



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.01.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung | o Ole Wichmann |
| o Lothar Wieler | ! FG34 |
| o Lars Schaade | o Viviane Bremer |
| ! Abt. 3 | ! FG36 |
| o Osamah Hamouda | o Silke Buda |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Walter Haas |
| o Nadine Litzba (Protokoll) | ! FG37 |
| ! ZIG | o Tim Eckmanns |
| o Johanna Hanefeld | ! FG 38 |
| o Iris Hunger | o Maria an der Heiden |
| ! FG12 | o Ute Rexroth |
| o Annette Mankertz | ! IBBS |
| ! FG14 | o Christian Herzog |
| o Melanie Brunke | ! P4 |
| ! FG16 | o Susanne Gottwald |
| o Anton Aebischer | ! Presse |
| ! FG17 | o Ronja Wenchel |
| o Djin-Ye Oh | ! ZBS1 |
| ! FG21 | o Janine Michel |
| o Wolfgang Scheida | ! ZIG1 |
| ! FG24 | o Luisa Denkel |
| o Thomas Ziese | ! BZgA |
| ! FG33 | o Heidrun Thaiss |



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ul style="list-style-type: none"> ○ Laut WHO >100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle ○ Länder auf Liste haben sich nicht verändert ○ Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien ○ Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg ! 7-Tages-Inzidenz weltweit <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzwischen weltweit 101 Länder >50/100.000 Ew. ○ Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%) ○ Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika ○ Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%) ! SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen ○ Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40% ○ Risikogebiete für UK-Variante: UK, Irland und Portugal unter Beobachtung: Dänemark, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Israel und weitere ! SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) <ul style="list-style-type: none"> ○ in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika ○ Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika 	ZIG1 (Denkel)



	<p>Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von Matthias an der Heiden durchgeführt worden. <p><i>ToDo: Auswertung von Matthias an der Heiden soll für Montag aktualisiert und vorgestellt werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zudem sollte der Anteil der neuen Varianten den Inzidenzen gegenübergestellt werden, derzeit dafür aber noch nicht genug Daten vorhanden, technische Möglichkeiten werden gerade erst geschaffen ▪ Erste Daten: Anteil der neuen Varianten liegt bei 1-5%, nächste Woche mehr Infos zu Varianten: ALM will Anfang der Woche zur regionalen Verteilung berichten <ul style="list-style-type: none"> ○ Geografische Verteilung nach Alter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutliche Excess-Mortalität auch in DEU sichtbar, viel mehr Verstorbene als in der ersten Welle ▪ In EuroMoMo sieht man v.a. bei Portugal einen dramatischen Anstieg der Todesfälle <p>Ausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Humboldt Krankenhaus (HUK) <ul style="list-style-type: none"> ○ 15 Fälle unter Personal, 15 Fälle bei Patienten und Patientinnen, in Reinickendorf 5 Folgefälle, weitere Fälle auch in anderen Bezirken ○ Siedlung in Reinickendorf: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schon zuvor insgesamt 9 Patienten aus einer Siedlung in HUK hospitalisiert, Proben der letzten 4 (seit 15.01.) konnten sequenziert werden und B.1.1.7 (UK)-Variante wurde nachgewiesen, bei den 5 Patienten zuvor derzeit keine Proben verfügbar (Labor Berlin schaut noch, ob doch Proben vorhanden sind) ▪ am 5./6. gab es einen ersten Ausbruch, aber kein Isolat, das typisiert wurde ▪ In der Siedlung werden Abstriche 	
--	--	--

FG38
(Rexroth)

	<p>vorgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Möglicher Eintrag in ein Altenheim: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwägerin einer Pflegerin ist als Reinigungsfrau im Altenheim tätig und hat symptomatisch gearbeitet ▪ Bewohner:innen stehen unter Quarantäne, sind derzeit nicht symptomatisch, 1. Impfung im Altenheim war am 10.01. ○ Krankenhaus Spandau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient nach Hause entlassen und in KH Spandau aufgenommen ▪ Möglicherweise Sekundärfälle, aber noch nicht klar ob Variante, wird noch sequenziert ▪ Auch ein Patient nach Polen weitergereist und dort diagnostiziert ○ In KH in Spandau und Reinickendorf auch Fälle mit B1.351 (südafrikanischer) Variante ○ Christian Drosten war bei einer Besprechung dabei und meinte es wäre nicht notwendig verschiedene Bereiche für die verschiedenen Varianten zu schaffen, laut ihm unproblematisch die Fälle zusammenzulegen, ist nicht Meinung des RKI, v.a. da Kreuzprotektion zweifelhaft und Reinfektionen verhindert werden sollen ○ Derzeit ist das HUK noch geschlossen, aber Druck vom Senat/der Feuerwehr, morgen Besprechung des GA und des RKI mit Senatorin ○ Sekundärfälle nach Entlassung der Patienten nach Hause? Im Moment wird keiner keiner nach Hause entlassen Es gab Übertragungen bei Personal in häuslicher Isolation auf Mitbewohner:innen. Entlasskriterien: Test nach Isolation, PCR-Test sollte neg sein <p>! Flensburg</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In Kontakt mit Fr. Marcic, Amtshilfeersuchen angeboten ○ ausgedehntes Geschehen mit 180 Fällen, viele bestätigt mit B.1.1.7 (UK)-Variante, es scheint, dass vermehrt jüngere intensivpflichtig sind, Austausch über COVRIIN angeboten 	<p>Alle</p>
--	--	-------------



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären ○ Info aus Treffen mit ECDC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage, ▪ Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten ▪ Einzelfallberichte über sehr leichte Übertragbarkeit (trotz Distanz, Maske, Handschuhe) und höhere Attack-Rate ▪ In SH aus Sicherheitsgründen unabhängig von Variante 14 Tage für Quarantäne und Entisolierung, zusätzlich negative Testung vor Entlassung aus Quarantäne empfohlen ! Epidemiologische und virologische Daten zu Varianten ○ Datenlage zu Viruslast und Rezeptoraffinität für Varianten derzeit noch sehr unklar ○ In HUK wird versucht versch. Studienfragen zu adressieren: Wie lange positiv? Testung der Kontakte zu Hause, um herauszufinden wann sie positiv werden. Labor Berlin hat Interesse, aber sehr viele Proben derzeit. ○ Daten aus mehreren Quellen, sollten in Kürze vorliegen ○ Empfehlungen für Quarantäne werden erst verändert, wenn weitere Daten vorhanden sind ○ Entlasskriterien in Überarbeitung 	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Allgemeine Infos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kosovo-Unterstützungsmission endet heute ○ Viele Anfragen zur Unterstützung bei Sequenzierungen und zu Vakzinen, z.T. verhandeln Partner mit China und Russland ! Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – Interim Report (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten: <ul style="list-style-type: none"> ○ IOAC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen ▪ Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an 	<p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>ZIG (Hunger), Hr. Wieler</p>

	<p>WHO DG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report im Nov. 2020: Stufensystem bei Alarmierung – damit Länder zeitig anfangen sich vorzubereiten, Core Capacities sollten überprüft werden ▪ https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-to-move-forward-ioac-report-to-the-resumed-wha73-10 ▪ https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19 <p>○ IHRRC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hr. Wieler Chair ▪ Funktionsweise der IHR soll überprüft werden ▪ Report an WHO DG ▪ IHR grundsätzlich gut implementiert, Focal Points sollten mehr politische Macht erhalten, Alternativvorschlag zu Stufensystem, global und regional Risk Assessments besser mit Response verbinden, M&E-System anschauen, Ressourcen und politische Unterstützung sollte verbessert werden ▪ https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response <p>○ IPPPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Juli 2020 etabliert, mittelgroß, 2 hochrangige Chairs ▪ Überlappendes Mandat mit IHRRC, aber Gesamtblick, politischer ▪ Unabhängig von WHO, von WHO DG ernannt, aber unabhängiges Sekretariat etc. ▪ Erster Bericht im Jan. 6 Key Messages: <ol style="list-style-type: none"> 1. NPM nicht konsequent genug umgesetzt 2. Verstärkung von Ungleichheiten, Verfügbarkeit von Impfstoffen etc. 3. Kritik am Global Pandemic Alert System, zu viele Empfehlungen, fehlende Digitalisierung etc. 4. Umsetzung der früheren Empfehlungen nicht ausreichend 5. Ressourcen der WHO (finanziell, politisches Mandat) zu gering 6. Pandemie als Weckruf für alle Ebenen, asiat.-pazifische Region als pos. Beispiel (koordinierte Maßnahmen, konsistente Risikokommunikation, koordinierte Grenzmaßnahmen) ▪ Wunsch nach einem rechtlich bindenden Vertrag zum Gesundheitsschutz – Globaler Rahmenplan für Preparedness & Response ▪ https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel-Second-Report-on-Progress-Final-15-Jan-2021.pdf ▪ IPPPR ist sehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC) 	
--	--	--



<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen</p>	
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung ! Einschätzung zu Deeskalierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? ○ Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen (Hospitalisierung, Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll ○ Derzeit bestimmen die Varianten noch nicht das Geschehen in DEU, aber Varianten muss man für Lockerungen im Blick behalten. In einer Target-PCR-Nachuntersuchung von >10.000 Proben wurde in ca. 5% der Proben eine Variante identifiziert, v.a. die B.1.1.7 (UK)-Variante. 	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Thema Informationsbedarf der Pflegekräfte, Materialien schon vom BMG in Kooperation mit dem Pflegebeauftragten ! BZgA wird sich die Zielgruppe differenzierter anschauen, es gibt nicht viel Daten (Sprachbarrieren, Kognition, Ideologie) ! Weiterhin Informationsbedarf in Bevölkerung zu Impfungen, sonst von Hausärzten übernommen, Fragen müssen jetzt woanders bedient werden, ist auch nicht möglich im Kontext der Telefonberatung ! Rate der Suizidalität steigt sehr stark ! Frau Thaiss verabschiedet sich in den Ruhestand. Die Mitglieder des Krisenstabs danken ihr für die gute Zusammenarbeit und wünschen ihr für den Ruhestand alles Gute. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Aktualisierung der STIKO-Empfehlungen, viel Informationsbedarf ! Samstag, 30.01. Hr. Wieler im Townhall-Meeting zum Thema Impfen ! Linus Grabenhenrich ist am 29.01. als Open-Data-Beauftragter in einem Treffen mit den Datenjournalisten 	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>

6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein.</p> <p>b) RKI-intern</p>	ZIG (Hanefeld)
7	<p>Dokumente</p> <p>! nicht besprochen</p>	
8	<p>Update Impfen (nur freitags)</p> <p>! Die Impfquoten steigen an, wenn auch nicht so wie erhofft, 2,2 Mio Impfdosen stehen zur Verfügung</p> <p>! Vorbereitung der STIKO-Empfehlungen, 2. Aktualisierung, mehrere Aspekte wurden beleuchtet</p> <p>! Inhalt der Empfehlung für AstraZeneca Impfstoff wurde an Presse durchgestochen, politische Dimension, STIKO empfiehlt Impfstoff nur für <65-Jährige, da bei >65-Jährigen fehlende Evidenz, sehr weite Konfidenzintervalle, zu unsicher, da zwei hochwirksame RNA-Impfstoffe zur Verfügung stehen, Abfall der NT-Titer ab 65 Jahre deutlich</p> <p>! EMA bearbeitet gleichzeitig die Zulassung für die EU, wahrscheinlich wird in EMA-Empfehlung die Altersgrenze nach oben offen gelassen, aber ggf. mit Warnhinweisen versehen, dass bei >55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist.</p> <p>! Thema in Bezug auf Kommunikation schwierig, viel Informationsbedürfnis, auch internationales Interesse am Austausch, z.B. von EMA und ECDC</p> <p>! Weiterhin Erstellung der Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI, damit vorhanden wenn nächste Woche der Impfstoff verfügbar</p> <p>! Begleitkommunikation wird vorbereitet, Wirksamkeit mit 70% signifikant niedriger, mit Impfstoff wird v.a. Gesundheits- und Pflegepersonal geimpft</p> <p>! viele zusätzliche Fragen: Erst AstraZeneca Impfstoff und später RNA-Impfstoff wenn der für alle verfügbar ist?</p> <p>! Beratung im Steuerungskreis Impfkommunikation am BMG, Implementierung in Impfverordnung und Strategie</p> <p>! STIKO-Bewertung auf Grundlage der im November eingereichten, öffentlichen Daten, weitere Daten inzwischen verfügbar, aber nicht öffentlich, Studien sehr komplex, Datenlage für 55-65-Jährige kann nicht mit in STIKO-Empfehlung</p>	FG33 (Wichmann)



	<p>aufgenommen werden, steht zudem kurz vor Veröffentlichung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! FAQs werden vorbereitet, können flexibel angepasst werden ! STIKO-Empfehlung lebendes Dokument, ggf. Zeithorizont nennen wann erneute Anpassung erwartet wird ! In Kürze neue Daten verfügbar, aber werden Empfehlung nicht ändern; Ende Februar wahrscheinlich Johnson&Johnson Impfstoff, ebenfalls Vektorimpfstoff, dann muss STIKO-Empfehlung wieder angepasst werden. ! Problematik der Deutung als 2-Klassen-Impfstoff, Vergleiche zu anderen Impfstoffen schwierig, besser Argumentation: jetzt Schutz mit 70% vs. potentielle Exposition und danach Impfstoff mit höherer Wirksamkeit ! Diskussion in Wissenschaft zur Auffrischimpfung, jetzt Vektor- und dann Auffrischung mit RNA-Impfstoff 	
<p>9</p>	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ 562 Proben im Januar eingegangen, davon <ul style="list-style-type: none"> ▪ 67 SARS-CoV-2 positiv, 47 Rhinovirus, 8 saisonales Coronavirus (NL63), 1 Parainfluenzavirus (Typ3) ▪ Alle anderen respiratorischen Viren negativ, noch immer keine Influenzaviren nachgewiesen. ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> ○ 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%) ○ Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden ○ Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert 	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
<p>10</p>	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Therapie mit monoklonalen Antikörpern <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Mitte der Woche wird ein mab-Präparat von Eli Lilly (Bamlavimab) über Verteilapotheken verteilt und angewendet. ○ Anwendung in Therapiehinweisen im Internet aktualisiert: moderate Verläufe, frühe Phase bei Patienten mit Risikofaktoren, BMG hat abgelehnt sich mehr zu spezifizieren ○ kann auch bei asymptomat. Fällen angewendet werden, wenn frühzeitig diagnostiziert ○ auch in Diskussion als PEP, Einbindung der STIKO, da passive Impfung 	<p>IBBS (Herzog)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anzahl an Patienten, die in Frage kommen recht groß – daher Einzelfallentscheidung also individueller Heilversuch ○ Beratungsnetzwerk von DGI und RKI, auch für ambulanten Sektor, aber Gabe sollte teilstationär bzw. stationär, wenn schon hospitalisiert, erfolgen ○ Verpflichtungserklärung geht an BMG, PEI hat Info für Patienten vorbereitet ○ Ebenso dann für Roche Regeneron mab ○ Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar <p><i>ToDo: Fr. Oh stellt in vitro Studien zur Bindung von mab an Varianten für Mo zusammen.</i></p>	
11	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf. ○ Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen. ○ Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungerne machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen ○ Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich ○ Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote) ○ Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden ○ Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll? ○ Problematik, dass nicht alle gleich gut testen/sequenzieren, müsste dann auch in anderen LK in DEU so gemacht werden, Problematik, dass Aufmerksamkeit anders gelenkt wird, Menschen glauben, dass damit das Problem behoben ist, lenkt eher von der eigenen Verantwortung ab 	FG38 (Rexroth), alle



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Besser verstärkt auf allgemeine und grundsätzliche Maßnahmen hinweisen, möglichst wenig Spezialmaßnahmen empfehlen, um Unruhe und Verwirrung zu vermeiden ! Kurze Info zu Ausbruchsgeschehen bei AIRBUS in Hamburg ○ Großes Ausbruchsgeschehen, mehrere Werkshallen, 49 GÄ in Norddeutschland betroffen, ggf. Ausweitung auf Frankreich ○ Bei 7 MA ist B1.1.7 (UK)-Variante nachgewiesen worden 	
--	--	--

<p>12</p>	<p>Surveillance</p> <p>! DEMIS, SurvNet und SORMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DEMIS läuft stabil und nachhaltig ○ Viele Anfragen von GÄ, aus Sicht der GÄ werden diese nicht immer zeitnah genug beantwortet, da viele Ressourcen durch anderes gebunden sind (v.a. SORMAS), muss ausgebaut werden ○ Viele Ressourcen in SORMAS, aus vielen BL Unzufriedenheit mit SORMAS, ○ Viele Fragen zur Umstellung der Falldefinition und Nachfragen wann Referenzdefiniton auch geändert wird ○ Meldepflicht für Bürger:innen wenn Heimtests eingeführt werden, können wir nicht umsetzen, sollten lieber zum Arzt gehen, dort gemeldet werden und per PCR getestet werden, aber Sorge, dass Hausärzte hier nicht mitarbeiten. ○ Aber KV hat Versorgungsauftrag. Es ist unethisch, wenn sich jemand mit positivem AG-Test an einen Arzt wendet und dieser denjenigen abweist. Derzeit nur 50% der PCR-Kapazitäten genutzt ○ Österreicher haben die Nachttestung beim Arzt verpflichtend gemacht. Aber wenn Abgabe frei, wie kontrollieren? ○ Medizinprodukte Abgabeverordnung soll schon am Montag verändert werden, aber derzeit noch keine CE-zertifizierten Tests verfügbar, BMG rechnet mit Ende Februar, Kosten unklar, aber nicht deutlich günstiger als Tests in Testzentren (ca. 20-35€) ○ Kommunikation zu AG-Testen sollte gestärkt werden, es sollte klar kommuniziert werden, dass AG-Schnelltests nicht das Mittel der Wahl zur Diagnose sind, dies sollte die interne AG Diagnostik formulieren. <p><i>ToDo: Die interne AG Diagnostik soll einen Epid Bull-Artikel zu AG-Tests erstellen, Frist für publikationsreife Version 2 Wochen; ID 2730</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>
<p>13</p>	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Beförderungsverbot</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll ○ Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten 	<p>FG38 (an der Heiden), alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen ○ Sollte Flug-KoNa wieder aufgenommen werden? Schwer zu beurteilen, ob GÄ das leisten können, aber wir sollten uns dafür aussprechen, wird im Laufe der nächsten Woche umgesetzt 	
14	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet ! In RKI-News erscheint zudem ein Artikel 	FG38 (Rexroth)
15	<p>Wichtige Termine</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
16	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex 	