# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

***Anlass:***Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

***Datum:*** *24.02.2021, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda, Ute Rexroth**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
  + Lothar Wieler
* Abt. 1
  + Martin Mielke
* Abt. 3
  + Osamah Hamouda
  + Tanja Jung-Sendzik
* ZIG
  + Johanna Hanefeld
* FG12
  + Annette Mankertz
* FG14
  + Melanie Brunke
* FG17
  + Ralf Dürrwald
* FG24
  + Thomas Ziese
* FG 32
  + Michaela Diercke
  + Claudia Sievers
* FG34
  + Viviane Bremer
* FG36
  + Silke Buda
  + Stefan Kröger
* FG37
  + Tim Eckmanns
* FG 38
  + Maria an der Heiden
  + Ute Rexroth
* IBBS
  + Claudia Schulz-Weidhaas
* MF4
  + Martina Fischer
* P1
  + Indes Lein
* P4
  + Susanne Gottwald
* Presse
  + Marieke Degen
  + Ronja Wenchel
* ZIG1
  + Luisa Denkel
* ZIG2
  + Charbel El Bcheraoui
* BZgA
  + Heide Ebrahimzadeh-Wetter
* BMG
  + Christophe Bayer
* MF3
  + Nancy Erickson (Protokoll)
* MF4
  + Martina Fischer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOP** | **Beitrag/Thema** | **eingebracht von** |
| **1** | **Aktuelle Lage**  **International** (nur freitags)  **National**   * Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\Lage-National_2021-02-24.pptx))   + SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw.     - Bayern: 400 Meldungen nicht übermittelt, derzeit in Klärung   + Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.581.294 (4,2 %), mit 2 Impfungen 1.854.928 (2,2 %)   + DIVI-Intensivregister: 3.037 Fälle in Behandlung (-23)   + 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum     - In allen BL gleichbleibender Trend     - Thüringen: kein weiterer Anstieg     - Derzeit BW und SH niedrigste Inzidenzen, SH wegen Situation in Flensburg zu beobachten   + Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK     - LK mit hoher Inzidenz: v.a. in Bayern, Thüringen, BL mit LK an tschechischer Grenze sowie u.a. auch Flensburg (s.o.)   + Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche     - Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen     - Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich     - Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020   + 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: derzeit ca. 130; niedrigste 7-Tage-Inzidenzen derzeit bei AG der 65-79-Jährigen, höchste bei AG der 90+Jährigen, aber auch bei den 20-24-Jährigen hoch * **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**   **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\Testzahlerfassung%20am%20RKI_2021-02-24.pptx))   * + Testzahlen und Positivquote     - Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 %     - Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Test-kapazität ausgenutzt     - Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten     - PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche     - Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren     - Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird     - Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen   + Auslastung der Kapazitäten     - Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden   + Probenrückstau     - Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch   + AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ     - Zahlen insgesamt etwas gestiegen, Kernaussage unverändert: nur geringe Positivquote bei POC-Tests, größter Anteil (ca. 92 %) der Antigen-POC Tests werden PCR zugeleitet, von den Antigen-positiven Tests sind nur ca. 29 % in der PCR positiv, entspricht dem Bild der vergangenen Wochen und den Erwartungen     - Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder)   + Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal:     - Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher     - Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht)     - Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation   **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\210224_SARS-CoV-2%20in%20ARS_Krisenstabssitzung.pptx))   * + Anzahl Testungen und Positivenanteile     - Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positiven-anteils, derzeit ca. 5 %     - Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden     - Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet     - Positivenanteil nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen stellt nicht mehr die Gruppe mit dem höchsten Positivenanteil dar, hier nun die AG der 5-14-Jährigen führend; Positivenanteil jedoch insgesamt in allen AG abnehmend     - Abnahmeort in KW: Trend der Vorwochen setzt sich fort: am wenigsten getestet in Arztpraxen, derzeit hier ca. 1/3 der Testungen wie zu Höchstzeiten vor KW52, kongruent zu o.g. Zahlen; in Krankenhaus Testrate stabil; in anderen Einrichtungen nur geringfügiger Rückgang der Testrate     - Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll   + VOC:     - Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 %     - VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen     - Aufschlüsselung Situation Bayern nach LK: Nachtestung durch einzelne Labore, siehe Bsp. LK Tirschenreuth: Vortestung in einem Labor, Sequenzierung in anderem, somit hier angegebene 90 % durch Selektionsbias verursacht     - Aufschlüsselung nach AG: klarer Anstieg der B.1.1.7 auf nahezu 24 %; am wenigsten in AG der über 80-Jährigen (scheinbar bislang erfolgreiche Abschirmung); vor allem die 0-4 Jährigen betroffen, aber cave bei Interpretation aufgrund geringer Probenzahl     - Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil   + Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen   + Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen   + Diskussion:     - Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt     - Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt     - Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärztever-bund sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen     - Ursache: vermutlich symptombasiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening     - Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken     - Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden     - Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend * **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW7_2021_für-Krisenstab.pptx))   + GrippeWeb     - Anstieg der Vorvorwoche setzt sich scheinbar nicht fort     - ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau   + ARE-Konsultationen     - Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen fortgesetzt     - In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche     - Regionale Unterschiede: Brandenburg/Berlin: AG der 0-4-, 5-14- und 15-34-Jährigen Trend steigend; BaWü: Inzidenz der AG der 15-34-Jährigen sinkt nicht so stark wie in anderen AG 🡪 diese AG ggf. übertra-gungsrelevant und zu beobachten   + ICOSARI-KH-Surveillance     - SARI in AG > 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend     - Ähnlich SARI im Jahresvergleich: 15-34-Jährige stärker von Grippe betroffen, aber auch in der AG bis 59 Jahre zunehmend; bei älteren AG Trend eher abnehmend     - Max. Liegedauer 7d: AG der 35-59-Jährigen eher zunehmende Anzahl Covid-19-Fälle, auch bei AG 15-34-Jährigen leichter Anstieg, hier hinsichtlich des Vorhandenseins neuer Varianten zu überprüfen, beunruhigende Entwicklung   + Diskussion     - Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich):     - Gemessen an der Inzidenz: noch keine Zunahme aber auch keine weitere Abnahme, obwohl Maßnahmen noch nicht gelockert wurden bzw. sich Lockerungen noch nicht in Zahlen niederschlagen können     - Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden     - Effekte abhängig von Alter zu betrachten: AG 0-4 Jahre: KiTa-Situation; 80+Jährige: Impfung; AG drunter: derzeit sehr compliant; AG 20-50 Jahre: mobil und im Fokus 🡪 altersstratifizierte Betrachtung nötig     - Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden     - Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern“), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance * **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\2021-02-24_Intensivregister_SPoCK.pptx))   + 2.971COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021)   + In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig   + Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig   + Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer)   + Anteil der Covid-19-Patient\*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: Rückgang in den meisten BL, in 4 BL liegt Anteil von Covid-19-Patient\*innen an Intensivbetten über 15 % (~ jedes 6.Bett)   + Belastungslage auf Intensivstationen     - Weitere Stabilisierung     - Situation des Personalmangel verbessert sich     - Raummangel bleibt bestehen     - Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an   + Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten     - Trend setzt sich nach unten fort   + Regional     - Beispiel Amberg, Landshut, Coburg, Hochfranken, (Erding nicht zu berücksichtigen): Vorwoche überall Trend nach unten, diese Woche Trend steigend, teils auch mit IST-Zunahme prognostiziert | FG32 (Diercke)  Abt. 3  (Hamouda)  FG37  (Eckmanns)  FG36  (Buda)  MF4  (Fischer) |
| **2** | **Internationales (nur freitags)**  **SARS-Cov2 re-infection risk** (Slides [here](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\COVID-reinfections-KS-240221.pptx)), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document [here](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\Assessment%20of%20SARS-CoV-2%20re-infection%20risk%20in%20Austria,%202021.docx))   * Case reports/series * 199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, > 75 co-morbidities * 16 & 60 asymptomatic at 1st and 2nd “episode” * Duration between “episodes”: 1 – 32 weeks * Follow-up testing in 7 studies * Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts * Only 17 cases confirmed as reinfections through whole genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations) * Almost no study reports on growth or level of virus * Symptoms at repositive are common * Using RKI in-working definition * Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible * Observational Studies * Predominantly from China * Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator * Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained * Age of re-positive: 2 months – 90 years * Duration between two “episodes”: 1 – 33 weeks * Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported * 2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified * Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies * Top rates studies: 11/14 criteria   + Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes   + Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes   + Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge * Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks) * Studies with repositive >20 %: 21.4 – 50.0 * Reviews: 8 (1 preprint) * Three descriptive and five with metanalysis * Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU * Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses * Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 % * Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d * Time discharge to recurrence: 13.4 d * Main Observations * Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19) * Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples) * Genome sequencing rarely performed * Re-positive SARS-COV-2 test among previously recovered cases is a commonly-reported phenomenon during first few weeks (some of these cases follow exposure, severe illness at “re-positive” reported, includes deaths) * Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission * Diskussion: * Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig * Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden * Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides): * Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do **not** match * Probable reinfection (*prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections*): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infectionor had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection ≥105/ml **or** virus can be grown * Possible reinfection (*precondition: neither A nor B applies*): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infectionor had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <105/ml or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative) * Three-month-cutoff used at RKI, similar numbers from ECDC, in Austrian study evaluated last week four months were used, so far not less than 3 months used | ZIG2  (El Bcheraoui) |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur montags)**   * Nicht besprochen |  |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung**  **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\Aktualisierung_Risikobewertung%20zu%20COVID-2021-02-26.docx))   * Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen * Überblick über zentrale Anpassungen: * Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember * Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs * Brasilianische VOC P1 nicht nur „nachgewiesen“, sondern regional unterschiedlich mit deutlichen Anteilen nebst WT zirkulierend, höhere Übertragbarkeit und potentiell schwerer Krankheitsverläufe können zu Fallzahlzunahme und Verschlechterung der Situation führen * Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne gestellt * Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“ * Bevölkerung sollte aktiver eingebunden werden, sich an die Regeln zu halten anstelle der schon seit geraumem Zeitraum kommunizierten Durchhalteapelle   *To Do1: Bitte um Zirkulation und Durchsicht bis Donnerstagabend zwecks Besprechung und Finalisierung am Freitag, Frau Buda schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab*  *To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?* | FG36  (Buda) |
| **5** | **Kommunikation**  **BZgA**   * Keine aktuellen Anliegen   **Überarbeitung der Covid-Seite** (Dokument [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\COVID-Seite_neu.docx))   * Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten * Beispiel Infektionsschutzmaßnahmen: verschiedene Empfehlungen für Schulen vorhanden – S3, seitens RKI und MPK-Beschlüsse 🡪 könnte auf eine Unterseite „Empfehlungen für Schulen“ ausgelagert werden; ebenso „Hygienemaßnahmen bei Covid-19“ * Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen * Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens Herrn Mielke)   *To Do: Zirkulation des Dokuments an Frau Brunke (Hygienemaß-nahmen) und Herrn Mielke zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)* | BZgA  (Ebrahimzadeh-Wetter)  Presse  (Degen) |
| **6** | **RKI-Strategie Fragen**   1. **Allgemein**  * Modellierungsstudie (mittwochs)   + Nicht besprochen  1. **RKI-intern**  * Nicht besprochen | Alle |
| **7** | **Dokumente**  Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\ID%202866_Vorschläge%20zu%20Testkriterien_SuS.docx))   * Hintergrund: Brief von Prof. Exner und zwei Organisationen an Herrn Wieler zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS) * Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern * Vorschlag Prof. Exner sehr differenziert: sofern gelüftet 🡪 betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2   Umformulierungsvorschlag UB:   * Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden * Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind * Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen * Erfahrungswerte haben gezeigt, dass Empfehlung des RKI auch vor Gericht von Bedeutung sind | FG36  (Buda) |
| **8** | **Update Impfen (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG33 |
| **9** | **Labordiagnostik**   * Influenza / Virologische Surveillance (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\NRZ%20Influenzaviren%20Krisenstab%2024022021.pptx))   + Proben     - Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche     - Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen     - Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE   + Viruszirkulation     - Rhinovirennachweis bei ca. 10 %, SARS-CoV-2 ca. 6 %, geringer Nachweis von Parainfluenza 3 (neuerdings leichte Hintergrundaktivität), kein Nachweis von Influenza im Sentinel, saisonale Corona-Viren: leichte Zirkulation   + Sequenzierungen     - n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351     - Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot)   + Diskussion:     - Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten   *To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik“ in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag Frau Rexroth)* | FG17/ZBS1  (Dürrwald) |
| **10** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**   * Verlegung von 50-100 Patienten aus Tschechien geplant, Freitag dazu aktuelle Informationen (Cave: Verlegung muss auch hinsichtlich SPoCK berücksichtigt werden) | IBBS  (Schulz-Weihaas) |
| **11** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**   * Nicht besprochen | Alle |
| **12** | **Surveillance**   * Corona-KiTa-Studie (nur montags)   **Auswertung der VOC** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-24_Lage_AG\20210224_KS_VOC.pptx))   * Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten * VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis“: wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis“: durch Sequenzierung * Nachweis/Verdacht: ca. 11.000 Fälle in Meldesystem, meiste Fälle aus Bayern, v.a. VD B.1.1.7 (v.a. aus BaWü und Bayern) * Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche * Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig * Verknüpfung Genomsequenzierung mit Meldedaten: ca. 7.000 Matches 🡪 LK-Ebene: Anzahl Testungen mit Genomsequen-zierung und Variantennachweis: sehr geringe Fallzahlen, daher sehr hohe Anteile (Daten somit nicht für externen Gebrauch) * B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage > 5 Genom-sequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtes weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 % * Zufallsstichproben (Folie 4): Top 6 Varianten (B.1.177, B1.1.7, B.1.221, B.1.258, B.1.160, B.1) aufgelistet; B.1.1.7 in KW6 bis KW6 in Top 6 enthalten, Anteil ca. 10 % * Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen * Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert * Unterschiedliche Datenquellen zu B.1.1.7 (Folie 5): Laborverbund (orange), RKI (grau), Fallzahlen mit Verdacht bzw. Nachweis von B.1.1.7 (blau): kontinuierlicher Anstieg, Genomsequenzierung B.1.1.7 (gelb): Sequenzierungsnachmeldungen ausstehend * Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz * Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich * Diskussion: * Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (🡪 Einfluss auf Gesamtinzidenz) * In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist * Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden * Andere Länder mit rückläufigen Zahlen trotz Vorliegens der B.1.1.7 - mögliche Erklärungsansätze: Hypothese, dass Personen hier vor Peak der Virusausscheidung symptomatisch und somit Effekt auf Ausbreitung, dennoch waren schnelle und drastische Maßnahmen entscheidender Faktor zum Erfolg * Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC * Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden * Anstieg der VOC wird vermutlich erst Anfang/Mitte März deutlich sichtbar werden, bei Lockerungen sind Anstiege unvermeidbar, dies muss weiterhin klar kommuniziert werden auch angesichts der Lockerungstendenzen seitens Politik * Grundsätzlich gilt: Varianten werden dominieren und, sofern Reisen/Mobilität erfolgt, diese werden sich verbreiten * Cave bei Betrachtungen: Tirol - Südafrika-Variante 🡪 biologisch anderes Verhalten als B.1.1.7 durchaus denkbar, sollte berücksichtigt werden * Regionale Unterschiede oder Auffälligkeiten zu beobachten (Region Mosel, Saarland), vor allem bei Vorliegen der Südafrika-Variante, zu der noch keine ausreichenden Hinweise auf hohen Wirkungsgrad der Impfung vorliegen | FG32  (Kröger) |
| **13** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG38 |
| **14** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG38 |
| **15** | **Wichtige Termine**   * Teilnahme von Herrn Wieler an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht * IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weiteregegeben * Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch Christian Herzog) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten | Alle  Presse (Wenchel) |
| **16** | **Andere Themen**   * Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex |  |