



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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	24.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda, Ute Rexroth

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





<b>TO P</b>	<b>Beitrag/Thema</b>	<b>eingbracht von</b>
<b>1</b>	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bayern: 400 Meldungen nicht übermittelt, derzeit in Klärung</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.581.294 (4,2 %), mit 2 Impfungen 1.854.928 (2,2 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.037 Fälle in Behandlung (-23)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL gleichbleibender Trend</li> <li>▪ Thüringen: kein weiterer Anstieg</li> <li>▪ Derzeit BW und SH niedrigste Inzidenzen, SH wegen Situation in Flensburg zu beobachten</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK mit hoher Inzidenz: v.a. in Bayern, Thüringen, BL mit LK an tschechischer Grenze sowie u.a. auch Flensburg (s.o.)</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen</li> <li>▪ Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich</li> <li>▪ Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></li> <li><b>Testzahlenerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 %</li> <li>▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Testkapazität ausgenutzt</li> <li>▪ Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten</li> <li>▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche</li> <li>▪ Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren</li> <li>▪ Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird</li> <li>▪ Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden</li> </ul> </li> <li>○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch</li> </ul> </li> <li>○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder)</li> </ul> </li> <li>○ Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht)</li> <li>▪ Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation</li> </ul> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positivenanteils, derzeit ca. 5 %</li> <li>▪ Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden</li> <li>▪ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll</li> </ul> </li> <li>○ VOC:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 %</li> <li>▪ VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	---	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil</li> <li>○ Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen</li> <li>○ Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt</li> <li>▪ Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt</li> <li>▪ Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärzterverband sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen</li> <li>▪ Ursache: vermutlich symptom-basiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening</li> <li>▪ Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken</li> <li>▪ Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden</li> <li>▪ Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend</li> </ul> </li> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg der Vorwoche setzt sich scheinbar nicht fort</li> <li>▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p>fortgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche</li> <li>▪ 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI in AG &gt; 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden</li> <li>○ 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</li> <li>○ Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden</li> <li>○ Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern“), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021)</li> <li>○ In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig</li> <li>○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig</li> <li>○ Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Belastungslage auf Intensivstationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Stabilisierung</li> <li>▪ Situation des Personalmangel verbessert sich</li> <li>▪ Raummangel bleibt bestehen</li> <li>▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend setzt sich nach unten fort</li> </ul> </li> <li>○ Regional <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beispiel Amberg, Landshut, Coburg, Hochfranken, (Erding nicht zu berücksichtigen): Vorwoche überall Trend nach unten, diese Woche Trend steigend, teils auch mit IST-Zunahme prognostiziert</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>SARS-Cov2 re-infection risk</b> (Slides <a href="#">here</a>), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document <a href="#">here</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Case reports/series <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, &gt; 75 co-morbidities</li> <li>▪ 16 &amp; 60 asymptomatic at 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> “episode”</li> <li>▪ Duration between “episodes”: 1 – 32 weeks</li> <li>▪ Follow-up testing in 7 studies</li> <li>▪ Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts</li> <li>▪ Only 17 cases confirmed as reinfections through whole</li> </ul> </li> </ul>	ZIG2 (El Bcheraoui)





	<ul style="list-style-type: none"> <li>genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations)</li> <li>○ Almost no study reports on growth or level of virus</li> <li>○ Symptoms at repositive are common</li> <li>○ Using RKI in-working definition <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible</li> </ul> </li> <li>○ Observational Studies <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Predominantly from China</li> <li>▪ Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator</li> <li>▪ Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained</li> <li>▪ Age of re-positive: 2 months – 90 years</li> <li>▪ Duration between two “episodes”: 1 – 33 weeks</li> <li>▪ Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported</li> <li>▪ 2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified</li> </ul> </li> <li>○ Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Top rates studies: 11/14 criteria <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes</li> <li>○ Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes</li> <li>○ Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge</li> </ul> </li> <li>▪ Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks)</li> <li>▪ Studies with repositive &gt;20 %: 21.4 – 50.0</li> </ul> </li> <li>○ Reviews: 8 (1 preprint) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Three descriptive and five with metanalysis</li> <li>▪ Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU</li> </ul> </li> <li>○ Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 %</li> <li>▪ Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d</li> <li>▪ Time discharge to recurrence: 13.4 d</li> </ul> </li> <li>○ Main Observations <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19)</li> <li>▪ Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples)</li> <li>▪ Genome sequencing rarely performed</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion:</li> <li>○ Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden</li> <li>○ Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known <b>AND</b> genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known <b>AND</b> genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do <b>not</b> match</li> <li>▪ 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 <b>AND tested negative</b> by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection <b>or</b> the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago <b>AND</b> SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection <math>\geq 105/\text{ml}</math> <b>or</b> virus can be grown</li> <li>▪ 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 <b>AND tested negative</b> by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection <b>or</b> the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago <b>AND</b> individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <math>&lt; 105/\text{ml}</math> or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative)</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Aktualisierung Risikobewertung</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen</li> <li>○ Überblick über zentrale Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember</li> <li>▪ Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne</li> </ul> </li> </ul>	FG36 (Buda)



	<p>gestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“</li> <li>○ Bevölkerung sollte aktiver eingebunden werden, sich an die Regeln zu halten anstelle der schon seit geraumem Zeitraum kommunizierten Durchhalteapelle</li> </ul> <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><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine aktuellen Anliegen</li> </ul> <p><b>Überarbeitung der Covid-Seite</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten</li> <li>○ 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“</li> <li>○ Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen</li> <li>○ Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens Herrn Mielke)</li> </ul> <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><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierungsstudie (mittwochs) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hintergrund: Brief von Prof. Exner und zwei Organisationen an Herrn Wieler zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS)</li> <li>○ Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern</li> <li>○ Vorschlag Prof. Exner sehr differenziert: sofern gelüftet ! betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2</li> </ul> <p>Umformulierungsvorschlag UB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden</li> <li>○ Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind</li> <li>○ Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen</li> <li>○ Erfahrungswerte haben gezeigt, dass Empfehlung des RKI auch vor Gericht von Bedeutung sind</li> </ul>	FG36 (Buda)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proben <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche</li> <li>▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen</li> <li>▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE</li> </ul> </li> <li>○ Viruszirkulation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Sequenzierungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351</li> <li>▪ Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot)</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	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>	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlegung von 50-100 Patienten aus Tschechien geplant, Freitag dazu aktuelle Informationen (Cave: Verlegung muss auch hinsichtlich SPoCK berücksichtigt werden)</li> </ul>	IBBS (Schulz-Weihaas)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (nur montags)</li> </ul> <b>Auswertung der VOC (Folien <a href="#">hier</a>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten</li> <li>○ VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis“: wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis“: durch Sequenzierung</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche</li> <li>○ Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig</li> <li>○ 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)</li> <li>○ B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage &gt; 5 Genomsequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtess weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 %</li> <li>○ 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 %</li> <li>○ Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen</li> <li>○ Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert</li> <li>○ 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</li> <li>○ Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz</li> </ul>	FG32 (Kröger)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (! Einfluss auf Gesamtinzidenz)</li> <li>▪ In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist</li> <li>▪ Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC</li> <li>▪ Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Grundsätzlich gilt: Varianten werden dominieren und, sofern Reisen/Mobilität erfolgt, diese werden sich verbreiten</li> <li>▪ Cave bei Betrachtungen: Tirol - Südafrika-Variante ! biologisch anderes Verhalten als B.1.1.7 durchaus denkbar, sollte berücksichtigt werden</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilnahme von Herrn Wieler an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht</li> <li>○ IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weitergegeben</li> <li>○ Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch Christian Herzog) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten</li> </ul>	Alle Presse (Wenchel)



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