# 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%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-01-20_Lage_AG%5CLage-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%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-01-20_Lage_AG%5C210120_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%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-01-20_Lage_AG%5CTestzahlerfassung%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%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-01-20_Lage_AG%5C21-01-20_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%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2021-01-20_Lage_AG%5Csyndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW2_2021_f%C3%BCr-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)
 | ZIG1Abt.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
 | BZgAPresse(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)
 | AlleAbt. 3(Hamouda)FG24(Ziese) |
| **7** | **Dokumente**Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben* + Für Labore (Dokument [hier](ID2616_4_Handlungsanleitung_Labore_v5_%C3%84a.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_Gesundheits%C3%A4mter_v4_%C3%84a.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)PräsFG17 (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)**
 | FG32FG36 |
| **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
 |  |