



Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 07.07.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Andreas Hicketier |
| o Lothar H. Wieler | ! FG36 |
| o Lars Schaade | o Walter Haas |
| o Esther-Maria Antão | o Silke Buda |
| ! Abt. 1 | o Stefan Kröger |
| o Martin Mielke | ! FG37 |
| o Osamah Hamouda | o Tim Eckmanns |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! FG38 |
| o Janna Seifried | o Petra v. Berenberg
(Protokoll) |
| ! FG12 | o Ulrike Grote |
| o Annette Mankertz | ! ZBS7 |
| ! FG14 | o Christian Herzog |
| o Mardjan Arvand | ! P1 |
| o Melanie Brunke | o Ines Lein |
| ! FG17 | ! Presse |
| o Ralf Dürrwald | o Marieke Degen |
| ! FG21 | o Ronja Wenchel |
| o Wolfgang Scheida | ! ZIG |
| ! FG25 | o Johanna Hanefeld |
| o Christa Scheidt-Nave | ! ZIG1 |
| ! FG32 | o Luisa Denkel |
| o Claudia Sievers | ! BZgA |
| ! FG33 | o Heide Ebrahimzadeh-
Wetter |
| o Thomas Harder | |
| ! FG34 | |
| o Matthias an der Heiden | |
| o Claudia Winklmayr | |

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Vorgezogener TOP:</p> <p>! Abstimmung des Dokuments „Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen“ (Konsentiertes Dokument hier)</p> <p><i>ToDo: Dokument soll zeitnah an BMG und über AGI an die Länder zur Abstimmung versendet und heute, Mittwoch, 07.07.2021 bis 16:00 veröffentlicht werden</i></p> <p><i>Versand bitte über Lagezentrum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grundsätzlich ist eine Vereinfachung angestrebt. Für vollständig Geimpfte und Genesene mit 1 Impfung sowie Genesene (innerhalb von 6 Monaten) soll eine einheitliche Quarantäne-Regelung bzgl. VOC formuliert werden. Änderungen betreffen daher nur zwei Abschnitte des Dokuments: ○ Abschnitt „2.2 Fokussierung auf Situationen mit hohem Übertragungspotential (Superspreading-Events, Clustererkennung) bzw. mit Beteiligung von Risikogruppen“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Längere Diskussion zum letzten Unterpunkt zur Priorisierung falls „u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf“ ▪ VOC mit auffälligem Verlauf sollen dadurch Vordergrund rücken und von den GÄ priorisiert nachverfolgt werden ▪ Appell an die Aufmerksamkeit/Selbstständigkeit der GÄ ▪ Welche sinnvollen Parameter können hierfür definiert werden? ▪ Nur harte Kriterien: Ungewöhnlicher klin. Verlauf, erhöhter Anteil an Reinfektionen, erhöhte Transmissibilität, möglicher Immune-Escape ▪ Praktischer Ansatz: Vermehrte Impfdurchbrüche, erhöhte Übertragungsquote ▪ Diese Vorschläge werden einvernehmlich angenommen: „Bei Hinweisen auf eine Exposition durch neu auftretende, besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC), die eine Anpassung des Managements von Fällen und Kontakten erfordern 	<p>FG 36 (Haas)</p> <p>Alle</p>



	<p>würden (u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf), sollte das zuständige Gesundheitsamt diesen Fällen mit hoher Priorität nachgehen. Bei solchen Hinweisen kann es sich bspw. um eine entsprechende Reiseanamnese oder um molekulardiagnostische Hinweise, Verdachtsfälle oder Nachweise einer VOC handeln.“</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenlage: Studie aus Schottland zeigt gegenüber Delta bzgl. aller Infektionen (sympt. und asympt.) einen Rückgang der Wirksamkeit von Biontec von 92 auf 79 % und Vaxzevria von 73 auf 60%, nur für sympt. Infektionen sind die Zahlen ähnlich, Daten zur Hospitalisierung sind eingeschränkt verwertbar, da einmal und zweimal Geimpfte zusammengefasst wurden. ▪ PH England berichtet Effektivität bzgl. Hospitalisierung für Biontec von 95(Delta) vs. 98% (Alpha) und für Vaxzevria 86 (Delta) vs. 92 % (Alpha). ▪ Daten aus Israel (noch nicht publiziert, bisher nur PM): Effektivität von Biontec sinkt gegenüber Delta von 94 auf 64% bzgl. Infektion und von 98 auf 93% bzgl. ‚serious illness‘. ▪ Eine kanadische Studie bestätigt, dass es sich bei Delta nicht um eine Immun-Escape-Variante handelt ▪ Abnahme der Effektivität könnte auf asymptomatische Infektionen zurückzuführen sein, sie bleibt jedoch \geq 60% ▪ Vor diesem Hintergrund soll für vollständig geimpfte, genesene mit einer Impfung und genesene (innerhalb 6 Monaten) Kontaktpersonen mit Delta-Quellfall keine Quarantänepflicht mehr gelten ▪ Der Passus „...sollten nach Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall, wenn möglich, die berufliche Tätigkeit bzw. ihren privaten Umgang mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall einstellen“ soll erhalten bleiben ▪ Frage: Gilt dies auch für Beta und Gamma? ▪ Zunächst ja, diese spielen in Deutschland keine Rolle, deshalb keine Ausnahmen erforderlich ▪ Hinweis: Diskrepanz zur Einreise aus Virusvariantengebieten, da hier weiterhin eine 14.tägige Quarantäne empfohlen ist, wird zu Nachfragen aus BMG 	<p>Hanemann, Denkel Kröger</p>
--	---	--

	<p>und Presse führen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antwort: Beta oder Gamma sind bei KoNa im Inland in den seltensten Fällen bekannt und es sollte klargestellt werden, dass nicht danach gesucht werden soll ▪ Frage: Was würde dies für die Aktualisierung der EinreiseVO nach sich ziehen? Ist das ein proaktiver Hinweis ans BMG? ▪ Diskrepanz wäre fachlich sinnvoll, wenn Beta oder Gamma in dem ausgewiesenen Gebiet überwiegen, das müsste deutlich formuliert werden um die Diskrepanz zu begründen ▪ Es wird zunächst beschlossen, die vorgeschlagenen Änderungen anzunehmen ▪ Bzgl. Ausnahmen (Varianten mit Hinweis auf Immunescape) soll auf die VOC-Liste im Lagebericht verlinkt werden, die dafür gepflegt und aktualisiert werden soll <p style="color: red;">Eine Fortsetzung dieser Diskussion incl. Rücknahme des o.g. Beschlusses erfolgt im Rahmen der Diskussion zur Lage national (s. bitte Seiten 8/9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frage zur internationalen Flug-KoNa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Könnte diese auf Flüge > 5 Stunden Dauer eingeschränkt werden? ▪ Belastung nimmt deutlich zu, Zeitgewinne durch Deeskalationsfortschritte werden dadurch wieder verloren ▪ Int. KoNa ist auf Bevölkerungsebene nicht effizient – ist eine Beendigung denkbar? ▪ FG 36 erbittet etwas Bedenkzeit <p><i>ToDo: @ Lagezentrum: Thema auf die Agenda der Krisenstabssitzung am 14.07. setzen. Alle sind gebeten, sich Gedanken zu Einschränkung vs. Einstellung zu machen</i></p> <p>Aktuelle Lage</p>	<p>FG 38 (Grote)</p> <p>Alle</p> <p>FG32 (Hamouda)</p>
--	---	--



<p>International (nur freitags)</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none">o SurvNet übermittelt: 3.732.584 (+985), davon 91.110(+48) Todesfälleo 7-Tage-Inzidenz 5,1/100.000 EW<ul style="list-style-type: none">▪ Inzidenz seit einer Woche um 5/100.000 EWo Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 44.886.784 (56,8%), mit vollständiger Impfung 29.803.258 (39,3%)<ul style="list-style-type: none">▪ Schwerpunkt liegt auf dem 2. Impftermin, hier jetzt schnellere Zunahme <p>! Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none">▪ in fast allen BL Abwärtstrend▪ Ausnahme Bremen: Besorgniserregende Zunahme auf niedrigem Niveau, von 6,0 (30.06.2021) auf jetzt 8,6/100.000 EW <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 2/3 der LK <5/100.000 EW▪ 1/3 der LK >5/100.000 EW▪ Kein LK >25/100.000 EW▪ Jetzt 37 LK mit 0 Fällen (Vorwoche 50)▪ Großstädte: FFM >20/100.000 EW, alle anderen liegen deutlich darunter <p>! 7-Tage-Inzidenz im Wochenvergleich</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Geschwindigkeit der Abnahme lässt nach <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Deutliche Abnahme in allen Altersgruppen▪ Inzidenz bei 15-19 und 20-24Jährigen > 10/100.000▪ Inzidenz in alle anderen Altersgruppen < 10/100.000▪ Inzidenz Altersgruppe > 60Jährige: 2/100.000	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
--	--

	<p>! COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin Tendenz zur Abnahme <p>○ Covid-19 Patient*innen in intensivmed. Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 509, Geschwindigkeit des Belegungsrückgangs nimmt ab <p>○ Todesfälle und Hospitalisierte nach Altersgruppe und Meldewoche (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der Altersgruppen an Todesfällen: 80+Jährige überwiegen, zweitgrößter Anteil 60-79Jährige, dann 35-59Jährige ▪ Zahl der Todesfälle geht deutlich zurück, Hochaltrige nehmen dabei anteilig zu, geringe Zunahme der 35.60Jährigen ▪ Anteil der Altersgruppen an den Hospitalisierten: Bei insgesamt geringen Fallzahlen geringe Zunahme bei den 35-60Jährigen ▪ Anzahl der Hospitalisierten: Rückgang, niedrige Zahlen, prozentuale Altersverteilung bei 80+Jährigen gleichbleibend, Rückgang bei 60-80Jährigen, geringe Zunahme bei 15-34 und 35-60Jährigen ▪ Durchschnittsalter (MW) bei COVID-19-Fällen sinkend, bei Hospitalisierten sinkend, bei ITS-Patient*innen sinkend, bei Verstorbenen gleichbleibend <p>! Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)</p> <p>! Testzahlen und Positivquote</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin geringer Rückgang der Testzahl im Vergleich zur Vorwoche Wieder weniger Testungen (knapp < 700.000), Positivenanteil 0,8% <p>! Auslastung der Kapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapazitäten von 2,2 Mio vorhanden <p>! Testzahlerfassung-VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil von B.1.617 (ohne weitere Differenzierung) an allen positiven Tests: 47,9% 	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p>ARS-Daten (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl Testungen und Positivenanteil nach BL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil ▪ Abflachung in allen BL, Bremen (Schwankungen) bei geringer Datenmenge nicht zu bewerten ! Anzahl Testungen nach Altersgruppe und Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-4 und 5-14jährige konstante Testzahl, Abnahmeort überwiegend „Andere“ (Schule, Lollitest), in allen anderen AG Rückgang, ▪ Arztpraxen: Rückgang, KH: konstante Testzahl „Andere“: Rückgang ▪ Positivenanteil überall rückläufig ! VOC B.1.617 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein weiterer Anstieg (diese Woche nur 17 Isolate) ▪ Nachweis von Delta hauptsächlich im KH, der sehr niedrige Anteil von Delta an „anderen“ Testorten ist für den Gesamtrückgang verantwortlich ! Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine neuen Ausbrüche in Altenheimen ▪ Sehr wenige Ausbrüche in Krankenhäusern ! Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (Folien hier) ! GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARE-Raten in allen Altersgruppen gehen stark nach oben, ▪ Besonders Kinder sind betroffen (0-14jährige), Erwachsenen ziehen nach ▪ Anstieg von in der Vorwoche 2,4 Mio auf 3 Mio in KW 26 ! ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg auf 550.000 Konsultationen ▪ höhere Werte als 2018/19 und in anderen Saisons auch hier sind Kinder die Vorreiter ▪ In KW 25: 530 Konsultationen/100.000 EW, entspricht einem Anstieg von 390.000 auf 440.000 	<p>(Hicketier)</p> <p>MF4</p> <p>FG34/FG36 (Winklmayr)</p>
--	---	--

	<p>Konsultationen i. Vgl. zur Vorwoche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Infektionsschutzmaßnahmen an Schulen die Übertragung resp. Erkrankungen nicht verhindern <p>! ICOSARI-KH-Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Gruppe der 0-14jährigen geringer Anstieg der SARI Fälle Keine Zunahme schwerer Verläufe ▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen auf 5% ▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung auf 7% <p>! Ausbrüche in Kindergärten, Horten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiver Trend setzt sich fort ▪ 17 neue Ausbrüche in Kindergärten <p>! Ausbrüche in Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 19 neue Ausbrüche in Schulen <p>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (Folien hier)</p> <p>! In KW 26: 164 Einsendungen aus 41 Praxen</p> <p>! Anteil 0-4Jähriger leicht gesunken</p> <p>! Anstieg bei den 16-34Jährigen</p> <p>! Humane Rhinoviren dominieren, hier sind Kinder am stärksten betroffen, gefolgt von Parainfluenzaviren die alle Altersgruppen betreffen</p> <p>! SARS-CoV-2: 1 Nachweis (11 Monate), 1 Nachweis in der Vorwoche (32 Jahre)</p> <p>! Influenzaviren: Kein Nachweis</p> <p>! Humane Metapneumoviren: 1 Nachweis (AG 35-60jährig)</p> <p>! Saisonale Coronaviren: Rückgang bei NL 63, OC43 sinkt stark, beide jetzt <5%</p> <p>! Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung (Folien hier)</p>	<p>Alle</p> <p>Schaade</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>! Aus Genomsequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delta dominiert, KW 25: 60%, KW 26: knapp<50% ▪ Alpha KW 25 33%, KW 26: 37% ▪ Beta und Gamma in ganz wenigen Proben <p>! Übersicht Anteil Delta in VOC-Erhebungssystemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RKI-Testzahlerfassung incl. ad hoc-Erhebung: Delta 47,9% (KW 26), Alpha 37,7% ▪ IfSG-Daten: Delta 55%, Alpha 40% <p>! VOC-Anteile der Stichprobe der Genomsequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Turnover Delta > Alpha ist vollzogen ▪ Erfreulich hoher Anteil an Sequenzierungen (20%) <p>! Entwicklung der Fallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alpha: weiterhin Rückgang ▪ Delta: Anstieg insbesondere in KW 21-23 ▪ Spezifische R-Werte: Alpha 0,54, Delta 1,04 ▪ Quotient aus Delta und Alpha: schwankendes Bild, geglättete Werte ergeben einen etwa 60% höheren R-Wert für Delta ▪ Daten sind veröffentlicht (Lagebericht?) mit dem Hinweis, dass die Daten aufgrund niedriger Fallzahlen unzuverlässig sind <p>! Vergleich hospitalisierte Fälle: Alpha vs. Delta (MW 22-25)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altersgruppe 15-60 Jahre liegt Delta etwas über Alpha ▪ In allen anderen Altersgruppen überwiegt Alpha <p>! Impfdurchbrüche bei VOC (für Lagebericht)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen aktuell zu gering für eine Aussage über einen erhöhten Anteil von Delta an hospitalisierten Impfdurchbrüchen zu machen ▪ Anzahl der Impfdurchbrüche für VOC aktuell zu gering für die Ableitung von Aussagen <p>! VOC Tabelle und VOI Entwicklung der Fallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschlag: VOI weglassen ▪ Überlegungen zur Benennung der letzten Spalte 	
--	---	--

„Schutz durch Impfung“: Soll in der späteren Diskussion geklärt werden

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** (*nur mittwochs*)

! Nicht besprochen

! **Schätzung der Exzess-Mortalität durch COVID**

! Zeitraum bis KW 20/2020 bis KW 20/2021

- Generalisiertes additives Modell
- Daten: Wöchentliche Mortalität / Influenzafälle / Covid-19-Todesfälle pro Bundesland und Altersgruppe (unter 65/ über 65)

! Exzess= Differenz aus geschätzter Gesamtmortalität und geschätzter Basismortalität ohne COVID-19

! Erste Welle: Alle COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, 2. Welle: 59% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, da im Frühjahr 2021 die Gesamtsterblichkeit niedriger war als in den Vorjahren (Saisonalität, ausbleibende Influenzawelle) trotz ca. 1000 COVID-Todesfällen pro Woche

! Excess nach Altersgruppen und Bundesländern

- SH, SL, NW, HH, RP, NS, MV: kein signifikanter Excess
- In BY, SA, TH, SN, BB, HE, B, BW: Excess-Mortalität
- Altersgruppe < 65jährige: Fast alle COVID-Todesfälle wurden in der 2. Welle als Exzess gewertet,
- Altersgruppe ≥ 65jährige: etwa 60% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet

! **Diskussion**

! Frage: Warum Zunahme von ARE bei gleichzeitiger Abnahme der Testungen? Antwort: Kinder werden häufig in der Schule getestet, daher wird davon auszugehen, dass es sich häufig nicht um COVID-19 handelt und nicht getestet. ARE-Zunahme zeigt sinkendes Risikobewusstsein und geringere Kontaktbeschränkungen

! Frage zu VOC: Sind die R-Wert-Berechnungen



	<p>altersstratifiziert? Antwort: Nein, sonst müssten für die R-Wert Darstellung Matrizen angegeben werden, ist zu kompliziert</p> <p>! Formulierungsvorschlag zu den spezifischen R-Werten: „Grobe Schätzungen ergeben erhöhte R-Werte mit starken Schwankungen“</p> <p>Hier kehrt die Diskussion zurück zur VOC/VOI Tabelle, auf die ursprünglich im Rahmen der Ausnahmen von den erleichterten Quarantäneregeln verlinkt/hingewiesen werden sollte. Auch die Quarantäne-Ausnahmeregelungen für Immun-Escape-Varianten werden erneut thematisiert</p> <p>! Zur VOC/VOI-Tabelle: Spaltenüberschrift „Schutz durch Impfung“ ist unzureichend, Genesenenstatus fehlt, ein Hinweis auf Immun-Escape-Varianten könnte aufgenommen werden, allerdings liegen hierzu unterschiedliche Evidenzen vor, die ggf. ausgewiesen werden müssten</p> <p>! Impfwirksamkeit ist nur durch klare Endpunkte definierbar: Hospitalisierung und schwere Erkrankung</p> <p>! Transmissibilität ist kein ausreichendes Kriterium</p> <p>! Könnte auf eine bereits existierende Experten-Liste zurückgegriffen werden? WHO führt eine VOC- Liste, ECDC ebenfalls</p> <p>! Auf der ECDC -Liste wird Delta als Immun-Escape-Variante geführt, das widerspricht der Meinung des RKI</p> <p>! Ist es grundsätzlich ein tragfähiges Konzept, Quarantäneregeln für bestimmte Varianten festzulegen? Im Rahmen der Unter-AG zum „Strategiewechsel der AGI“ werden ähnliche Fragen gestellt</p> <p>! Neuer Formulierungsvorschlag zu Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“:</p> <p>„Das Auftreten und die Zirkulation neuer besorgniserregender SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC) mit deutlichen Immun-Escape-Eigenschaften wird vom RKI eng überwacht. Sobald sich dabei Änderungen für diese Empfehlungen ergeben, werden diese zeitnah angepasst und kommuniziert. Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist, dass es sich um eine Exposition gegenüber einer Immun-Escape-Variante</p>	
--	---	--

	<p>nach gegenwärtigem Kenntnisstand handelt (zur Zeit die Virusvarianten Beta (B.1.351) und Gamma (P.1)), eine Quarantäne der vollständig geimpften sowie genesenen Kontaktpersonen immer empfohlen.“</p> <p>! Auf Verlinkung mit/Hinweis auf eine VOC-Liste wird verzichtet</p> <p>! Dieser Vorschlag wird einvernehmlich angenommen</p>	
2	<p>Internationales (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Wird bis Freitag 09.07. zur Abstimmung vorbereitet</p> <p><i>ToDo: @Lagezentrum: Bitte für Freitag auf die Agenda setzen</i></p>	Alle
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Kein Beitrag</p> <p>Presse</p> <p>! Frage: Eine Unterseite der COVID-19-Homepage soll eingerichtet werden, auf der alle auf die Schule bezogenen Dokumente eingestellt werden. Kann die Stellungnahme zu den MPK-Beschlüssen (12/2020) entfernt werden, da Beschlüsse und Stellungnahme veraltet sind?</p> <p>! Antwort: Das Dokument kann ersatzlos entfernt werden</p> <p>P1</p> <p>! Kein Beitrag</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle

