



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

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Testkapazität und Testungen (mittwochs) Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier) ○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 % ▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Testkapazität 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden ○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher 	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positivenanteils, 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: Nachttestung durch einzelne Labore, siehe Bsp. LK Tirschenreuth: Vortestung in einem Labor, Sequenzierung in anderem, somit hier angegebene 90 % durch Selektionsbias verursacht 	
--	---	--

FG36
(Buda)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Hausärzterverband sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen ▪ Ursache: vermutlich symptom-basiertes 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) <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg der Vorwoche setzt sich scheinbar nicht fort ▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau ○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen 	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p>fortgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. übertragungsrelevant und zu beobachten <ul style="list-style-type: none"> ○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ 2.971 COVID-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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere Stabilisierung ▪ Situation des Personalmangel verbessert sich ▪ Raummangel bleibt bestehen ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an ○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend setzt sich nach unten fort ○ Regional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beispiel Amberg, Landshut, Coburg, Hochfranken, (Erding nicht zu berücksichtigen): Vorwoche überall Trend nach unten, diese Woche Trend steigend, teils auch mit IST-Zunahme prognostiziert 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <p>SARS-Cov2 re-infection risk (Slides here), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document here)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Case reports/series <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	ZIG2 (El Bcheraoui)



	<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible ○ Observational Studies <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Top rates studies: 11/14 criteria <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden ○ Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (<i>prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections</i>): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or 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 $\geq 105/\text{ml}$ or virus can be grown ▪ Possible reinfection (<i>precondition: neither A nor B applies</i>): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or 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 $< 105/\text{ml}$ 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 	
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Aktualisierung Risikobewertung (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen ○ Überblick über zentrale Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	FG36 (Buda)



	<p>gestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p><i>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</i> <i>To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?</i></p>	
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine aktuellen Anliegen <p>Überarbeitung der Covid-Seite (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) <p><i>To Do: Zirkulation des Dokuments an Frau Brunke (Hygienemaßnahmen) und Herrn Mielke zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)</i></p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Degen)</p>
<p>6</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modellierungsstudie (mittwochs) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen <p>b) RKI-intern</p>	<p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
7	<p>Dokumente</p> <p>Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Umformulierungsvorschlag UB:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgerechter, 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	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG33
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Proben <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche ▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen ▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE ○ Viruszirkulation <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten 	FG17/ZBS1 (Dürrwald)



	<i>To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik“ in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag Frau Rexroth)</i>	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	Alle
12	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) Auswertung der VOC (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 Genomsequenzierung 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 Genomsequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtess 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 	FG32 (Kröger)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich ○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	FG38
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 weitergegeben ○ Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch Christian Herzog) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten 	Alle Presse (Wenchel)



16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none">○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--