# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

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

***Datum:*** *01.02.2021, 13-15 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
  + Lars Schaade
  + Lothar Wieler
* Abt. 1
  + Martin Mielke
* Abt. 3
  + Osamah Hamouda
  + Tanja Jung-Sendzik
* FG14
  + Melanie Brunke
  + Mardjan Arvand
* FG17
  + Thorsten Wolff
  + Djin-Ye Oh
* FG 21
  + Patrick Schmich
  + Wolfgang Scheida
* FG24
  + Thomas Ziese
* FG 32
  + Michaela Diercke
* FG 38
  + Ute Rexroth
* FG 34
  + Viviane Bremer
* FG36
  + Walter Haas
  + Silke Buda
  + Stefan Kröger
  + Kai Schulze
* FG37
  + Tim Eckmanns
* IBBS
  + Christian Herzog
  + Bettina Rühe
* P1
  + Mirjam Jenny
* P4
  + Susanne Gottwald
* Presse
  + Jamela Seedat
  + Marieke Degen
* ZBS1
* Janine Michel
* ZIG
  + Johanna Hanefeld
* ZIG1/INIG
  + Regina Singer
* BZgA
  + Martin Dietrich
* BMG
  + Christophe Bayer
* MF3
  + Nancy Erickson (Protokoll)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOP** | **Beitrag/Thema** | **eingebracht von** |
| **1** | **Aktuelle Lage**  **International** (freitags)  **National**   * Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\Lage-National_2021-02-01.pptx))   + SurvNet übermittelt 2.221.971 Fälle, davon 57.120 (+175) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 91/100.000 Einw. (rückläufig im Vgl. zu Daten voriger Wochenenden)   + 4-Tage-R=1,01; 7-Tage-R=0,88; Trend weiter rückläufig   + Impfmonitoring (31.01.2021): Geimpfte mit erster Impfung 1.935.356 (2,3 %), mit zweiter Impfung 532.562   + DIVI-Intensivregister: 4.348 Fälle in Behandlung (-4), auch hier weiter rückläufig   + Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 255, davon 43 % verstorben   + 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum:     - Angepasste Abbildung seit letzter Woche, wurde gut aufgenommen     - In meisten BuLä rückläufig, vor allem in östlichen BuLä     - Leicht ansteigend in Schleswig-Holstein (SH)(Amtshilfeersuchen Ende letzter Woche)     - Saarland auf Platz 3, im Vgl. zu anderen BuLä gegenläufige (= steigende) Tendenz, Austausch mit zuständ. Landesbehörde 🡪 evtl. zurückzu-führen auf kleinen Grenzverkehr, in Nachbar-ländern vermehrt Nachweis neuer Varianten wie auch in Saarland selbst     - Sachsen-Anhalt am Sonntag keine Daten übermittelt (siehe Dashboard), derzeit in Klärung, ob heutige Übermittlung erfolgen wird, wirkt sich aber nur leicht auf 7-Tages-Inzidenz aus   + Geografische Verteilung in Deutschland: weiterhin im Osten sehr hohe 7-Tages-Inzidenzen, auch in SH und Saarland einige LK mit höherer Inzidenz (weiter s.u.)   **7-Tage-Inzidenz auf Kreisebene** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\Lage-National_2021-02-01.pptx) ab Folie 5, Dokument „Verlauf Inzidenz nach Lockdown nach LK“ [hier](Verlauf_Inzidenz_nach_Lockdown_LK.pdf))   * Jeder Punkt entspricht 7-Tages-Inzidenz eines LK, Boxplot = Median plus Quartile, Entwicklung seit Oktober dargestellt, in letzten zwei Wochen vermehrt LK mit Inz. < 34/100.000 Einw. (grün) sichtbar * Sachsen und Thüringen: Inzidenz weiterhin sehr hoch, derzeit rückläufig (Folie 7) * Folie 8: ähnliche Darstellung, jedoch 1. Nov. 2020 als Null-punkt gewählt 🡪 bessere Sichtbarkeit der Wirkung des Lockdowns bzw. Lockdown lights 🡪 nur langsam eintretende Verbesserung, in östlichen BuLä zunächst noch steigend * Stagnation in SH (Folie 9): Darstellung aller 5 LK mit Einzelentwicklung: bis auf Ausbruch Pinneberg alles im mittleren Bereich, kein LK mit sinkender Tendenz, Lübeck und Neumünster zeitweise sogar steigend, sehr uneinheitlich, bedarf weiterer Klärung, auch hinsichtlich eines möglichen Vorliegens von VOCs   Diskussion:   * Gibt es Datenerhebungen zu Maßnahmen und vor allem auch zur diesbezüglichen Compliance auf LK-Ebene (bspw. zwecks Ver-gleich günstiger vs. weniger günstiger Entwicklungen)? * Maßnahmenmonitoring ist teils vorhanden (Bspw. Bielefeld bzw. infas-Projekt zur Darstellung aller LK) jedoch kein/e explizite/s Compliance-Monitoring bzw. -datenerfassung 🡪 Papier von ZIG2 zu Adhärenz derzeit in Arbeit, ebenso ein Projekt in Zusammen-arbeit mit Abt. 2 * Zu beachten sind auch derzeit bereits erfolgende Diskussionen zu Lockerung seitens Politik sowie Spekulationen zu VOCs auf Grundlage nicht verifizierbarer Berichte aus anderen Ländern (in Luxemburg sind laut Presse derzeit ca. 17 % der sequenzierten Proben B.1.1.7-positiv) * Augenmerk sollte auch auf Anhaltspunkte zu VOC-Eintrag und -Ausbreitung gelegt werden * Bericht zu südlichem Afrika derzeit in Arbeit, wird diese Woche finalisiert * Zu steigender Inzidenz im Saarland: zuständige Behörde berichtete gestern über keine außergewöhnlichen Vorkommnisse, ursächlich sei jedoch vermutlich verstärkter Grenzverkehr mit Spillover nach Deutschland, größtenteils auch Freizeit-assoziierter Verkehr (Friseurbesuche), ebenso im Zillertal (via „work-permissions“), hier mit Folge eines erheblichen Ausbruchs mit südafrikanischer Variante 🡪 unterstreicht die Bedeutung auch einer europäischen Strategie / Compliance * Heutige VC mit Dänemark, Österreich und Niederlande: Berichte von einem um ca. 0.5 höheren R-Wert für B.1.1.7 🡪 viel schnellere Übertragung, Ursache dafür derzeit unbekannt, Variante wird sich demnach mutmaßlich durchsetzen, einzig derzeit effiziente Strategie ist die strikte Compliance mit den Maßnahmen * Analyse von 31.000 Proben aus dem Saarland: ca. 1.800 Proben bzw. 5 % pos. auf VOCs, keine repräsentative Studie jedoch hohe Fallzahl * Ggf. wären Virusvariantengebiete in Nachbarländern auszuweisen (cave bei entsprechender öffentlicher Reaktion) * Kernaspekt vor diesem Hintergrund bleibt jedoch die Übertragung vor allem auch durch das Reisen, weniger die aktuellen Varianten selbst (da auch weiterhin höchstwahr-scheinlich zahlreiche neue entstehen und sich verbreiten werden)   *ToDo1: Bitte um Bericht bis Dienstagabend aufgrund der Telko mit Minister Spahn am Mittwochabend*  *ToDo2: Bitte an Herrn Wolff, den Bericht zur Analyse der 31.000 Proben aus dem Saarland bereitzustellen*  **ALM-Abfrage**  Bericht dazu in Abstimmung, Update auf Mittwoch verschoben | FG32  (Diercke)  FG34  (Matthias an der Heiden) |
| **2** | **Internationales (nur freitags)**   * Nicht besprochen | ZIG |
| **3** | **Update Digitale Projekte (nur montags)**  **CWA**   * 25 Mio. Downloads * 23 Mio. aktive Nutzung * Zahlen allerdings schwer verifizierbar * Vorauss. Mitte Februar iPhone 5 und 6s-fähige Version verfügbar * Neue Modifikationen: Kennzahlfunktion, Kontakttagebuch * „rote Karte“-Funktion ab ca. 24.02. mit Kurzbefragung * 32.000 Personen haben bislang andere Menschen CWA-basiert gewarnt * Eigene Befragungssysteme (Laborbefragung Abt. 1 und 3) für RKI mit Aufwand verbunden aber nachhaltige Gestaltung   **DEA**   * Anbindung der Gesundheitsämter nahezu abgeschlossen (8 ausstehend), Umstellung auf rein digitale Datenübertragung dann möglich * Heutiges Meeting verschiedener Leiter digitaler Projekte zwecks Schulterschluss und Synergiensammlung 🡪 hoher Workload soll in langfristigen Mehrwert umgesetzt werden   **Datenspende**   * Algorithmus wurde verbessert * Probleme mit Daten von Applenutzern * Schlafdatenauswertung: im Austausch mit Dr. Eva Winnebeck (LMU München) sowie mit Thrive und Data for Life   **Demis**   * Vorauss. heute Erlass seitens BMG zu Selbsttests * Bürgerportal (zwecks Meldung durch den Bürger bei positivem Selbsttest): Vorschlag seitens RKI (bspw. via Apotheken mit Nachtestung und fachkundiger Beratung durch (Haus)Arzt) wurde nicht berücksichtigt, Bürgerportal nun mit siebenstelliger Summe veranschlagt (ggf. zusätzliche Kosten), Umsetzung durch das RKI gewünscht, weitere Bericht-erstattung bis Mittwoch ebenfalls gewünscht * Seitens RKI sollte hier weiterhin auf sinnvolle Planung und die Notwendigkeit einer Nachtestung per PCR inkl. medizinischer Beratung hingewiesen werden, weiterhin zu berücksichtigen ist auch die Angriffsmöglichkeit auf ein solches Portal | FG21  (Schmich)  P4  (Gottwald)  FG32  (Diercke) |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung**  **Überarbeitete Risikobewertung** (Dokumente: clean Version [hier](Aktualisierung_Risikobewertung%20zu%20COVID-Vorschläge-2021-01-30-clean.docx), überarbeitete Version [hier](Aktualisierung_Risikobewertung%20zu%20COVID-Vorschläge-2021-01-27-BM-MA-AnMan-UR.docx))   * Wird in der Version von Samstag abschließend durch Herrn Haas finalisiert und direkt an Herrn Hamouda und Herrn Schaade weitergeleitet, von einer weiteren Zirkulierung wird abgesehen * Die Formulierung „Infektionsschutzmaßnahmen“ soll ohne den Zusatz „und Strategie“ beibehalten werden * Aspekt des Impfens soll durch Herrn Wichmann zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt werden (Kernaspekte voraussichtlich: Geimpfte zeigen einen Indiviualschutz, derzeit jedoch noch keine größeren Effekte auf Gesamtbevölkerung) * Bitte an alle, zukünftig nach Verabschiedung durch den Krisenstab keine weitgehenderen Änderungen mehr vorzunehmen 🡪 workflow soll beibehalten werden * Risikoeinstufung soll derzeit nicht geändert werden, weiterhin als „sehr hoch“ eingeschätzt | Alle  FG33 |
| **5** | **Kommunikation**  **BZGA:**   * Begrüßung von Herrn Martin Dietrich als kommissarischer Direktor der BZgA   **Presse:**   * Dashboardausfall von heute Vormittag: esri gebeten, im Disclaimer auf Fallzahlen hinzuweisen, wurde ebenfalls an das Lagezentrum weitergegeben, da sonst zu großer Ansturm auf die Presseabteilung | BZgA  Presse  (Degen) |
| **6** | **Neues aus dem BMG**   * Nicht besprochen | BMG |
| **7** | **Strategie Fragen**   1. **Allgemein**  * Modellierung von Hr. Meyer-Hermann   + Heute früh zirkuliert, von großem Interesse   + Vortrags-Einladung wird derzeit anberaumt   *To Do (alle): Bitte an weitere Interessent/innen, sich bei Teilnahmewunsch an das Präsidialsekretariat zu wenden*   * Finalisierung der Strategie zur COVID Kontrolle bis Dienstag (Control Covid, Dokument [hier](ControlCOVID-4_UR.docx))   + Wurde bereits zirkuliert   + Bitte mit Frist heute Abend bei Frau Hanefeld um Rückmeldung   + Papier wird dann an Herrn Schaade weitergeleitet * Strategiefragen/Deeskalation   + Anfrage zum Austausch seitens Referat 611   + Anfrage zum Austausch seitens UK, Austausch RKI-seits gewünscht  1. **RKI-intern** | Alle  Präs  ZIG (Hanefeld) |
| **8** | **Dokumente**  **Abschließende Besprechung zu den noch nicht publizierten RKI-Empfehlungen bzgl. VOC**  Empfehlungen und Informationen des Robert Koch-Instituts zu „besorgniserregenden“ Varianten des SARS-CoV-2 (Variants of Concern, VOC) – Dokument [hier](Empfehlungen-Infos_RKI_VOC_26-01-2021.docx)  Weiterführung antiepidemischer Maßnahmen über den 15. Februar 2021 hinaus – Dokument [hier](COVID-Maßnahmen_ab_15-02-2021-UR.docx)  **Entlassungskriterien**  Aktualisierung Entlassungskriterien (Dokument [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\Entlassungskriterien_Überarbeitung-V3.pdf), Begleittext clean Version [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\Ergänzung%20Begleittext%20Entlasskriterien%20bei%20VOC-V3.docx), überarbeitete Version [hier](Ergänzung%20Begleittext%20Entlasskriterien%20bei%20VOC-V3-Krisenstab-2021-02-01.docx))   * Unter Punkt „Besondere Patientengruppen – Immunsupprimierte Personen“ letzter Satz ergänzt: „Es wird empfohlen, bei anhaltend hoher Viruslast in Sekreten des Respirationstraktes über 21 Tage hinaus eine Sequenzierung der SARS-CoV-2 positiven Probe anzustreben.“ * Unter Punkt „Entisolierung“ mittlerer Block, Satz ergänzt: „Bei nachgewiesener besorgniserregender SARS-CoV-2 Variante (VOC) siehe [www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien](http://www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien)“, Website-verweis aufgrund des zu komplexen Sachverhaltes für diese Infografik, der dortigen Möglichkeit einer weitergehenden Erläuterung und einer möglichen späteren Anpassung * Dazu Ergänzung Begleittext:   + „Für immunsupprimierte Patienten muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Im Hinblick auf die protrahierte Ausscheidung der Viren durch Defekte bei der protektiven Immunantwort und die damit verbundene Möglichkeit der Mutation des Virus im Wirtsorganismus wird bei Ausscheidung hoher Virusmengen über Tag 21 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen.“   + „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 erforderlich), daher Ausweitung auf ambulanten Bereich empfehlenswert * Cave bei Verpflichtung zur grundsätzlichen Differenzierung aller PCR-positiven Befunde und bezüglich Definition in bereits existierenden VO (vor Entlassung aus dem Altenheim PCR oder AG-Test erforderlich – siehe Berliner VO), daher diese Formulierungsvariante gewählt, um keine konträren Maßnahmen zu skizzieren und Labore nicht zu überlasten * Sicherheit und Einfachheit der Differenzierung/Kohortierung in Krankenhäusern ausgesprochen schwierig * Kernaspekt hier ist Ausschluss der Infektiosität, nicht Diagnostik * Es sollte keine Diskrepanz zu Flussdiagramm entstehen, hier bspw. für Altenheime PRC empfohlen * Formulierung „vorsorglich“, da derzeit keine evidenzbasierten Erkenntnisse inwieweit Übertragung zu dem Zeitpunkt sicher ausgeschlossen werden kann * „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, Herr Haas 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: Aufnahme als TOP am Mittwoch, Herr Eckmanns bereitet einen Entwurf vor.*  Zu berücksichtigende Aspekte / Diskussion:   * Rekombination laut Herrn Drosten vermutlich weniger wahrscheinlich * Krankenhaus-Surveillance bezüglich VOCs und deren Einschätzung sinnvoll * Stringente Personalschutzmaßnahmen weiterhin erforderlich * COVID-Stationen weiterhin zwingend erforderlich * Rücksprache(n) mit Krankenhaushygieniker/innen:   Umsetzung weiterer Unterteilung einzelner COVID-Stationen und somit strikter Kohortierung sehr schwierig, Maßnahmen/Anforderungen dürfen nicht zur Handlungs-unfähigkeit führen   * Doppelinfektion mit VOC muss durch Kohortentrennung zwingend vermieden werden, vor allem auch bei Hinweisen auf unzureichenden Schutz durch Antikörper (Hygiene zwischen Einzelbetten einer COVID-Station 🡪 getrennte Zimmer wann immer möglich, aber vor allem hier zwingend anzuraten)   **Reiseempfehlungen/-verbote**  Im RKI-Schriftgut umsetzbar unter   * + überarbeiteter Risikobewertung   + Lagebericht * Umsetzung heute   **Flussschema zu Testkriterien (Aufgabe aus Krisenstab vom 27.01.2021)**   * Ggf. sensitiver gestalten aufgrund weiterhin hoher Positivrate und Nichtausnutzung der Kapazitäten (in Vorwoche bei ca. 50 %) trotz voraussichtlich steigendem Einsatz von PCRs aufgrund des Nachweises von Punktmutationen (Notwendig-keit zweier PCRs pro Probe), Anteil jedoch derzeit nicht abschätzbar * Modifikation unter Punkt 5 in Flussschema: „insbesondere (aber nicht nur) bei Zugehörigkeit“   *ToDo: Bitte an IBBS um diese Umsetzung, auch in Begleittext*  **Stufenplan** (Dokument [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\Stufenkonzept_0102_Krisenstab.pptx))   * Kontext: Öffnungsstrategien bereits in Diskussion und Planung Rückgang der Akzeptanz von Maßnahmen, Faktoren dabei u. a. fehlende Perspektive und Transparenz * Zielstellung: Erstellung evidenzbasierter Konzepte * Outcome: Toolbox und Plan zur Minimierung von Öffnungsrisiken, jedoch keine Bewertung konkreter Einzelmaßnahmen   Vorgehensweise:   * Definition von 16 Settings, dazu jeweils   a) Evidenz zum (individuellen) Infektionsrisiko  b) Anteil am gesamten Infektionsgeschehen  c) Beitrag zu (sehr) schweren Verläufen  d) Evidenz für Impakt einer Maßnahme   * Zwei outcomes:   + „Toolbox“: Evidenz für Transmission/Auftreten schwerer Erkrankung/Maßnahme inkl. Nicht-COVID-Effekte, „Implementation Issues“   + „Stufenplan“: Intensitätsstufen einer Maßnahme * Faktoren, die die Transmissionsdynamik beeinflussen: Wirt-faktoren, sozioökonomische Faktoren, Kontaktmuster, Setting/Umweltfaktoren (morgen Sitzung zu Transmissions-geschehen) * Evidenzmatrix (Folie 5): Transmissionsevidenz blau, Impacts von Maßnahmen lachsfarben, sowie Bewertung der Güte der Evidenzstärke aufgegriffen * Toolbox für Stufenkonzept (Folie 6): Zeilen = Settings; Spalten = Dimension (Effekte, Risiken etc.), grau = nicht genau bekannt oder diffuses Geschehen * Präambel (Folie 7):   + Szenarien, Ziele und Schwerpunkte und Instrumente (bereits definiert) <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html>   + Maßnahmen an spezifisches Risiko und lokale Indikatoren angepasst   + Monitoring der Umsetzung der Maßnahmen VOR deren Verschärfung, „Dynamische Faktoren“/ Trigger / Indikatoren zur Anpassung der Stufen   + Wichtig zu berücksichtigen: Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Nicht-Covid-Effekte   + Morgiges Meeting zu dynamischen Faktoren   + Cave: seitens Politik wurde zwischen privaten und organisierten Settings unterschieden – dies ist nach Evidenzlage nicht möglich, Hinweis sollte ggf. ergänzt werden * Intensitätsstufen (Folie 8)   + Werden in Zusammenarbeit mit P1 ausgestaltet   + Links: Basismaßnahmen in allen Settings   + 3 Intensitätsstufen definiert   + Stufe 3 (rot): hohe Übertragung, diffuse Geschehen, Überbelastung, KP-Nachverfolgung nicht mehr möglich o.ä., Stufe 1 (grün): begrenzte Ausbrüche, gut kontrollierbare Geschehen   + Stufen nicht ganz klar trennbar, daher Farbverlauf gewählt   + Stufen zudem abhängig von Parametern (Inzidenz, ITS-Bettenbelegung etc.), weitere Ausarbeitung folgt   + Einzelne Settings definiert anhand der Toolbox * Noch feinere Umsetzung aufgrund der Evidenzlage nicht möglich * Diagonale: o.g. Settings mit hohem Transmissionsanteil und hohem individuellen Risiko sind früher und länger zu beschränken   Diskussion:   * „via Transmission“ (Folie 6): Begrifflichkeit wird noch überarbeitet, da schwer verständlich * KoNa-Quote bietet keine belastbaren Daten (stattdessen evtl. besser: Anteile positiver Tests), Daten aus Meldewesen teils unvollständig, Überlastungsanzeigen politisch beeinflusst 🡪 teils fehlende Evidenz 🡪 Relativierung möglich * Cave Schwellenwerte: je nach Konstellation unterschiedliche Kombination, individuelle Risikoeinschätzung erforderlich, zunächst keine Angabe objektiver 🡪 Farbverlauf wird dieser Unschärfe gerecht * Cave: Evidenz aus Modellierungen basiert auf konventioneller SARS-CoV-2-Variante (Dänemark trotz ausgedehntem Lockdown derzeit R-Wert von ca. 1,1, mutmaßlich aufgrund der B.1.1.7 Variante) * Alle verfügbaren Evidenzen wurden herangezogen, Herausforderung besteht im Konkretisierungsgrad * Schwellenwerte müssen klar benannt werden, da sonst a) andere Interessensparteien dies übernehmen oder b) das Papier aufgrund fehlender klarer Kriterien nicht umgesetzt werden kann * Zielsetzung dieses Papiers: stellt Dienstleistung für das BMG dar * Limitationen (hinsichtlich Evidenz und weitere) sollen aufgegriffen werden * Es muss klar benannt werden, dass diese Aufstellung auf Erkenntnissen auf Grundlage des „konventionellen“ SARS-CoV-2-Virus beruht * Schwellenwerte für die Varianten werden nun näher erörtert   *ToDo: Papier, Kurzfassung der Aims and Objectives und Zuleitungs-vermerk von Herrn Schaade (wird heute noch zirkuliert) muss Mittwoch als Paket an das BMG geschickt werden* | FG37, FG36  FG38  IBBS  (Rühe)  Abt.3  (Jung-Sendzik)  FG36  (Schulze)  Abt. 3  (Jung-Sendzik) |
| 9 | **Update Impfen (nur freitags)** | FG33 |
| **10** | **Labordiagnostik**  **FG 17**   * AGI Sentinel: 24,3 % positiv für SARS-CoV-2, B.1.1.7 erfolgreich isoliert * Demnächst werden Proben der afrikanischen und südamerikanischen Variante aus der UK und aus Japan geliefert, um diese weiteren Analysen zu unterziehen   **Datenquellen für Auswertungen bzgl. Verteilung der VOC für Kanzleramt**   * Insgesamt dominiert SARS-Cov-2 derzeit respiratorische Erreger, ausführlicherer Bericht folgt Mittwoch durch Herrn Dürrwald * Auswertung zu VOC in Endabstimmung (s.o.) | FG17  (Wolff)  FG17  (Wolff) |
| **11** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**   * Therapie mit monoklonalen Antikörpern: verschoben (folgt voraus-sichtlich Freitag) | FG 17  (Oh) |
| **12** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**   * Nicht besprochen | Alle |
| **13** | **Surveillance**  Corona-KiTa-Studie (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-02-01_Lage_AG\CoronaKita_Krisenstab_2021-02-01.pptx))   * Grippeweb: Häufigkeit in AG > 6-Jähriger geringer als in AG 0-5-Jähriger, aber alle deutlich unterhalb der Vorjahresniveaus * Meldeinzidenz rückläufig, leichter Anstieg bei 0-5-Jährigen * Ausbrüche: weiter niedriges Niveau, in Kindergärten und Schulen Rückgang ab 2. KW (Nachmeldungen können hier jedoch noch Einfluss nehmen) * Schulschließung hat exponentiellen Anstieg vor Weihnachten gestoppt   Nutzungsstatistik Dashboard (Dokument [hier](ÜbersichtNutzung_CovidDashboard.pdf), Folien [hier](Nutzung_Dashboard_2021-02-01.pptx))   * Insgesamt ca. 4 Mio. Abrufe per Handy/PC 🡪 ca. 600.000 pro Tag * Downloads: ca. 6.000 pro Tag * Hohe Nutzungsraten, bei mobilen Endgeräten v.a. auch am Wochenende | FG36  (Haas)  FG32  (Diercke) |
| **14** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG38 |
| **15** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG38 |
| **16** | **Wichtige Termine**   * Termine s.o. unter jeweiligen TOPs | Alle |
| **17** | **Andere Themen:**   * Nächste Sitzung: Mittwoch 03.02.2021, 11:00 via webex |  |

**Ende der Sitzung 15:10 Uhr**