Sitzung\_2020-03-05.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

ierungsstelle des RKI Agenda der 2019nCoV-Lage-AG 4 o Neu 87: 2 BE, 15 BW, 4 BY, 2HE, 3NI, 60 NW (davon 50 Heinsberg), 1 SH; Inzidenz 0,43/100,000 Deutschland, 1/100,000 NRW, 58/100,000 Heinsberg; nationale vs. internationale Exposition deutscher Fälle: 200 (162 Heinsberg) vs. 76 (64 Italien); Alter 2-92 Jahre, Median und Durchschnitt 40 Jahre, noch kein Todesfall, keine Daten zu **Hospitalisierungen** o Datenerfassung ungenügend, z.B. zu Hospitalisierun- gen; in SurvNet möglich in der Rubrik Extra-Infos, müsste von GA befüllt werden, nicht alle GA haben Zeit hierzu oder benutzen SurvNet, Infobrief gibt als Alternative zu SurvNet, dass es auf Landesebene gemacht wird, diese haben jedoch noch weniger Informationen andere Möglichkeit der Datenerfassung notwendig IBBS lässt klinisch

\*\*\*\*\*

# 068\_Ergebnisprotokoll\_AG-nCoV-Sitzung\_2020-03-06.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 3

ker Anstieg der Fallzahl oO 12) o Daten sind jetzt in SurvStat abrufbar, durch den Meldeverzug jedoch mit weniger Fällen als im Lagebericht kommuniziert wurde. o Demnächst sollen auch im Lagebericht nur noch Meldedaten verwendet werden, da der Aufwand für die Recherche zu groß ist. Bei der Umstellung könnte dies zu einer einmaligen Reduzierung der Fallzahlen führen. o Information zu **Hospitalisierung** ist für 146 vorhanden, davon sind 52 hospitalisiert; jedoch keine Info über Schwere der Erkrankung vorhanden. FG36 ToDo: Definition „schwere Erkrankung“ FG32 FG32 UT z(t Seite 3 von 6 VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Koordinierungsstelle des RKI Agenda der 2019nCoV-Lage-AG Seite 3 von 6 o o Ri

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

arker Anstieg der Fallzahl o o o o Daten sind jetzt in SurvStat abrufbar, durch den Meldeverzug jedoch mit weniger Fällen als im Lagebericht kommuniziert wurde. o Demnächst sollen auch im Lagebericht nur noch Meldedaten verwendet werden, da der Aufwand für die Recherche zu groß ist. Bei der Umstellung könnte dies zu einer einmaligen Reduzierung der Fallzahlen führen. o Information zu **Hospitalisierung** ist für 146 vorhanden, davon sind 52 hospitalisiert; jedoch keine Info über Schwere der Erkrankung vorhanden. ToDo: Definition „schwere Erkrankung“ FG32 FG36 FG32

\*\*\*\*\*

## Seite: 5

angen wird von 14-21 Tagen bei Einhaltung von Standardhygienemaßnahmen.) ToDo: Aufhebung der häuslichen Isolierung (nach Krankenhausentlassung) definieren (IBBS, Abt. 1, FG36) Planungstool zur Vorhersage der benötigten Anzahl Krankenhaus- und Intensivbetten für die nächsten Wochen o Webbasiertes Tool bei dem Parameter eingestellt werden können, schätzt neue Fälle, aktive Fälle, neue **Hospitalisierungen,** belegte Betten Normalstation, Inzidenz Intensivstation, Belegung Intensivbetten o Vorteil an webbasiertem Tool: Verbesserungen können kontinuierlich eingebracht werden o Externes Hosting ist nötig o Zugriff müsste auf Personen, die Versorgung planen, beschränkt werden (Landesministerien). FG37 IBBS FG17 FG36 FG37

\*\*\*\*\*

# 076\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-03-12.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

ten Fällen (1.089) lag für 737 (68%) bestätigte Fälle Angaben zu Symptomen vor (418 männl,, 319 weibl.). Bei den Symptomen gab es auch Fälle, die nur Schnupfen als Symptom hatten. o Bei 159 bestätigten Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert wurden. Das sind 14,6% unter allen bisher bestätigten und validierten Fällen (n = 1.089) und 22% von allen Fällen, bei denen eine Angabe zum **Hospitalisierungsstatus** vorhanden war (n = 724). Angaben zum Aufenthalt auf einer Intensivstation liegen derzeit in SurvNet noch nicht vor. 75% der über 80-ig Jährigen waren hospitalisiert; 44,4% der Kinder waren hospitalisiert, dazu zählen aber u.a. auch asymptomatische (z. B. Familie in Bayern). Es wurden 12 Pneumonien berichtet. o Im Lagebericht werden die Symptome sowie Hinweise auf die Schwere der Ve

\*\*\*\*\*

# 086\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-03-19.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 9

ies ist bei aktueller Datenlage für hospitalisierte nicht möglich o SurvNet-Daten zu Outcome/ Schwere werden nicht übermittelt und kurzfristig nicht umsetzbar, Hospita- lisierung wird unterschätzt (DIVI suggeriert mehr als verzeichnet), weswegen Daten aus SurvNet nicht schlüssig sind o GA weiter ermutigen, Daten gut ein- und nachzutra- gen, auch ÄztInnen ermutigen detailliertere Daten **(Hospitalisierung,** Intensivstation, Beatmung) an GA zu schicken o Bericht WHO-Mission China: dort wurden für leichte Verläufe/milde Verläufe zwei Wochen berechnet um genesene Fälle zu kalkulieren, bei kritischen Verläufen plus 3-6 Wochen bevor sie automatisiert als genesen betrachtet wurden o Johns Hopkins berichtet genesenen Zahlen, die wohl auf Crawler-Daten beruhen (Zusammentragung diverser unbestäti

\*\*\*\*\*

# 100\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-03-30.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

hoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 4 von 11 o o Altersverteilung: Median 48, Mittelwert 47 Jahre, Geschehen verlagert sich in Richtung älterer Personen, im Verhältnis zu höheren Fallzahlen jetzt vermehrt ältere Menschen; dies ist auch in ARS sichtbar, Median positiver Fälle 49 Jahre, bei negativ getesteten 42-43 o **Hospitalisierungen:** ältere Menschen in zunehmend größerem Ausmaß betroffen (50% >60), Altersgruppe 5-15 hier nicht sichtbar o Todesfälle: Median 82 Jahre, Spanne 28-100, 87% >70 Jahre, 28-jährige Dame hatte Herz-Kreislauf und Lungenerkrankung, 38-jähriger auch Herz-Kreislauf- Vorerkrankung o Labortestungen KW12: 348.619, 23.820 (7%) positiv, 176 Labore o DIVI Intensivregister: 1.218 Fälle aktuell in

\*\*\*\*\*

# 102\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-03-31.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 11

nisches Management/Entlassungsmanagement Kriterien Entlassungsmanagement Entlassungsmanagement in Deutschland bezieht sich auf Zeit Chinesen halten PCR-Negativität für wichtig, wie machen es andere europäische Staaten? hat deutsches Vorgehen mit mehreren anderen Staaten verglichen, wir waren im Vergleich zu anderen am sichersten (Details nicht besprochen) Unterscheidung zwischen **Hospitalisierungs-** und ambulantem Setting ist wichtig Dieserart Daten für Fälle im ambulanten Bereich sollten zum Erreger-Verständnis untersucht werden (Virus Anzüchtung) leitet Information an IBBS weiter, ZBS1 oder KL werden für fachlich-inhaltliche Bewertung hinzugezogen IBBS/FG32/ alle 9 Maßnahmen zum Infektionsschutz 10 Surveillance FG36 11 Transport un

\*\*\*\*\*

# 104\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-04-01.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 6

Informationen aus Angaben zur Schwere der Meldefälle): o Tabelle 2: Anteil mit ILI-Falldefinition (Fieber und Husten) ist in allen Altersgruppen gleich, ab 60 Jahre nimmt der Anteil mit Fieber ab. COVID präsentiert sich dann als ARE und nicht als ILI. Pneumonie: Angabe wird angekreuzt, bei fehlendem Haken ist nicht klar, ob keine Pneumonie vorlag oder die Information fehlt. **Hospitalisierung:** bei älteren Altersgruppen sind häufiger Angaben zur **Hospitalisierung** zu finden. Bei 80jährigen und älter sind 58% hospitalisiert, in jüngeren Altersgruppen deutlich weniger. Todesfälle: betrifft vor allem die ältesten Altersgruppen. o Tabelle 6, Risikofaktoren für Verstorbene (Verstorbene der letzte 14 Tage werden nicht betrachtet): 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben

\*\*\*\*\*

## Seite: 6

Anteil mit ILI-Falldefinition (Fieber und Husten) ist in allen Altersgruppen gleich, ab 60 Jahre nimmt der Anteil mit Fieber ab. COVID präsentiert sich dann als ARE und nicht als ILI. Pneumonie: Angabe wird angekreuzt, bei fehlendem Haken ist nicht klar, ob keine Pneumonie vorlag oder die Information fehlt. **Hospitalisierung:** bei älteren Altersgruppen sind häufiger Angaben zur **Hospitalisierung** zu finden. Bei 80jährigen und älter sind 58% hospitalisiert, in jüngeren Altersgruppen deutlich weniger. Todesfälle: betrifft vor allem die ältesten Altersgruppen. o Tabelle 6, Risikofaktoren für Verstorbene (Verstorbene der letzte 14 Tage werden nicht betrachtet): 3 verstorbene Fälle < 59, noch keine Angaben zu Risikofaktoren verfügbar, bei über 60jährigen spielen Risikofaktor

\*\*\*\*\*

# 112\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-04-07.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 4 von 12 Fälle, für die Angaben zu Erkrankungsbeginn fehlten wurden bisher gar nicht berücksichtigt Nun wird für alle gemeldeten Fälle (hospitalisiert, nicht-hospitalisiert, ohne Angabe zu Erkrankungsbeginn oder **Hospitalisierung)** ein Algorithmus basierend auf verfügbaren Literatur- Daten angewandt Alle angewandten Algorithmen sind konservativ und überschätzen nicht die Genesenen-Anzahl Dies wird dennoch zu einem starken Zuwachs in der Genesenen-Anzahl führen (~10.000?) Erklärung wird kommuniziert o Geografische Verteilung Inzidenz nach dem Wochenende nicht gut interpretierbar o Trendanalyse

\*\*\*\*\*

# 122\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-04-15.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

dass COVID-19-Verstorbene zuvor weniger Risikofaktoren gehabt haben als Influenza- Verstorbene. Es wird daran gearbeitet weitere Vorerkrankungen identifiziert zu können. Es gibt verschiedene Parameter für Erkrankungsschwere in ICOSARI: Ort der Behandlung, Krankheitsergebnisse (z.B. Tod) und Prozeduren (z.B. Beatmung, ggf. wird auch Dialyse noch mit integriert) Das Risiko, bei **Hospitalisierung** mit COVID- 19 zu versterben ist in der

\*\*\*\*\*

# 132\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-04-22.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

nur nicht bei 15-34-jährigen KW 16 zeigt, dass der Anteil von SARI- Fällen abnimmt, der von COVID-19-Fällen steigt, Auswertung läuft noch o o Validation mit KV-Daten ist wichtig, aber ansonsten keine Daten über liegende Patienten, dies ist nahe dran am System Thema Schwangere o Viel diskutierte und von Interesse o Erste Meldedaten-Analyse zeigt 217 schwangere mit erhöhten OR für **Hospitalisierung** (mag an Krankheitsschwere oder auch Schwangerschaft liegen), jedoch keine ICU-Aufnahmen und keine Tosdesfälle o In der Literatur sind diesbezüglich große Schwankungen (0-32%) dokumentiert, teilweise viele asymptomatische Verläufe (88%) und selteneres Auftreten von Fieber o In den ICOSARI-Daten sind lediglich 3 schwangere enthalten o Generell sollten schwangere niedrigschwellig getestet

\*\*\*\*\*

# 160\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-05-13.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 2

ellierung durchgeführt, deren Ergebnisse vorab berichtet werden. Die Schätzung basiert auf landestypischen Variablen wie Übertragungsrate, niedrigere Sterblichkeit und niedrigem Bevölkerungsalter im Vergleich zu nichtafrikanischen Ländern. Für 2020 werden 29 bis 44 Mio. Infizierte ohne Containment prognostiziert, dabei 83.000 bis 190.000 Todesfälle (0,4%). Es wird von max. 3,6 bis 5,5 Mio. **Hospitalisierungen** ausgegangen. Die Bettenkapazitäten sind heterogen verteilt, Südafrika verfügt über die stärksten Kapazitäten. In 44 von 47 Staaten ist eine ZIG1

\*\*\*\*\*

## Seite: 4

el von 35/100.000 Einwohner. Die Alters-/Geschlechtsverteilung aller Fälle ist unverändert; Todesfälle treten weiterhin primär in der Gruppe der über 70-Jährigen auf. Im Wochenvergleich steigt der Altersmittelwert zunächst an und fällt seit KW 18 wieder ab. Das Geschlechtsverhältnis hat sich seit KW10 gedreht, so dass seit KW14 mehr Frauen als Männer betroffen sind. Die Angaben zu **Hospitalisierung** liegen häufig nicht vor, was bei der Interpretation des Anteils der Hospitalisierten berücksichtigt werden muss. Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell weniger als 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (rückläufige Tendenz), die Kapazitäten sind weitgehend unverändert. GrippeWeb/AGInfluenza: Es finden auffällig wenige Arztbesuche aufgrund von respiratorischen Infekten sta

\*\*\*\*\*

# 164\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-05-15.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 3

19-Krisenstabs Seite 3 von 8 geschlossen, Verlassen der Stadt nur möglich mit neg. Nachweis oder Quarantäne. WHO - AFRO o Modellierung wurde modifiziert und soll morgen im BMJ Global Health veröffentlicht werden: Ohne Maßnahmen werden werden nach Beginn von Community Transmission 231 Mio. Menschen (22%) in 1 Jahr infiziert, davon werden 37 Mio. symptomatisch 3,6 - 5,5 Mio. **Hospitalisierungen**  83.000 – 190.000 Todesfälle am stärksten betroffen: Algerien, Ghana, Nigeria, Südafrika o Gründe für geringe Anzahl erwarteter **Hospitalisierungen** und Todesfälle: Altersstruktur: Altersmedian ist in den meisten Ländern Afrikas zwischen 14-20 Jahre. Bevölkerungsdichte: ist deutlich geringer als in Europa oder Asien, insg. nur ca. 1 Milliarde Menschen. Geringe Mobilität

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

iziert und soll morgen im BMJ Global Health veröffentlicht werden: Ohne Maßnahmen werden werden nach Beginn von Community Transmission 231 Mio. Menschen (22%) in 1 Jahr infiziert, davon werden 37 Mio. symptomatisch 3,6 - 5,5 Mio. **Hospitalisierungen**  83.000 – 190.000 Todesfälle am stärksten betroffen: Algerien, Ghana, Nigeria, Südafrika o Gründe für geringe Anzahl erwarteter **Hospitalisierungen** und Todesfälle: Altersstruktur: Altersmedian ist in den meisten Ländern Afrikas zwischen 14-20 Jahre. Bevölkerungsdichte: ist deutlich geringer als in Europa oder Asien, insg. nur ca. 1 Milliarde Menschen. Geringe Mobilität, jedoch keine zuverlässigen Daten hierzu o Zahl der Todesfälle durch AIDS-bedingte Krankheiten könnte sich durch Einschränkung der Gesundheits- versorgun

\*\*\*\*\*

## Seite: 5

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 5 von 8 verstorbenen Patienten ist bei COVID-19 Fällen dagegen höher. o Dauer **Hospitalisierung:** Median der Verweildauer ist bei COVID-19-Fällen nicht sehr viel höher, die Spannweite ist aber größer. o Dauer Intensivbehandlung: Altersgruppe zwischen 60-79 fällt bei COVID-Fällen auf (Median deutlich höher). o Dauer Beatmung: COVID-19 Fälle wurden deutlich länger beatmet, betrifft alle Altersgruppen. o Anteil Verstorbener: Mit steigendem Alter ist der Anteil Verstorbener höher. Im Ver

\*\*\*\*\*

# 168\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-05-19.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 3

war der Wunsch von Schweden, aus touristischen Gründen erneut die Grenzen zu öffnen, worauf die Nachbarn skeptisch reagiert haben, die Diskussion läuft noch o COVID-19 in Schweden >30.000 Fälle, >3.600 Todesfälle, Fallsterblichkeit 12%, Inzidenz 296/100.000 Einw. Testungen 20-30.000/Woche, Kapazität (90.000/ Woche nicht ausgeschöpft, getestet werden alle Fälle mit schwerem **Verlauf/Hospitalisierungen,** HCW und Mitarbeitende in Pflegeheimen Positivanteil Tests 14%, WHO empfiehlt 12-13% KKH-Kapazitäten: 30% der Intensivbetten frei ILI-Sentinel: 238 Proben, 6% SARS-CoV-2 positiv Prävalenzstudie in Stockholm (n=707) mit Eigenbeprobung, Fragebogen 2,5% PCR-positiv ZIG1

\*\*\*\*\*

## Seite: 5

sbrüche innerhalb der arbeitenden, jüngeren Bevölkerung o Todesfälle (Folie 24): 1-mal wöchentlich Vergleich der Wochen miteinander um epidemiologische Veränderungen zu verfolgen Mittelwert des Alters nimmt ab Geschlechtsverteilung verändert sich durch Ausbrüche in Schlachthöfen und Heimen für Asylsuchenden: mehr Männer, vorher durch Ausbrüche in Pflegeheimen mehr Frauen Anteil **Hospitalisierungen** aufgrund der jüngeren Patienten rückläufig, ebenso Anteil verstorbener Achtung: in 20. KW gemeldete können noch hospitalisiert werden bzw. versterben, Generell starke Abhängigkeit von demografischen Faktoren DIVI Intensivkapazitäten: Rückgang der Zahl der behandelten, Kapazität bleibt weiter hoch Erwähnte Ausbruchsgeschehen (s. ab Folie 113) o o o o o o Alle Pass

\*\*\*\*\*

# 172\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-05-25.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 6

tokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 6 von 11 4 Neue wissenschaftliche Erkenntnisse SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors nicht besprochen 5 Aktuelle Risikobewertung Risikobewertung: o Es gab aus dem Krisenstab viele Rückmeldungen, die eingearbeitet hat. Es gab noch Anmerkungen zu kritischer Krankheitsverlauf sind nicht definiert (z.B. mit **Hospitalisierung** einhergehend). Auch wurde der Wechsel der Begriffe Risikobewertung und Risikoeinschätzung angemerkt. Der Text wird bestimmt von der Öffentlichkeit kritisch gelesen und daher ist eine einheitliche Wortwahl wichtig. o Die Risikobewertung beruht auf der Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan. Im Nationalen Pandemieplan und den COVID-19 spezifischen Ergänzungen werden allerdings auch untersch

\*\*\*\*\*

# 192\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-06-15.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 8

Änderungen Flussdiagramm (hier): Statt der bisherigen geforderten 14 Tage sollen nun 10 Tage empfohlen werden, was sich auch international immer mehr als Konsens herauszubilden scheint. Die 10 Tage sollte bei allen Verlaufsformen angewendet werden, d h. auch bei schweren Verläufen, da schwere hospitalisierte Verläufe einschließlich der symptomatischen Krankheitsphase vor und während der **Hospitalisierung** die 10 Tage in aller Regel problemlos überschreiten und v.a. das Kriterium der 48h-Symptomfreiheit einer zu frühen, rein zeitbasierten Entisolierung entgegen steht. Zusätzlich wird bei schweren Fällen im stationären Setting von vornherein ZBS1, IBBS

\*\*\*\*\*

# 240\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-08-10.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 4

## Seite: 7

. Da er aktuell nicht verfügbar ist, können keine Weiterentwicklungen/Anpassungen gemacht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert. Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll. TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen. e Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7- Abt1/FG32 Tagesinzidenz und Grad der **Hospitalisierung** sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung? Es gibt eine gewisse Latenz. **Hospitalisierung** wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil. VPräs/alle e Sind die aktuellen Maskenempfehlungen noch up-to- date? Es herrsch

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

den, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert. Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll. TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen. e Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7- Abt1/FG32 Tagesinzidenz und Grad der **Hospitalisierung** sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung? Es gibt eine gewisse Latenz. **Hospitalisierung** wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil. VPräs/alle e Sind die aktuellen Maskenempfehlungen noch up-to- date? Es herrscht Verwirrung, in welchen Kontext (drin/draußen) ob und welche Masken getragen werden sollen.

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

gemacht. Da er aktuell nicht verfügbar ist, können keine Weiterentwicklungen/Anpassungen gemacht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert. Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll. TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen. Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7- Tagesinzidenz und Grad der **Hospitalisierung** sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung? Es gibt eine gewisse Latenz. **Hospitalisierung** wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil. Sind die aktuellen Maskenempfehlungen noch up-to- date? Es herrscht Verwirrung, in we

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

cht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert. Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll. TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen. Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7- Tagesinzidenz und Grad der **Hospitalisierung** sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung? Es gibt eine gewisse Latenz. **Hospitalisierung** wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil. Sind die aktuellen Maskenempfehlungen noch up-to- date? Es herrscht Verwirrung, in welchen Kontext (drin/draußen) ob und welche Masken getragen werden sollen.

\*\*\*\*\*

# 242\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-08-12.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

orgniserregend) ICOSARI-Daten (immer gleich Zahl (~70) von KKH) befinden sich auch auf dem Sommerniveau, lediglich Anstieg in spezifischen Altersgruppen (z.B. 60-79-jährige, befindet sich jedoch auch auf einem Niveau das dem der Vorsaisons entspricht ICOSARI spezifische COVID-19 Diagnose: leichter Anstieg im Vergleich zu KW 30, Anteil von COVID Patienten 3% (niedrig) ICOSARI **Hospitalisierungen:** kein Anstieg von Fällen mit COVID- 19-Diagnose, generell SARI-Fälle den Vorjahren entsprechend Diskussion o Sentinelsysteme stellen tolle Instrumente dar, wie ist die Sensitivität, korrelieren Inzidenzen hiermit? FG36

\*\*\*\*\*

# 248\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-08-19.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 7

isenstabs Seite 7 von 12 o o o ICOSARI (1 Woche hinterher): normales saisonales Niveau, der Anstieg bei Kindern nach der Maßnahmenlockerung ist wieder zurückgegangen o COVID-19 Diagnose bei SARI-Fällen: der Anstieg von KW30- 31 hat sich nicht fortgesetzt, in letzten 3 Wochen bis KW32 leichter Anstieg des Anteils der SARI Fälle mit COVID-19- Diagnose von 3% auf 5% Schätzung der **Hospitalisierungsinzidenz** (hinter Folien zu syndromischer Surveillance hier) o Aus ICOSARI-KH-Sentinel: Gesamtzahl aller aufgenommener (nicht nur respiratorisch bedingter) Patienten über Einzugspopulation der KKH (ca. 4,5 Mio.) o Ab KW 11/2020 starke Abweichung der Gesamtzahl der Neuaufnahmen, in KW26 starker Ausschlag, dann wieder fast normale Auslastung o Nach Altersgruppen: stärkster Rückgang bei 5-14-

\*\*\*\*\*

# 254\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-08-26.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

d Hessen (+ 43 %) bzw. Bremen (+46 %); demgegenüber starke Abnahme in SH (-44 %), Thüringen (-25 %), NRW (-22 %) To do: bei den Anstiegen sollte verfolgt werden, ob es sich um linearen oder exponentiellen Anstieg handelt To do: Meldedatenauswertung: Anfrage an , ob Sonderauswertung für Freitag oder Montag möglich sei Wochenvergleich KW 10 - 34: COVID-19-Fälle nach Geschlecht, Alter, **Hospitalisierung,** Verstorbene : o KW 33/ 34: Fälle mit dem geringsten Altersmittelwert (32 Jahre), Vergleich KW 15: 52 Jahre o KW 34: derzeit weiterhin mehr Männer (55 %) als Frauen (45 %) betroffen o Anteil Hospitalisierter / Verstorbener mit Vorsicht zu betrachten, da erst im Verlauf Erkrankungsschwere evident; Anteil Hospitalisierter derzeit 5 %; Anteil Verstorbener derzeit 0,1 %; (Vergleich Höchstwer

\*\*\*\*\*

# 258\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-08-31.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 2

In allen Ländern Rückgang der Fallzahlen, nur in Ukraine gleich geblieben (sehr kleiner Anteil). Relativ häufig Expositionsland Kroatien, warum sind nur 2 Regionen als Risikogebiet ausgewiesen? o Anteil der Hospitalisierten ist gleich geblieben. Kommen die geringeren Todesfälle durch eine Verschiebung der betroffenen Altersgruppen? Bis Mittwoch sollen Auswertungen nach Alter und **Hospitalisierung** überblicksartig dargestellt werden. Der Saisonarbeitskalender der Bundeswehr, anhand dessen Gebiete in Deutschland identifiziert werden können, in denen Saisonarbeiter bei Gemüse- und Obsternte eingesetzt werden, wurde mit FG32 geteilt. Die 5 Karten können an die AGI weitergegeben werden. FG32

\*\*\*\*\*

## Seite: 6

en. Im Moment ist vor allem die jüngere Population betroffen. Haben mittlerweile auch die Fortschritte im klinischen Management Einfluss auf den Verlauf? Sind neuere Daten durch das COVID- Register möglich? ToDo: Weitergeben dieser Frage an die Fachgruppe In wieweit wirken sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze (Antikoagulation, Cortison) auf Schwere der Krankheitsverläufe, **Hospitalisierungen,** Liegedauer und Fallsterblichkeit aus? o LEOSS: Sehr viele Gruppen bearbeiten unterschiedliche Fragestellungen. Was wurde bereits ausgewertet, was kann RKI beisteuern? Anfangs Probleme an die Daten zu kommen. Aktueller Sachstand wäre sinnvoll . o ICOSARI: betrachtet hospitalisierte Patienten, unklar, ob Zahl ausreicht um Unterschiede zu erkennen. Wird sich ansehen. IBBS

\*\*\*\*\*

# 260\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-09-02.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird o Dezidierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme o Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, **Hospitalisierung** j/n, Geburtscohorten o Dezidierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant o Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstobenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe o Gesamtbetrachtung nötig To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung 7-T

\*\*\*\*\*

# 270\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-09-14.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 5

d Control of SARS-CoV-2 Transmission in the United States) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/ 13 Surveillance e Corona-KiTa-Studie -Meldezahlenriickgang der Altersgruppe 0 bis 5 Jahre -Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: leichter Rückgang -13 Fälle / 4 Kinder im Alter von 5 Jahren (vermutlich sind auch Betreuer betroffen ToDo: Esteli am Freitag, 18.09.2020, Fragen zur **Hospitalisierung** vor FG36 / ii | | FG32 14 Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) FG32 15 Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) 16 Wichtige Termine e Nicht besprochen alle 17 Andere Themen e Nächste Sitzung: Mittwoch 16.09.2020, 11:00-13:00 Seite5 von 5 VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezent

\*\*\*\*\*

## Seite: 5

Control of SARS-CoV-2 Transmission in the United States) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/ 13 Surveillance Corona-KiTa-Studie -Meldezahlenrückgang der Altersgruppe 0 bis 5 Jahre -Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: leichter Rückgang -13 Fälle / 4 Kinder im Alter von 5 Jahren (vermutlich sind auch Betreuer betroffen ToDo: stellt am Freitag, 18.09.2020, Fragen zur **Hospitalisierung** vor FG32 FG36 / 14 Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags) FG32 15 Information aus dem Lagezentrum(nur freitags) 16 Wichtige Termine Nicht besprochen alle 17 Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch 16.09.2020, 11:00-13:00

\*\*\*\*\*

# 274\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-09-18.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 9

nötig gewesen FG36/IBBS 13 Maßnahmen zum Infektionsschutz e Nichts Neues FG14 14 Surveillance Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien hier) FG36 Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere e Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationeln Vergleich jünger. e Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, **Hospitalisierungs-** und Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen e Krankheitsverläufe nach Altersgruppen o Ab den 60-79-jährigen nehmen milde Verläufe deutlich ab, sowie nimmt Anteil der hospitalisierten, IST-pflichtigen als auch verstorben zu e Unter den Fällen mit Info zu Risikofaktoren: o Mit zunehmend schwererem Verlauf si

\*\*\*\*\*

## Seite: 9

e nötig gewesen FG36/IBBS 13 Maßnahmen zum Infektionsschutz Nichts Neues FG14 14 Surveillance Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien hier) Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationeln Vergleich jünger. Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, **Hospitalisierungs-** und Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen Krankheitsverläufe nach Altersgruppen o Ab den 60-79-jährigen nehmen milde Verläufe deutlich ab, sowie nimmt Anteil der hospitalisierten, IST-pflichtigen als auch verstorben zu Unter den Fällen mit Info zu Risikofaktoren: o Mit zunehmend schwererem Verlauf sind me

\*\*\*\*\*

## Seite: 10

olgerung Mittlere Altersgruppe 40-59-jährigen unterschätzen ihre Risiken: Dadurch längere VWD und ITS-Aufenthalt, hohes Alter mit vielen Risikofaktoren. Allerdings unklar, ob schon bestanden oder durch COVID-19. Vergleich mit anderen Papern spiegeln Ergebnisse wieder. Längst nicht alle schweren Fälle waren auf ITS oder auch nicht Hospitalisiert ToDo: -Separate Auswertung zum Trend der **Hospitalisierung** über die Zeit in Arbeit -Bitte um Auswertung zu Anteil Todesfällen in den älteren Altersgruppen -Bitte um Auswertung wieviel ohne Pneumonien an Kreislaufversagen verstorben sind. -Auswertung der Fälle im Sommer erfolgt mit den ICOSARI- Daten, Präsentation nächste Woche Neues SurvNet-Update ausgerollt o neue Version bietet neue Anwendungen für KoNa / Kontakt-Management, welches wichtig

\*\*\*\*\*

# 284\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-09-30.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

tionen sind Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen: sehr niedrige Inzidenz Saarland als Nachbarregion zu Frankreich besonders niedrige und Sachsen als Nachbarregion zu Tschechien niedrige Inzidenz Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz Am Dienstag in den Lagebericht aufgenommen: zwei e dem RKI übermittelten COVID- 19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil **Hospitalisierung** -19 bedeutsame 30 % asymptomatischer Anteil ist im Vergleich zu Daten serologischer Studien in hotspots (ca. 16 %) viel höher, ggf. abhängig von zugrundliegender Analysetiefe Laborbasierte Surveillance (Folien hier) Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 3): nach wie vor Ältere sowie 15- bis 59- Jährige vermehrt getestet Positivenanteile nac

\*\*\*\*\*

# 290\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-07.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 2

wakei; o Frankreich, Schweden und Italien zeigen einen sinkenden Trend; o Zurzeit steigt Europa von allen Kontinenten am meisten an; Fragen/Diskussion o Überlegung zum Vergleich der CFR international vs. Deutschland; Idee verworfen, da einige Länder eine Untererfassung haben bzw. die CFR anders erfassen; o Ausbrüche in KH und Altenheime nehmen zu; Verzögerung zwischen neuen Fällen – **Hospitalisierung** – Todesfälle; manche Länder wie Belgien verlegen Fälle innerhalb des Landes gemäß dieser Verzögerung INIG FG37/INIG/ FG32

\*\*\*\*\*

# 292\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-09.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 2

terhin in Amerika und Asien (jeweils 36%) o Großteil der Todesfälle der vergangenen 7T in Amerika (> 50%) und Asien (ca. 30%) o Mehr als ein Viertel der Neuinfektionen der vergangenen 7T in Europa (Großbritannien, Frankreich, Russland, Spanien, Ukraine) o 13% der Todesfälle der vergangenen 7T in Europa (Russland, Spanien, Frankreich, Ukraine, Rumänien) Fragen/Diskussion o Frage nach **Hospitalisierungen** in den Ländern: In Frankreich, UK, Spanien bereits ansteigende **Hospitalisierungen;** ZIG1 AL1/ZIG1

\*\*\*\*\*

## Seite: 2

7T in Amerika (> 50%) und Asien (ca. 30%) o Mehr als ein Viertel der Neuinfektionen der vergangenen 7T in Europa (Großbritannien, Frankreich, Russland, Spanien, Ukraine) o 13% der Todesfälle der vergangenen 7T in Europa (Russland, Spanien, Frankreich, Ukraine, Rumänien) Fragen/Diskussion o Frage nach **Hospitalisierungen** in den Ländern: In Frankreich, UK, Spanien bereits ansteigende **Hospitalisierungen;** ZIG1 AL1/ZIG1

\*\*\*\*\*

# 296\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-14.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 8

YS—NUR FUR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPras ROBERT KOCH INSTITUT I4 Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19- Krisenstabs werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle - bei **Hospitalisierung** längerer Sicherheits-Zeitraum) e Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten 15 | Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags) e Nicht besprochen 16 | Information aus dem Lagezentrum(nur freitags) e Nicht besprochen 17 | Wichtig

\*\*\*\*\*

## Seite: 8

Nicht besprochen 17 | Wichtige Termine e Nicht besprochen 18 | Andere Themen e Nächste Sitzung: Freitag 16.10.2020, 11:00-13:00 Seite 8 von 8 VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19- Krisenstabs Seite 8 von 8 werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle bei **Hospitalisierung** längerer Sicherheits-Zeitraum) Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten 15 Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags) Nicht besprochen 16 Information aus dem Lagezentrum(nur freitags) Nicht besprochen 17 Wichtige Termin

\*\*\*\*\*

# 298\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-16.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 3

en: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg; e Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz. e Anzahl der SARS-CoV-2 Testung o InKW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen; | AL1 e Fragen/Diskussion: ) Presse o Von HE au fgebrachte Uberlegung, ob Anstieg der Falle auf unerkannte Cluster,z.B. im OPNV beruht? o Frage, ob Positivenrate im Zus.hang mit **Hospitalisierung** steht? Trotz Unterschiede im Testverhalten zw. 1. Und 2. Welle; o Zur Überlegung eine Inz.-Liste online zur Verfügung zu stellen; auf LK-ebene; im Excel; online zur Verfügung mit Archiv für Rückfragen; FG32 Präs/AL3 000 Präs/AL3/Alle AL3/Präs FG37 Seite 3 von 9 VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentru

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

zu sehen: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg; Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz. o o o o Anzahl der SARS-CoV-2 Testung o In KW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen; Fragen/Diskussion: o o Von aufgebrachte Überlegung, ob Anstieg der Fälle auf unerkannte Cluster,z.B. im ÖPNV beruht? o Frage, ob Positivenrate im Zus.hang mit **Hospitalisierung** steht? Trotz Unterschiede im Testverhalten zw. 1. Und 2. Welle; o Zur Überlegung eine Inz.-Liste online zur Verfügung zu stellen; auf LK-ebene; im Excel; online zur Verfügung mit Archiv für Rückfragen; o FG32 FG32 Präs/AL3 AL1 Presse Präs/AL3/Alle AL3/Präs FG37

\*\*\*\*\*

# 304\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-23.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 7

ROBERT KOCH INSTITUT VS—NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Agenda des COVID-19 Krisenstabs größerer und längerer Einfluss auf Infektionen als auf **Hospitalisierungen** und Todesfälle o Methodisch gutes Paper, prinzipiell Effekt auf Infektionsgeschehen wahrscheinlich, Größe des Effekts jedoch unklar da nicht 1:1 übertragbar auf Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich o Neben Verzöge

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

Testung für 5 Tage ca. zu Hause bleiben um System zu entlasten, ggf. Selbstisolation/Quarantäne durch Fälle bzw. KP selbst in Eigenregie alle Seite 7 von 10 VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Agenda des COVID-19 Krisenstabs Seite 7 von 10 größerer und längerer Einfluss auf Infektionen als auf **Hospitalisierungen** und Todesfälle o Methodisch gutes Paper, prinzipiell Effekt auf Infektionsgeschehen wahrscheinlich, Größe des Effekts jedoch unklar da nicht 1:1 übertragbar auf Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich o Neben Verzöger

\*\*\*\*\*

# 308\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-10-28.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 4

it 7 Tage Inzidenz >100 Fällen/100.000 Ew; 166 LK >50-100 Fällen/100.000 Ew; 86 LK mit >25-50 Fälle/100.000 Ew Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche: weiterhin Altersgruppe (AG) von 15- bis 34-Jährigen höchste Fallzahl, gefolgt von AG der 35- bis 59-Jährigen, dritthöchste: AG der 80+ Jährigen, geringste Fallzahl bei den 0-4-Jährigen Übermittelte Fälle nach Geschlecht sowie Anteil **Hospitalisierung** und Verstorbener: in KW 37 knapp 10.000 Fälle, in KW 43 über 73.000 (binnen 6 Wochen versiebenfacht), Alter der Fälle im Mittel leicht ansteigend (32 vs. 40), Männer und Frauen gleichermaßen betroffen, Anteil asymptomatischer Personen nimmt ab (mögliche Ursache: knappe Testkapazitäten -> vornehmlich erkrankte Personen oder ältere AG getestet), Anzahl hospitalisierter Personen angestiegen,

\*\*\*\*\*

# 320\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-11-11.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

Bitte an um mögliche differenzierte Analyse- oder Darstellungsmöglichkeit hinsichtlich letzter beider Punkte To do: Bitte an Abt. 3 um Klärung des weiteren Umgangs mit den veränderten Variablen (Testkriterien, geringerer Anteil getesteter Asymptomatischer, neuer AG-NW versus PCR etc.): welche Parameter weiterhin relevant und aussagekräftig, Effekte abzubilden (Positivrate, Todesfälle, **Hospitalisierung** etc.) Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen und -Kapazitäten (Folien hier) o Datenquellen: deutschlandweit, freiwillige Angabe der Labore KEINE Vollerfassung o keine detaillierten / regionalen Auswertungen oder Vergleiche mit gemeldeten Fallzahlen möglich o Einzellaborebene: webbasierte Plattform (VOXCO, RKI- Testlaborabfrage) o Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands

\*\*\*\*\*

# 326\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-11-18.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

m Freitag diskutiert werden kann (alle) alle 5 Kommunikation BZgA 6 Strategie Fragen a) Allgemein Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen (Folien) o Umbrella Review (Meta-Synthese zu existierenden sys. Reviews, hier aus USA und Europa): o Berechnung von Assoziation von Komorbiditäten und schwerem Outcome von COVID-19 (Risiko für **Hospitalisierung** bzw. Tod), insgesamt wurden 23 Komorbiditäten für Alter adjustiert & analysiert, einzelne Vorerkrankungen ergebene unterschiedlich starke Schätzer, z.B. Herzinsuffizienz oder Z.n. Organtransplantation mit sehr hohen Schätzern für Hospitalisation o Message: ab 70. LJ ist Risiko für schwere COVID- Erkrankung und inhopital-mortality adjustiert für Komorbiditäten erhöht, ab 80. LJ deutlich erh

\*\*\*\*\*

# 332\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-11-25.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 2

denz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH o Keine großen Veränderungen ECDC Modellierung: Aktualisierung November o Modelliert werden Fallzahlentwicklungen unter verschiedenen Annahmen wie Weiterführung der Maßnahmen vom November bis 25. Dezember und verschiedenen Annahmen zu Kontaktbeschränkungen, bspw. Kontaktbeschränkungen wie im April, Rückgang Fälle um >50%, ebenfalls Rückgang der **Hospitalisierungen,** o Weitere Szenarien zur Annahme Lockerung der Maßnahmen, gezeigt am Bsp. Frankreich und Deutschland, Wiederanstieg der Fälle wird modelliert, bspw. Maßnahmen um den 7. Dezember gelockert, Wiederanstieg schon um Weihnachten, Maßnahmen erst gegen Ende Dezember gelockert, Wiederanstieg erst im Januar, Diskussion: o Modellierung nur begrenzt aussagekräftig für Deutschland, ZIG1

\*\*\*\*\*

# 334\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-11-27.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 4

## Seite: 3

Rahmen von Corona-Monitoring-Lokal im LK Hildburghausen möglicherweise geeignet, dies wäre ggf. zu Februar 2021 möglich, allerdings stehen dafür noch keine Finanzmittel zu Verfügung. o Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre. o Wöchentliche **Hospitalisierungen** nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die **Hospitalisierungsinzidenz** erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche. o Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz. o Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie hier) o Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

Februar 2021 möglich, allerdings stehen dafür noch keine Finanzmittel zu Verfügung. o Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre. o Wöchentliche **Hospitalisierungen** nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die **Hospitalisierungsinzidenz** erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche. o Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz. o Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie hier) o Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue Balken) und hospitalisierte Fälle (rote Balken), jeweils mit Bezug auf die rechte Skala. o Die A

\*\*\*\*\*

## Seite: 6

in ggf. verkürztes Stellungnahmeverfahren an. Alten-Pflegeheime werden zunächst priorisiert, dann die >80-Jährigen. o Bei Annahme von 90%-iger Impfeffektivität, einer Inzidenz von 150/100.000 und einer Verfügbarkeit von 1,25 Mio. Impfdosen/Woche wurde der Impact verschiedener Impfstrategien modelliert. Bei Priorisierung der >80-Jährigen würde das Gesundheitssystem a.e. entlastet (weniger **Hospitalisierungen).** o Weitere Aktivitäten: o Kommunikation: Mitarbeit im Steuerungskreis Impfkommunikation (inklusive Agenturen), Slogan „Wir krempeln die Ärmel hoch“, 40 Seiten FAQs zusammengestellt, Erklärvideos und Handreichungen für niedergelassene Ärzte sind erstellt / werden finalisiert, Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen sind in Vorbereitung (massiver Druck seitens der BL). o Digital

\*\*\*\*\*

## Seite: 8

rühjahr. o Anteil hospitalisierter Fälle besonders bei den 70 bis 89- Jährigen hoch. o In der Altersgruppe 15 bis 49-Jähriger bereits in der Herbstphase (nur 6 Wochen) schon mehr hospitalisierte Fälle als im Frühjahr (11 Wochen). o Vergleichbar hoher Anteil Intensivbehandlungen wie in erster Welle. o Unter jüngeren Fällen v.a. Säuglinge und Kleinkinder hospitalisiert (niedrigschwelligere **Hospitalisierung).** o Im Sentinel: bisher noch keine Kinder unter 15 Jahren auf Intensivstation. o Eine Veröffentlichung der Einteilung wird zeitnah begrüßt. Bisherige Zielstellung rein retrospektiv. Viele der Indikatoren werden auch in der Meldedaten-AG bearbeitet. o Anpassung der Falldefinition (Entwurf hier) o In der Falldefinition des ECDC sollen Antigennachweise zukünftig eine Rolle spielen. o In

\*\*\*\*\*

# 344\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-12-09.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

en nach Meldewoche (Folie 6) durchgängig hohe Fallzahl eher konstant hohes Niveau, Anteil Verstorbene höher als in Sommermonaten, Anteil mit Symptomen eher gleichbleibend seit KW37, o Anzahl Covid-19 Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 7) KW48 >2.000 Verstorbene, deutlicher Anstieg seit KW 42 Anmerkungen/Fragen/Diskussion: o Frage zu Folie 6: Warum gibt es eine Abnahme des Anteils der **Hospitalisierungen?** => Meldeverzug könnte dazu führen, Angaben vermutlich nicht vollständig, außerdem hier Darstellung des Anteils, die absolute Zahl nimmt kontinuierlich zu, insgesamt zeigt sich eine sensitivere Erfassung der Fälle, Ältere aus den Altenheimen kommen vielleicht nicht in die Krankenhäuser, Anteil Tote im KH müsste dann größer werden, ggf. prüfen, außerdem ist ambulante Versorgung besser ge

\*\*\*\*\*

# 350\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-12-16.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 7

ebiete. o Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen. o Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an. Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt. o Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr **Hospitalisierungen.** o Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten. o Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen. o Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu R

\*\*\*\*\*

# 352\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-12-18.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

in allen anderen BL leicht anziehender Trend o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz 1 LK <25/100.000 Einw., 10 LK >500/100.000 Einw. o Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche des Falles) Da über 800 Todesfälle an einem Tag gemeldet wurden aber laut DIVI die Intensivbelegungen nicht so stark gestiegen ist, wurde eine Auswertung zum Fall- Verstorbenen-Anteil und dem **Hospitalisierungsstatus** durchgeführt. Insgesamt ist über die Zeit der Fall-Verstorbenen Anteil gesunken (durch bessere Testung und Erfassung). Anteil der nicht hospitalisierten (sowie mit unbekanntem Status) unter den Verstorbenen ist ansteigend, große Unterschiede zwischen den BL, z.B. Thüringen großer Anteil der Fälle nicht hospitalisiert. o Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschlan

\*\*\*\*\*

# 360\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2020-12-30(1).pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 2

onesien, Bangla- desch; ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien; o Update Neue SARS-CoV-2-Varianten VOC 202012/01 (UK): mind. 3.000 Fälle in UK; weitere Fälle in Europa und weltweit; Neuer technischer Report PHE: vorläufige Ergebnisse der Kohortenstudie kein statistisch signifikanter Unter- schied in **Hospitalisierung,** 28-Tage-Todesrate oder Wahr- scheinlichkeit einer Reinfektion; ZIG1

\*\*\*\*\*

# 380\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-01-25.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 6

Isolationszeit, Ausscheidungszeit, Neue Definition von Kontakten) Entlasskriterien aus der Isolation: Bislang kein Änderungsgrund bei den Entlasskriterien, da bei hospitalisierten Fällen (schwerer Verlauf) ohnehin PCR vor Entlassung empfohlen ist. Die Datenlage zur Therapie bei VOC ist noch dünn. Frage: Kriterium für die Verlaufsdefinition ist der Sauerstoffbedarf, denkbar ist **Hospitalisierung** wegen anderer Erkrankung und leichter Covid-19-Verlauf, würde dann keine PCR vor Entlassung durchgeführt? Antwort: Bei Rückverlegung in Einrichtung oder mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen ist PCR empfohlen Grundsatzkriterium bei Entlassungen aus der Isolation (leichte Verläufe) frühestens nach 10 Tagen und mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit. Dies sollte auch bei neuen Varianten

\*\*\*\*\*

# 384\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-01-29.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 6

ehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC) 3 Update digitale Projekte (nur montags) Nicht besprochen 4 Aktuelle Risikobewertung Einschätzung zu Deeskalierung o Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? o Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen **(Hospitalisierung,** Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll o Derzeit bestimmen die Varianten noch nicht das Geschehen in DEU, aber Varianten muss man für Lockerungen im Blick behalten. In einer Target-PCR-Nachuntersuchung von >10.000 Proben wurde in ca. 5% der Proben eine Variante identifiziert, v.a. die B.1.1.7 (UK)-Variante. All

\*\*\*\*\*

# 386\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-02-01.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 7

enstabs Seite 7 von 11 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen.“ o „Ebenso ist die Datenlage zur Ausscheidungskinetik von besorgniserregenden SARS-CoV-2 Varianten (variants of concern, VOC) noch unzureichend. Bei Verdacht auf oder nachgewiesener Infektion mit einer dieser Varianten (VOC) empfehlen wir daher, unabhängig von Schwere, **Hospitalisierung** und Alter, vorsorglich eine Testung mittels Antigentest oder PCR vor Entisolierung.“ (korrigierte Version) Stationäres oder ambulantes Setting: ambulant könnte Rückfragen und Verständnisschwierigkeiten in breiter Bevölkerung bedingen (Definition von „Verdacht auf“ o.ä.), aber laut Literatur kann Immunität bei VOCs nicht ausreichen (bei Vorliegen von VOCs Unterscheidung dieser per PCR er

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

dung dieser per PCR erforderlich), daher Ausweitung auf ambulanten Bereich empfehlenswert „Antigentest oder PCR“ genannt zur Beibehaltung einer Flexibilität aufgrund von Präferenz bzw. vielmehr auch Verfügbarkeit/Kapazität Fragen werden bei der Abstimmung mit PH England aufgegriffen, wird berichten PCR-Test vor Entlassung aus dem Krankenhaus Folge: lange **Hospitalisierungsdauer** aufgrund der Dauer der Befunde, Erstattung via Kasse fraglich, da individualmedizinisch ggf. nicht zwingend erforderlich Kohortierung in Einrichtungen Kernaspekt: Kohortenisolierung von Patienten mit VOC, bei größeren Ausbrüchen, Quarantänisierung ganzer Funktionseinheiten etc. Auftrag von Lagezentrum ging an FG37 Unterbringung ggf. in medizinischem Papier möglich To Do

\*\*\*\*\*

# 414\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-03-05.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 2

## Seite: 3

LK an der Grenze zu CZE besonders betroffen: TH, SA, südl. BB Nur 150 LK < 50/100.000 Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den LK/SK: Sowohl LK mit Zunahme als auch LK mit Abnahme der Inzidenz sind über alle BL verteilt o Sterbefallzahlen in Deutschland, wöchentlich Übersterblichkeit hat abgenommen, hier macht sich die Abnahme der Inzidenz bei den > 80jährigen bemerkbar o **Hospitalisierung** und CFR -Vergleich VOC und herkömmliche Varianten (Folien hier) Vergleich von B.1.1.7 (gesichert) mit allen anderen (hier sind eventuell auch VOC enthalten, es liegt aber keine Info dazu vor) 279 LK mit einer Vollständigkeit der Angaben von mind. 85% wurden einbezogen Anteil der Hospitalisierten ist über fast alle Altersgruppen verteilt höher FG3

\*\*\*\*\*

## Seite: 4

VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 4 von 9 Ausnahme: bei Kleinkindern und Kindern gleich oder niedriger Mortalität: In den AG >60J und >80J nicht signifikant erhöht (bei bisher 180 Todesfällen mit VOC) Auch aus DK und UK liegen Daten zu höherer **Hospitalisierungsrate** vor Diskussion o Zeitnahe Publikation sollte angestrebt werden, u.a. zur Bestätigung bereits vorliegender Daten o Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden, können in Meldedaten aber letztendlich nie ausgeschlossen werden o Frage: Welches Bild ergibt sich ohne regionale Datenselektion nach Vollständigkeit (Auswertung aller vorhandenen Daten)? o AW: Es gibt zwei mögliche

\*\*\*\*\*

# 416\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-03-10.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 2

ssen der Antigen-Schnelltests und PCR-Tests nach Meldewoche (Folie 7) Etwa 200 Fälle/Woche mit positivem Antigen-Test und pos. PCR-Bestätigung Keine gute Erfassung durch die GÄ Inwiefern die Zunahme der Antigen-Tests die Fallzahlen beeinflusst, kann aus den Meldedaten nicht befriedigend beantwortet werden o Krankheitsschwere Variante B1.1.7 (Folien hier) Höchster Anteil von **Hospitalisierungen** bei den Fällen mit VOC-Ausschluss Grund könnte sein, dass die schwere Erkrankung bzw. **Hospitalisierung** der Anlass für die Sequenzierung war In der AG 35-59J ist der Anteil Hospitalisierter bei Fällen ohne VOC niedrig, hier aber niedrige Fallzahlen Fall-Verstorbenen-Anteil unter hospitalisierten Fällen bei Frauen der AG >80 mit B.1.1.7 am höchsten Für eine sinnvolle Inter

\*\*\*\*\*

## Seite: 2

ntigen-Test und pos. PCR-Bestätigung Keine gute Erfassung durch die GÄ Inwiefern die Zunahme der Antigen-Tests die Fallzahlen beeinflusst, kann aus den Meldedaten nicht befriedigend beantwortet werden o Krankheitsschwere Variante B1.1.7 (Folien hier) Höchster Anteil von **Hospitalisierungen** bei den Fällen mit VOC-Ausschluss Grund könnte sein, dass die schwere Erkrankung bzw. **Hospitalisierung** der Anlass für die Sequenzierung war In der AG 35-59J ist der Anteil Hospitalisierter bei Fällen ohne VOC niedrig, hier aber niedrige Fallzahlen Fall-Verstorbenen-Anteil unter hospitalisierten Fällen bei Frauen der AG >80 mit B.1.1.7 am höchsten Für eine sinnvolle Interpretation sollte der Anlass für die Sequenzierung bekannt sein FG32

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 3 von 12 o Diskussion Die dominanten VOC werden ohnehin ursächlich bei **Hospitalisierungen** und Todesfällen in den Vordergrund rücken Frage: Die Heatmap zeigt für KW 31 und 32, dass der Anstieg in der AG 20-24 begann und sich dann nach oben verbreitete, spricht der jetzige Anstieg in den mittleren AG dafür, dass das Infektionsgeschehen jetzt dort überwiegt? AW: Bei den Ältesten AG macht sich die Impfung bemerkbar, die mittleren AG sind mobil und berufstätig (Übertragun

\*\*\*\*\*

# 418\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-03-12.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 3

en nicht korrigiert für Übersterblichkeit aufgrund von Saisonaler Influenza und COVID-19 1. Welle im Frühjahr 2020 Frage/ Diskussion: Inwiefern auch Effekt, weil Gesundheitsämter nicht informiert werden oder nicht nachkommen mit Melden? Darstellung im Lagebericht? – Anmerkungen: verschiedene Systeme vorhanden und im Lagebericht vorhanden, z.B. Syndromische Surveillance wöchentlich; **Hospitalisierungsdaten** auch publiziert; Parameter mit ca. 1 Woche Zeitverzug. Vorschlag: Darstellung im Lagebericht mit grauem Balken für letzte Woche mit Hinweis auf Unsicherheit und Nachmeldungen. Entscheidung: ab nächster Woche, möglichst täglich. TO DO [kommuniziert am 14.03.2021 von Lagezentrum an mit Bitte um Berücksichtigung]: Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, m

\*\*\*\*\*

# 422\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-03-17.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 2

500: LK Greiz (TH) o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW (Folie 6) gesamt: deutlich zunehmend, in den Altersgruppen 75+ abnehmend; höchste 7TI in den mittleren Altersgruppen (15-45J) o Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten (Folie 7) Anteil Verstorbener und Anteil Hospitalisierter rückläufig, allerdings für die letzten Wochen schwer zu beurteilen Untererfassung bei **Hospitalisierungen**  Diskussion: Interpretation der grundsätzlich nach hinten abfallenden Kurven schwierig o Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen (Folie 8) Trend: weiter rückläufig in der Altersgruppe 80+ mehr 60-79jährige als 80+jährige Fälle hospitalisiert o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 9) Trend: weiter rückläufig Diskussion: Versterben noch immer v. a. die hohen

\*\*\*\*\*

# 428\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-03-24.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 5

für High-Care und ECMO nimmt ab, es wird wieder vermehrt ein Personalmangel berichtet. o Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient\*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild. o Diskussion: Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei **Hospitalisierungsraten** vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass **Hospitalisierungsberichte** der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32 MF4

\*\*\*\*\*

## Seite: 5

t. o Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient\*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild. o Diskussion: Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei **Hospitalisierungsraten** vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass **Hospitalisierungsberichte** der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32 MF4

\*\*\*\*\*

## Seite: 6

VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 6 von 9 wird eine Darstellung nach **Hospitalisierungsdatum** aufbereiten. COALA-Studie (Folien hier) Im Rahmen der COALA-Studie werden bei Kita-Ausbrüchen Fälle und Kontaktpersonen in Kitas und den zugehörigen Familien an Tag 5 nach Bekanntwerden des Indexfalls untersucht und eine Selbstbeprobung in den Familien über 14 Tage ermöglicht. In einigen untersuchten Ausbrüchen wurde eine B.1.1.7 Mutation nachgewiesen. Es wird eine ho

\*\*\*\*\*

# 436\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-04-07.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 6

Einstufung aufgehoben am 11.01.2023 durch VPräs Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Krisenstabs Seite 6 von 10 Zusatzinformationen (Altersmedian, Beatmungsdauer, Liegezeit) o Alleinstellungsmerkmal: Information sowohl zu Diagnosen liegender Patienten als auch Entlassdiagnosen o DIVI: sehr breite Abdeckung, ICOSARI tiefergehende Informationen o Hinweis: Anstieg bei **Hospitalisierung** bildet das Infektionsgeschehen von vor 2 Wochen ab o Obwohl im Steckbrief kürzere Fristen bis zu Symptomatik und stationärer Aufnahme angegeben sind, muss die Zeit bis zur Übermittlung eingerechnet werden o Anregung DIVI- und ICOSARI-Daten abzugleichen, wird von und begrüßt, erste Kontakte wurden ohnehin bereits geknüpft ToDo: Abgleich von ICOSARI-Daten und DIVI-Daten, sollen als Grun

\*\*\*\*\*

# 442\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-04-14.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 5

Risikowahrnehmung: die jetzt vermehrt betroffenen jüngeren Altersgruppen nehmen sich möglw. nicht als Risikogruppe wahr bzw. werden von Ärzteschaft nicht als solche wahrgenommen; Intensivbehandlung: betrifft zunehmend jüngere Patienten, Intensität der Behandlung bei jüngeren Patienten höher als bei älteren; Kommunikation relevanter Zeitspannen an Praxen? – Zeitspanne Erkrankungsbeginn – **Hospitalisierung** – ITS geht aus Meldedaten hervor (falls erfasst) TODO: Diskussion der o. g. Zeitspannen in Meldedatengruppe 2 Internationales (nur freitags) Nicht besprochen 3 Update digitale Projekte (nur montags) Nicht besprochen 4 Aktuelle Risikobewertung Nicht besprochen 5 Kommunikation Pressestelle viele Nachfragen zu Feiertagseffekten, wann sind Zahlen wieder auss

\*\*\*\*\*

# 452\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-04-26.pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 1

## Seite: 2

en Beitrag von betrieblichen Kontakten zum R-Wert von ca. 0,4 modelliert. Dieses Ergebnis wird durch mit Hilfe von Daten aus COSMO Studie durch netzwerkbasierte Modellierung überprüft. Studie legt nahe, dass 30% der Menschen an Arbeitsplätzen, die grundsätzlich für HO geeignet wären, engen Kontakt zu >15 Personen haben. Einschränkung: Geringe Stichprobenzahl in der Studie). To Do: 1. **Hospitalisierungsrate** nach Altersgruppen berichten 2. 2 Internationales (nur freitags) ZIG 3 Update Digitale Projekte (nur montags) CWA o Eventregistrierung angelaufen und positive Berichterstattung

\*\*\*\*\*

# 454\_Ergebnisprotokoll\_Krisenstabssitzung\_2021-04-28(1).pdf

Anzahl der Vorkommen von 'Hospitalisierung': 3

## Seite: 3

Meldewoche o In Meldedaten Anteil der Fälle mit AG-Nachweis weiterhin bei ca. 7 %, keine Veränderung zu Vorwoche, auch hier im Meldesystem aufgrund der Kapazitätensituation in den Gesundheitsämtern vermutlich nicht vollständig erfasst e Diskussion: o Heatmap: AG 90+ zeigt zunehmende Inzidenz, Ursprung bzw. Ort (Alters-/Pflegeheim, mögliche Ausbrüche) werden nähergehend betrachtet o **Hospitalisierung** nach AG - Auffälligkeiten, die gut mit Impfung zu korrelieren scheinen: Anzahl Hospitalisierter in AG 80+ (orange) stark abnehmend, in AG 60-79 (blau) relative Abnahme im Vergleich zur 2. Welle, in allen anderen AG Kurven ähnlich der 2. Welle auf niedrigerem Niveau o Tabelle mit um Nachmeldungen aktualisierten Inzidenzen ist in Arbeit, wird Presseabteilung dann zur Verfügung gestellt

\*\*\*\*\*

## Seite: 3

Meldewoche o In Meldedaten Anteil der Fälle mit AG-Nachweis weiterhin bei ca. 7 %, keine Veränderung zu Vorwoche, auch hier im Meldesystem aufgrund der Kapazitätensituation in den Gesundheitsämtern vermutlich nicht vollständig erfasst Diskussion: o Heatmap: AG 90+ zeigt zunehmende Inzidenz, Ursprung bzw. Ort (Alters-/Pflegeheim, mögliche Ausbrüche) werden nähergehend betrachtet o **Hospitalisierung** nach AG – Auffälligkeiten, die gut mit Impfung zu korrelieren scheinen: Anzahl Hospitalisierter in AG 80+ (orange) stark abnehmend, in AG 60-79 (blau) relative Abnahme im Vergleich zur 2. Welle, in allen anderen AG Kurven ähnlich der 2. Welle auf niedrigerem Niveau o o o Tabelle mit um Nachmeldungen aktualisierten Inzidenzen ist in Arbeit, wird Presseabteilung dann zur Verfügu

\*\*\*\*\*

## Seite: 7

ieser Daten haben von den 5.681.135 in Deutschland lebenden Personen ≥80 Jahre max. 1.239.773 (22 %) noch keine Erstimpfung erhalten Diskussion: Auffällig: AG 5-14 wird wenig per PCR getestet, zeigt aber einen hohen Positivenanteil – sind hierbei möglw. AG-Tests ursächlich? To Do: Bitte um Überprüfung der Meldedaten hierzu ob AG-Tests vermerkt sind Ursächlichkeit der höheren **Hospitalisierungs-** und ITS-Raten bei jüngeren AG als in 2. Welle unklar (eventuell eine größere Häufigkeit schwerer Verläufe), überprüft hierzu mögliche Hinweise aus Meldedaten Jüngere AG werden häufig schneller auf ITS verlegt, da weniger Komorbiditäten vorhanden sind und sie erst später das Krankenhaus aufsuchen Jüngere AG vermutlich häufiger und länger ECMO-behandelt, u.a. da bessere Verträglich

\*\*\*\*\*

