# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

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

***Datum:*** *20.01.2021, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
  + Lothar Wieler
* Abt. 1
  + Martin Mielke
* Abt. 3
  + Osamah Hamouda
  + Tanja Jung-Sendzik
  + Janna Seifried
* ZIG
  + Johanna Hanefeld
* FG12
  + Annette Mankertz
* FG14
  + Mardjan Arvand
  + Melanie Brunke
* FG17
  + Ralf Dürrwald
* FG21
  + Wolfgang Scheida
* FG24
  + Thomas Ziese
* FG 32
  + Michaela Diercke
* FG34
  + Viviane Bremer
* FG36
  + Stefan Kröger
  + Silke Buda
  + Walter Haas
* FG37
  + Tim Eckmanns
* FG38
  + Ute Rexroth
* IBBS
  + Christian Herzog
  + Claudia Schulz-Waidhaas
* MF4
  + Martina Fischer
* P1
  + Ines Lein
* Presse
  + Ronja Wenchel
  + Marieke Degen
* ZIG1
  + Sarah Esquevin
* BZgA
  + Christophe Bayer
* MF3
  + Nancy Erickson (Protokoll)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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\2021-01-20_Lage_AG\Lage-National_2021-01-20.pptx))   + SurvNet übermittelt: 2.068.002 (+15.974) (deutlich weniger als Vorwoche), davon 48.770 Todesfälle (+1.148) (weiterhin sehr hoch), 7-Tage-Inzidenz 123/100.000 Einw. (Rückgang von 10 im Vergleich zu Vortag);   + 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1);   + Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung;   + ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag;   + 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum     - Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz   + Geogr. Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK)     - Weiterhin 4 LK > 400 Fälle/100.000 Einw.     - Abnahme der Anzahl der LK mit Inzidenz von > 300 bzw. > 200 Fälle/100.000 Einw.     - Nur 19 von 412 LK mit Inzidenz < 50 Fällen/100.000 Einw.     - Zweite Darstellung: LK mit deutl. Zu- oder Abnahme, viele LK mit im Vergleich zur Vorwoche in etwa halbierten Fallzahlen (grün, Faktor 0.5), zwei LK mit Verdopplung im Vergleich zur Vorwoche (pink, Faktor 2.1 bzw. 2.4) 🡪 weiterhin heterogenes Bild   + 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW – Heatmap     - In allen AG leichter Rückgang, Hochaltrige weiterhin Inzidenz von > 500 bzw. 600/100.000 Einw. in den letzten 7 Tagen   + 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW     - Über 80-Jährige höchste Inzidenz     - Rückgang in allen AG im Vergleich zu Vorwoche   + Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle nach Infektionsumfeld     - Insert: Ausbrüchen zugeordnete Fälle (farbig) stellen einen lediglich kleinen Teil der Fälle insgesamt dar     - Große Darstellung: Ausbrüche mit > 2 Fällen, Verteilung hat sich im Vergleich zu Vorwoche nicht wesentlich geändert     - Derzeit ca. 800-900 Alten- und Pflegeheime von 14.000 Einrichtungen insgesamt mit aktuellem und andauerndem Ausbruchsgeschehen und vermutlich sehr hoher Dunkelziffer (Relevanz: Berichte von positiven Fällen im Anschluss an Impfung)   + Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche     - Abnahme im Vergleich zur Vorwoche, hier jedoch Verzug um 1-2 Wochen zu beachten   + Expositionsländer importierter Fälle (Länder mit > 25 Nennungen):     - höchste Anzahl an Importen (rot): Polen, Rumänien und Bosnien-Herzegowina   + Diskussion     - Ausbruchsgeschehen – Kiel: > 50 % der Bewohnen-den positiv, bereits 12 Todesfälle     - Übertragung vermutlich bereits vor Impfung mit schneller Ausbreitung     - Anekdotischen Berichten über milderen Verlauf muss nachgegangen werden     - Seit Montag Team vor Ort     - Gesundheitsämter leisten kaum vor-Ort-Unterstüt-zung aufgrund der Beanspruchung durch KP-Nach-verfolgung     - Gesundheitsämter sollen darauf hingewiesen werden, dass operative Arbeit vor Ort nicht vernachlässigt werden darf     - Hygienekompetenz muss verbessert werden, unzureichende diesbezügliche Ausstattung der Gesundheitsämter, oftmals externe Expertise erforderlich, Krankenhaus kann dies jedoch ebenfalls nicht leisten     - Sequenzierungsergebnisse stehen aus     - Ausbruchsgeschehen - Limburg: erste Hinweise auf Vorliegen der 501-Mutation     - Schnelle Sequenzierung erforderlich, auch hinsichtlich Mutation (gilt ebenso für Kiel)     - Ausbruchsgeschehen - Flensburg: ca. 100 Infizierte in drei Firmen (vermutlich aufgrund einer Feier in Dänemark)     - Verdacht auf Vorliegen einer Mutation, Proben ebenfalls derzeit zur Sequenzierung     - Ausbruchsgeschehen – NRW Altenheim: viermaliger Nachweis der UK-Variante ohne Bezug zu UK- oder anderen Auslandsaufenthalten     - Vergleichsweise abgeschiedener Landkreis nördlich Berlins mit steigender Inzidenz: bedingt durch Pendlerverkehr?     - Nachmeldungen haben keine Auswirkung auf 7-Tages-Inzidenz, lediglich auf Differenz zum Vortrag   **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**  **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-01-20_Lage_AG\210120_SARS-CoV-2%20in%20ARS_Krisenstabssitzung.pptx))   * + Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche   + Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen   + Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG derzeit Plateau, nur bei >80-Jährigen geringe Abnahme; geringste Anzahl der Tests in AG 0-14-Jähriger, höchste Testzahl in AG > 80-Jähriger   + Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen   + Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile   + Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug   + Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering   + Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund von *S. aureus*); nach negativer AG-Testung: ca. 2 % falsch negativ * Diskussion:   + Wo werden AG-Tests durchgeführt und wie wird gemeldet:     - Von Ärzten durchgeführt, in Einrichtungen mit bestimmten IfSG-Standards (Einrichtung nach § 6) und via Apotheker (in Stellungnahme zu medizinischen Heilberufen inbegriffen): Meldepflicht     - Testzentrum ohne Anwesenheit eines Mediziners oder Selbsttest durch den Bürger: keine Meldepflicht     - Derzeit BMG-Diskussion zu der Möglichkeit des Bürgers, einen Positivbefund Ärzten oder Apothekern oder direkt beim Gesundheitsamt zu melden     - Bei Abgabe von Selbsttests durch Apotheken sollten diese im Sinne ihrer Aufklärungspflicht mitteilen, dass bei einem positiven AG-Test der Hausarzt zur PCR-Bestätigung aufzusuchen ist (kongruent zur CWA, für die bereits etablierte Wege bei der KV existieren)   + Derzeit 72 Labore in ARS, Limitierung durch Personal und Technik   + Zwei Versionen des Meldeportals – zu klären sind hier der aktuelle Diskussionsstand am BMG sowie die Kommunika-tionswege eines Arbeitsauftrags – Kommunikation sollte bestenfalls über Frau Korr laufen   *To Do: Bitte an Frau Diercke, für die kommende Sitzung der AG Testen die Kommunikationswege von Arbeitsaufträgen an Frau Korr als TOP heranzutragen*  **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-01-20_Lage_AG\Testzahlerfassung%20am%20RKI_2021-01-20.pptx))   * + Testkapazitäten zur Zeit nicht voll ausgeschöpft, vergange-ne Woche ca. 1,1 Mio. Tests (Vergleich Höchststand: 1,6 Mio.), Positivenquote gesunken auf ca. 10,5 %, deutlicher Rückgang in den letzten zwei Wochen   + Es können wieder mehr PCR Tests durchgeführt werden   + Proberückstau unproblematisch   + Aber:     - Aspekt der Vorselektion durch AG-Tests nach wie vor schwer einzuschätzen     - Materialmangel mit Auswirkung auch auf andere diagnostische Bereiche     - „Kannibalisierung“ durch unnötige Testungen ist zu vermeiden (bspw. Wiederbelebung Flugverkehr)   + S-Gen-Ausfälle: von KW52, 2020 bis KW 2, 2021 haben 16 Labore deutschlandweit insgesamt 337 positive Proben mit S-Gen-Ausfall berichtet   + Sequenzierungsempfehlung dieser Proben:     - Derzeitige Kapazität im Haus: ca. 400 Proben pro Woche sofern RNA bereits aufbereitet, ansonsten ca. 200 Proben pro Woche     - Dezentrale Sequenzierung daher zunächst anzuraten (gewährleistet durch die VO), es sollen somit zunächst die regionalen Kapazitäten genutzt werden, auch hinsichtlich Verantwortlichkeit     - Nur in Ausnahmefällen sind Proben an das RKI zu senden   + AG-Point of Care: BaWü mit zweistelliger Anzahl an Einrichtungen rückgemeldet, andere BuLä jedoch < 10 beigesteuert, daher vermutlich massive Untererfassung, Zahlen nicht repräsentativ   + Ca. 96% der erfassten positiven AG-POCT gingen in die PCR   + Weitere Akquise in Arbeit, in EpiLag, AGI und Schalte der Testkoordinatoren der BL erneut beworben   **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-01-20_Lage_AG\21-01-20_Intensivregister_SPoCK.pptx))   * + Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021)   + Ca. 2 Wochen nach dem 2. Lockdown (KW 51) zeigt sich in vielen Bundesländern ein erster Rückgang der COVID-19-Fallzahlen auf ICU (Auswirkungen auf ICU zeigen sich i.d.R. erst mit Verzug von ca. 2 Wochen)   + Sachsen, Berlin, Saarland am stärksten, andere BuLä vergleichsweise gleichmäßig von zweiter Welle betroffen   + Saarland, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein befinden sich jedoch weiter im Anstieg   + Zahlen und Belastung weiterhin sehr hoch   + Ca. 60 % der Intensivbereiche geben an ‚begrenzt‘ oder ‚komplett ausgelastet‘ zu sein, Hauptgrund: Personalmangel   + COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch   + In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient\*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett)   + Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden   + SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern   + Diskussion:   + Anfängliche Kapazitätseinschätzungen der Einrichtungen anfangs optimistischer, jedoch viele Verlegungen (🡪 Korrektur) und Kapazität sinkt nicht linear (Belastung durch gestiegenen Behandlungsbedarf 🡪 Personalausfall)   + Einschränkungsursachen durch DIVI abgeprüft: Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten wird ermittelt, die Verfügbarkeit von Sauerstoff jedoch nicht (bei STAKOB noch nicht thematisiert) * **Syndromische Surveillance** (Folien [hier](file:///S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2021-01-20_Lage_AG\syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW2_2021_für-KS.pptx))   + GrippeWeb: nach Erwachsenen und Kindern bis 14 Jahre aufgetrennt, ARE Raten sehr niedrig (vergleichsweise wie im Frühsommer), bei Kindern schon vor Jahreswechsel niedriger Stand, bei Erwachsenen bis 2. KW weiter abgesunken   + ARE-Konsultationsinzidenz im Vergleich zu 1. KW weiterer deutlicher Abfall (dunkelblaue Kurve), in 2.KW ca. 630 ARE-Konsultationen /100.000 Einw. (absolut: ca. 520.000 Konsultationen insgesamt), um Jahreswechsel ähnliche Entwicklung wie in Vorjahren, in 2. KW deutlich niedrigere Werte, v.a. bei 0-14-Jährigen   + SARI-Fälle: in AG 80+ Jahre weiterhin sehr hoch (vergleich-bar mit Höhepunkt Grippewelle der Vorjahre), in AG 60-79 Jahre leicht zurückgegangen (hoch, aber vergleichbar zu Vorsaisons), in AG 35-59 vergleichbar zu Vorsaisons, in AG 15-34 etwas niedriger als Vorsaisons, in AG < 15 Jahre seit KW 40/2020 extrem niedrige Fallzahlen   + SARI-Fallzahlen insgesamt stabil, auf Niveau der Vorsaisons, aber AG < 15 Jahre weiter extrem niedrige, AG 35+ hohe bis sehr hohe Fallzahlen, AG 80+ bleibt als einzige Altersgruppe auf sehr hohem Niveau   + Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-Fallzahlen (seit 3 Wochen) | ZIG1  Abt.3 (Hamouda)  FG37  (Eckmanns)  Abt.3  (Hamouda)  Abt.1  (Mielke)  FG32  (Diercke)  FG37  (Eckmanns)  Abt. 3  (Hamouda)  MF4  (Fischer)  FG36  (Buda) |
| **2** | **Internationales (nur freitags)**   * Nicht besprochen | ZIG |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur montags)**   * Nicht besprochen | Schmich |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung**   * Nicht besprochen * Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden | Alle |
| **5** | **Kommunikation**  **BZgA**   * Nicht besprochen   **Presse**   * Termine Präs: heute ausländische Presse, Freitag Bundespresse-konferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig * Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske“ soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, Frau Brunke arbeitet diese Änderung ein | BZgA  Presse  (Wenchel)  Präs |
| **6** | **RKI-Strategie Fragen**   1. **Allgemein**   **Modellierungsstudie** **(mittwochs)**   * Nicht besprochen   **MPK Beschluss**   * Punkt 12: Unterstützung der Länder durch den Bund darin, Studierende hinsichtlich SORMAS zu schulen, sodass diese in den Semesterferien die KP-Nachverfolgung unterstützen können   + Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren   + Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt 🡪 Bitte von Herrn Müller an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, Herr Eckmanns nimmt Herrn Müller mit in Abstimmungsschleife * Punkt 13 zum flächendeckenden Einsatz von SORMAS und Roll-Out an allen Gesundheitsämtern bis Ende Februar, sowie zur Nutzung von SORMAS und DEMIS   + Auf Seite der Beschlussfassenden ggf. Vorliegen eines Missverständnisses zu den Funktionen von DEMIS, SORMAS und SurvNet (Cave: Schnittstellte SORMAS-SurvNet existiert nicht, Daten müssen derzeit doppelt eingebenden werden; DEMIS: Plattform, im Ausbau befindlich)   + Es muss Klarheit geschaffen werden, welche Funktion und Limitierung die jeweiligen Systeme besitzen   + Herausforderungen und Chancen müssen klar und transparent adressiert werden   🡪 SORMAS sollte nicht lanciert werden, sofern die Schnittstelle nicht funktional ist, andernfalls Konsequenzen aufzeigen   * + Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen   + Erstellung einer erklärenden Grafik, die zentral platziert wird (Grafik bis morgen erforderlich, cave: Sachsen bspw. nutzt anderes System als SurvNet)  1. **RKI-intern**   Ministergespräch – CompuGroup   * Vertreter des RKI wurden seitens BMG gebeten, an Folge-gespräch teilzunehmen * Teilnehmende: Herr Ziese, Frau Scheidt-Nave, Frau Neuhauser sowie ggf. ein Mitarbeitender aus ZBS1 für labortechnische Fragestellungen (Anfrage wird weitergeleitet) * Im Gespräch soll der sachliche und faktenbasierte Hinweis auf die bisherigen Kritikpunkte erfolgen sowie die Bitte darum, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (siehe SORMAS) | Alle  Abt. 3  (Hamouda)  FG24  (Ziese) |
| **7** | **Dokumente**  Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben   * + Für Labore (Dokument [hier](ID2616_4_Handlungsanleitung_Labore_v5_Äa.docx))     - VO regelt, dass bis zu 5 % der Proben, die in letzter KW bei primärdiagnostizierendem Labor einge-gangen sind, sequenziert werden sollen, geregelte Vergütung     - Kriterien Probenauswahl – zwei Gruppen: 1) Gesamt-gruppe aller Proben und 2) Proben aufgrund eines Verdachtes auf eine variant of concern (VOC)     - Strang A: Sequenzierung vornehmlich aus zufälligen Proben um regelkonforme Surveillance zu gewährleisten (Vermeidung einer Bias durch Auswahl auf Verdacht) – hier kann ggf. ein Tool zur zufälligen Auswahl zur Verfügung gestellt werden     - Strang B: Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen einer Variante nach festgelegten Indikatoren     - Ggf. Rückfragen an Diagnostikexperten ob Empfeh-lung hinsichtlich Ct-Werten sinnvoll     - Darlegung der Durchführung und Informationsüber-mittlung via DESH, DEMIS, IMS ID, Verknüpfung von Sequenzierdaten mit Meldedaten, siehe Grafik S. 4   + Für Gesundheitsämter (Dokument [hier](ID2616_4_Handlungsanleitung_Gesundheitsämter_v4_Äa.docx))     - Probenauswahl und Beauftragung der Sequenzierung     - Auswahl: ausschließlich beschränkt auf Verdacht – keine zufällig ausgewählten Proben     - Indikatoren identisch (s.o.)     - Beauftragung der Sequenzierung durch das Gesundheitsamt beim primärdiagnostizierenden Labor   + Diskussion:     - Abrechnungsmissbrauch: in VO ist Abrechnung via KV vorgesehen, retrospektiv überprüfbar, rechtliche Handhabe     - Abrechnung kann jedoch nicht Anzahl der einge-sandten Sequenzen überprüfen, ggf. Transportkosten als Zusatzkriterium   🡪 (Quittierungs)Mechanismus in Phase 1 einzu-bringen   * + - Konsiliarlabor hier nicht direkt involviert (hier Fokus auf Sequenzierung), in Grafik ggf. gestrichelter Pfeil zu integrierter molekularer Surveillance/ Konsiliar-labor sinnvoll, zuvor jedoch Abstimmung mit entsprechenden Parteien nötig   *To Do: Bitte an Herrn Kröger um Ergänzung eines Satzes dazu, dass das System das andere ergänzt und zur Verdeutlichung der Zusammen-arbeit mit dem KL (ggf. Satzbaustein aus FAQs verwenden)*   * + - Schwellenwert: Ct < 25 sollte enthalten sein     - Ct korreliert mit Infektionsstadium, somit sollte keine Verzerrung in epidemiologischer Hinsicht erfolgen, zumal für Sequenzierung wertvoll (Ausschluss fälschlicher Proben durch niedrigen Ct-Wert)   *To Do: Veröffentlichung der Dokumente morgen bzw. spätestens bis Ende der Woche, via Labornetzwerk und Homepage* | FG36  (Kröger) |
| **8** | **Update Impfen (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG33 |
| **9** | **Labordiagnostik**   * SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfstoffe (Dokument [hier](SARS%20intergration%5b1%5d.pdf))   + Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server)   + Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung * Labordiagnostik NRZ Influenza   + Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche   + Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben)   + Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden   + Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau   + Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit   + Influenza: keine Nachweise seit Lockdown   + RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63 | FG17/ZBS1 (Dürrwald)  Präs  FG17 (Dürrwald) |
| **10** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**   * AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden * COVRIN Fachgruppe: Anfrage zu Vitamin D und Ivermectin: Bericht für Kliniker wird erstellt, da berechtige Fachfragen * Weiterfinanzierung Beratungsnetzwerk für Behandlung * Webseminare wiederaufgenommen: v.a. zu besonderen Fallbesprechungen, intensivmedizinischer Behandlung * Vitamin D: Textbaustein zu PH Prävention wird erscheinen, wird morgen im Expertenbeirat Influenza diskutiert   Entlassungsmanagement hinsichtlich neuer Varianten   * Derzeit noch kein Anlass zur Änderung * Ausbruch Garmisch-Partenkirchen: von Covid-Station ausgehend, vermehrt Escape-Mutanten 🡪 gewisse Gefahren von Covid-Stationen ausgehend, sollte niederschwellig sequenziert werden, ggf. mit FG 17 / ZBS1 besprechen hinsichtlich Immunsuppression als Auswahlkriterium zur Sequenzierung * Immunsuppression: Zusammenhang mit Prädisposition der Entwicklung von Mutationen und relevante Ausscheidung von > 106 über 60 Tage * Kriterien für KP1/KP-Management und Quarantänedauer ggf. anzupassen, wenn höhere Übertragbarkeit und Zirkulation neuer Varianten nachgewiesen, derzeit jedoch gering belastbare Datenlage, daher hier zunächst Fokus auf stringente Durchführung der Maßnahmen des KP-Managements * Korrelation zwischen Menge und Infektiosität bzw. Kopplung der Faktoren „Zeit“ und „klinische Besserung“ als Indikator für Überwindung der Infektion auch auf neue Variante anwendbar * Limburg Entlasskritieren eigenständig verschärft (neg. PCR erforderlich)   *To Do1: Ggf. über STAKOB gezielt um Proben immunsupprimierter Patienten bitten, Rücksprache mit Herrn Herzog*  *To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren“ nach Rücksprache mit Herrn Herzog* | IBBS  (Herzog)  FG38  (Rexroth) |
| **11** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**   * COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag) | Alle |
| **12** | **Surveillance**   * Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** | FG32 FG36 |
| **13** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**   * Nicht besprochen | FG38 |
| **14** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**   * Anfragen nach IFG: Bearbeitung durch Lagezentrum in jetziger Form nicht weiter tragbar, gesondert zu besprechen mit L1 * Fehlende Aktivität neutralisierender AK bei afrikanischer Variante (E-Mail an ZIG zu Ausführungen seitens CDC) * Preprint dazu: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf> * Mögliche Konsequenz für Impfung, Reinfektion, T-Zell-Immunität: noch keine belastbare Datenlage bzw. epidemiologi-sche Erfahrung im Feld   *To Do: Bitte an Herrn Voigt um Einschätzung und Bitte an Herrn Wieler um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI* | FG37  (Eckmanns)  FG36  (Haas) |
| **15** | **Wichtige Termine**   * Nicht besprochen bzw. jeweils s.o. | Alle |
| **16** | **Andere Themen**   * Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex |  |