



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- | | | |
|------------------------|----------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG34 | o Viviane Bremer |
| o Lothar H. Wieler | ! FG36 | o Walter Haas |
| o Lars Schaade | | o Barbara Hauer |
| ! Abt. 1 | | o Julia Schilling |
| o Martin Mielke | ! FG37 | o Muna Abu Sin |
| ! Abt. 3 | ! FG38 | o Ulrike Grote |
| o Osamah Hamouda | | o Petra v. Berenberg
(Protokoll) |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! ZBS7 | o Christian Herzog |
| o Janna Seifried | ! MF2 | o Torsten Semmler |
| ! FG14 | ! Presse | o Ronja Wenchel |
| o Mardjan Arvand | ! ZIG1 | o Sarah Esquevin |
| o Marc Thanheiser | | |
| ! FG21 | | |
| o Wolfgang Scheida | | |
| ! FG25 | | |
| o Christa Scheidt-Nave | | |
| ! FG32 | | |
| o Michaela Diercke | | |
| o Claudia Sievers | | |
| ! FG33 | | |
| o Thomas Harder | | |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Anmerkung: TOP 7 (Strategiefragen) wurde zu Beginn der Sitzung besprochen, das Protokoll ist zugunsten der Übersichtlichkeit dort abgelegt</p> <p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 28.12.2021</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fälle: insgesamt 280.119.931, + 10,8% i. Vgl. zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 2. Europa ist stark vertreten, einige Länder mit steigenden, einige mit sinkenden Fallzahlen 3. Unterschiedliche Gründe für Fallzahlanstieg: teilweise Omikron, teilweise Delta 7-Tage-Inzidenz/100.000 EW weltweit 4. Europa trägt mit Anteil von 57% zu weltweitem Anstieg bei 5. Steigende Inzidenzen weltweit, Nord/Süd-Gefälle, Anstieg aber auch in den Regionen Afrika und Amerika zu verzeichnen 7-Tage-Inzidenz Europa 6. Wanderung der hohen Fallzahlen von Osten nach Westen 7. Rückgang in UK 8. Dominanz Omikron in Niederlanden, Belgien (60%), Schweiz (50%), 9. In Frankreich (KW 50) 30% <p>National</p> <p>Disclaimer zur eingeschränkten Beurteilbarkeit ist weiterhin aktiv Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.066.412 (+40.043), davon 111.219 (+414) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 205,5/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%) DIVI Intensivregister 4.201 (-29) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.471.933 (73,9%), mit vollständiger Impfung 58.957.258 (70,9%), Auffrischimpfungen 30.428.966 (36,5%) Todesfallzahlen sind nach wie vor hoch, Aufnahmen auf ITS gehen zurück Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Rückgang in TH, SN, ST 11. Ansonsten eher Plateau <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. 10 LK > 500/100.000 EW 13. Im Fokus weiterhin BB, SN, TH 	<p>ZIG1 (Esquevin)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>14. Höchste Inzidenz in Ilm-Kreis 918/100.000 EW Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)</p> <p>15. Am Stärksten betroffene Altersgruppen: 5-9jährige und Kinder insgesamt, dann folgen 35-44jährige</p> <p>16. Am niedrigsten liegt die AG der 70-84jährigen Hospitalisierungsinzidenz Rückgang, auch die adjustierten Werte nehmen ab Anzahl Meldungen (an GÄ) und Fälle (am RKI) nach Meldedatum</p> <p>17. Pro Fall gehen bei den GÄ mehrere Meldungen ein</p> <p>18. Verhältnis der Anzahl DEMIS-Meldungen zur Anzahl an das RKI gemeldeter Fälle ist stabil</p> <p>19. Dies zeigt, dass die GÄ routinemäßig zuverlässig arbeiten</p> <p><i>ToDo: Anmerkung im Wochenbericht, dass die Meldungen aus den GÄ täglich übermittelt werden und weder technische Probleme noch das meldeverhalten zu Problemen führen (ursächlich im Vordergrund sind Rückgang der Arztbesuche und Rückgang der Testanzahlen)</i></p> <p>Syndromische Surveillance Eine vorläufige Folie aus dem Grippe Web wurde besprochen: In der letzten Woche wurde ein Anstieg der ARE insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet Dieser Anstieg könnte ein erster Hinweis auf durch Omikron verursachten Anstieg sein und sollte aufmerksam beobachtet werden</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien hier KW 51: 74 Einsendungen 184 Einsendungen SARS-CoV-2 Nachweise sind um 8% eingependelt Influenza-Nachweise steigen an (typisch für Dezember, hoffentlich nicht der Beginn einer Welle)</p> <p>Testzahlerfassung am RKI Folien hier Es wurde aus 10% weniger Laboren berichtet 1,2 Millionen Tests (Vorwoche 1,5) Positivenanteil 16.4% (Vorwoche 18.6%) Kapazitäten sind nur eingeschränkt beurteilbar, es gibt aber keinen Grund hier eine Abnahme anzunehmen Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig Testverzug: Lage entspannt sich, Testdurchführungen innerhalb 24 h nach Abnahme haben zugenommen In den BL überwiegend sowohl Rückgang der Testanzahl als auch des Positivenanteils BW: Testzahlrückgang, steigender Positivenanteil In Arztpraxen deutlich weniger Tests i. Vgl. zum Vorjahr Positivenanteil in Praxen rückläufig, an anderen Orten ebenfalls rückläufig, in KH stabil Testorte nach Altersgruppen: bei 0-4Jährigen und 5-</p>	<p>FG 36 (Haas)</p> <p>Abt. 2 (Mielke)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>(Abu Sin)</p>
--	---	--



	<p>14Jährigen mehr Tests i. Vgl. zum Vorjahr, in den anderen AG Abnahme der Testzahl im Vgl. z. Vorjahr Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner und Positivenanteil nach Altersgruppe und Woche: Rückgang des Positivenanteils in allen AG außer bei 0-4Jährigen VOC (SARS in ARS) Verdacht auf Omikron in KW 50: 7%, in KW 51: 12,5 %</p> <p>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance Folien hier Omikron in Genomsequenzierung: 7,4% (KW 50) Omikron in IfSG-Daten: 17,5% (KW 51) Bisher übermittelte Omikron-Fälle: 13.129, Verteilung über ganz Deutschland Angaben zur Impfung bei 50% vorhanden: davon 50% vollständig geimpft, 19,8% mit Auffrischimpfung, 21,3% nicht geimpft 159 Hospitalisierungen 185 Reinfektionen 4 Todesfälle Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Verdoppelungszeit jetzt 3 Tage</p> <p><i>ToDo: Diese Folie (Modell) bitte an Benjamin Maier (P4) schicken</i></p> <p>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen In KW 50 Stichprobenanteil 9,38% Verdoppelung der Rate</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p>
<p>2</p>	<p>Internationales (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung Kein Anpassungsbedarf</p>	<p>Alle</p>
<p>5</p>	<p>Expertenbeirat (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)</p>	
<p>6</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse Zahlreiche Anfragen zu folgenden Themen: Welche Datenquellen wird Minister Lauterbach neben dem RKI heranziehen (Aussage bei der Bildzeitung)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>Kommentar: Hier muss ggf. auf das BMG verwiesen werden, im Rahmen der TelKo mit BMG wurde von RKI-Seite darauf hingewiesen, dass Syndromische Surveillance und Positiven-Raten gute Anhaltspunkte bieten und der Untererfassungsfaktor auf 3 geschätzt wird</p> <p>ToDo: Abstimmung mit Pressestelle des BMG, ob hierzu eine gemeinsame Sprachregelung gefunden werden kann</p> <p>Laut FDA besteht bei Omikron eine größere Wahrscheinlichkeit für falsch negative AG-Selbsttests Kommentare: Auch laut FDA muss dies noch quantifiziert werden/es betrifft möglicherweise nur bestimmte Tests, die in DE keine Rolle spielen/es ist zu früh, um eine Aussage zur Zuverlässigkeit von AG-Tests bei Omikron zu machen Hinweis: ARS Meldungen sind bisher freiwillig und unterscheiden sich in den Bundesländern (eine gesetzliche Verankerung wäre wünschenswert) ARS-Daten sind auf der ARS-Seite online gestellt, auf der Diagnostik-Seite wird dorthin verlinkt, im Wochenbericht wird ebenfalls darauf hingewiesen Bericht zur Meldepflicht für alle durchgeführten Tests wurde Anfang Dezember von FG32 eingereicht, ist aktuell von BMG zurückgestellt</p> <p>P1</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen (Dokument hier) Änderungen im Abschnitt 3.2.2 Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Rationale wurde angepasst: „Aufgrund einer beobachteten kürzeren Inkubationszeit, ist eine maximale Quarantänedauer von 10 Tagen weiterhin fachlich vertretbar.“ 2 Quarantäneoptionen: 10 Tage ohne abschließenden Test, 7 Tage mit abschl. PCR oder hochwertigem AG-Test Ausnahmen von der Quarantäne: „Von Quarantäne-Maßnahmen fachlich begründet ausgenommen sind Kontaktpersonen, wenn die zweite Impfdosis nicht länger als 3 Monate zurückliegt oder sie eine Auffrischimpfung gemäß STIKO erhalten haben.“ „Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen zur Quarantänedauer ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist oder vermutet wird, dass es sich um eine Exposition gegenüber einer VOI oder VOC (außer Alpha – B.1.1.7, oder Delta – B.1.617.2 oder Omikron – B.1.1.529 sowie Sublinien, siehe Übersicht zu den Virusvarianten) handelt</p>	<p>FG 36 (Schilling) Alle</p>



	<p>oder handeln könnte, eine Quarantäne von 14 Tagen sowie eine Testung mittels PCR (möglichst an Tag 1 der Ermittlung der engen Kontaktperson) immer empfohlen“ „Zudem wird in Haushalten mit bekanntem Fall einer SARS-CoV-2-Infektion, starkem Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion oder Anwesenheit von Personen, die einen engen Kontakt mit einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatten, das Tragen einer medizinischen Maske empfohlen.“ Diskussion Zur Frage ob Quarantäneausnahme 2 oder 3 Monate lang nach 2. Impfung gelten soll: Kurzzvorstellung der 3 derzeit verfügbaren Studien: Studie aus Großbritannien. Etwas mehr als 500 Fälle, Effektivität der Biontec-Vakzine gegen Omikron (symptomatische Infektionen): bis 9 Wochen nach zweiter Impfung 88%, nach 3 Monaten 48%, dann 35%, 2 Wochen nach Auffrischimpfung 75% Studie aus Dänemark: 3000 Fälle, Effektivität von Moderna und Biontec (jegliche Infektion durch Omikron), Biontec nach 4 Wochen 55%, nach 8 Wochen 16%, 4 Wochen nach Booster 54% Konfidenzintervalle der Studien überlappen teilweise -> relativ große Unsicherheit Studie aus Schottland: relative Effektivität „Booster/ kein Booster“: 57% Angesichts der Ergebnisse scheint eine Empfehlung von 3 Monaten für die Dauer der Quarantäne-Ausnahme nach 2. Impfung sinnvoll Frage: gelten 3 Monate auch nach Auffrischungsimpfung? Zur Dauer der Booster-Wirkung liegen noch keine Daten vor Hinweis: In Schulen ist eine Quarantäneverkürzung auf 5 Tage +AG-Test noch möglich, Empfehlungen sollten kongruent sein, sollten 5 Tage nicht mehr empfohlen (7 Tage wären aber wieder mehr als eine Schulwoche) und ein anderes Quarantänekonzept (Test-To-Stay-Konzept) vorgeschlagen werden? (s. auch Diskussion S. 9) Änderungsvorschläge zum KoNa-Papier werden angenommen, 3 Monate sind vertretbar, insbesondere weil durch die Empfehlung Masken zu tragen der Datenunsicherheit/dem Restrisiko Rechnung getragen wird</p> <p><i>ToDo: Ein Zusatz „bis zum Vorliegen weiterer Daten /Erkenntnisse“ soll an der Stelle der 3-Monats-Frist für Quarantäneausnahmen nach frischer vollständiger Impfung eingefügt werden.</i> <i>Finalisierung möglichst noch am 29.12.2021 zur Übermittlung an BMG</i></p> <p>Anpassungen der Regelungen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme bei pandemiebedingtem Personalmangel in Einrichtungen der Kritischen Infrastruktur, hierunter Krankenhäuser sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen Dokument hier</p>	<p>FG 33 (Harder)</p> <p>Hauer, Haas</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	--



	<p><u>Tabelle Seite 2, letzte Zeile</u></p> <p>Intensive Diskussion zu den Voraussetzungen für die Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Infektion: Sollte hier eine Mindestfrist von 5 Tagen incl. 48 Stunden Symptomfreiheit und abschließende, PCR-Test eingeführt werden oder lediglich 48 Stunden Symptomfreiheit und PCR-Test vorausgesetzt werden?</p> <p>Konkrete Mindestdauer könnte Ressourcen schonen (frühzeitiges Testen vermeiden), Mitarbeitende schützen, ist eine klare Regelung für KRITIS, die nicht mit der Umsetzung von Hygienemaßnahmen vertraut sind</p> <p>Mit COVRIIN wurde keine Mindestdauer abgestimmt, dort wurde auch der Einsatz von oligosymptomatischen Beschäftigten diskutiert, 5 Tage Mindestfrist vor Wiederaufnahme der Arbeit entspricht einer Verschärfung der aktuellen Entlassungskriterien von HCW bei akutem Personalmangel (diese Fußnote würde allerdings mit Inkrafttreten der KRITIS-Anpassungen aus den Empfehlungen zum Entlassmanagement entfernt)</p> <p>Zusammenfassung: Formulierung „wenn mindestens 48 h Symptomfreiheit und frühestens 5 Tage nach Symptombeginn, dann eine PCR-Testung, wenn diese negativ (*Hinweis auf quantitative Bewertung) , vorzeitige Tätigkeitsaufnahme möglich“ wird konsentiert. Für asymptomatische Fälle bleibt der Hinweis in der Fußnote auf die allgemeinen Entlassungskriterien ausreichend.</p> <p><u>Tabelle S. 2, 2. Zeile</u></p> <p>3-Monatsfrist nach vollständiger Impfung wird auch hier aufgenommen</p> <p>Intensive Diskussion zur Quarantänedauer von Kontaktpersonen</p> <p>Sind folgende Verkürzungen (von 14 auf 10 und von 7 auf 5 Tage) vertretbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> „Fortführung der Tätigkeit mit täglich negativem AG-Test vor Dienstantritt bis Tag 10 nach Kontakt und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für frisch Geimpfte (3 Monate lang) und Aufgefrischte „5 Tage kein Einsatz + 10 Tage lang AG-Test bei Wiederaufnahme (bzw. PCR an Tag 5, 7 und 10 in KH und Pflegeheim) und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für vollständig Geimpfte <p>Alle Verkürzungen unter 7 Tage haben keine Datengrundlage</p> <p>Aber: Die Empfehlungen sollen dazu beitragen Einrichtungen der KRITIS vor dem Versagen zu bewahren, deshalb muss im Vgl. zu den anderen Empfehlungen ein höheres Restrisiko in Kauf genommen werden, auch der Einsatz oligosymptomatischer Personen sollte aufgenommen werden</p> <p>Die o.g. Verkürzungen werden angenommen, allem anderen soll durch den einleitenden Satz: „Diese Empfehlung gilt zunächst bis zum 15.01.2021 und wird dann ggf. kontinuierlich an neuere Erkenntnisse und Erfordernisse zur epidemiologischen Lage zur SARS-CoV-2 Variante Omikron angepasst“ Rechnung getragen werden.</p>	<p>Herzog, Mielke, Haas, Schaade, Arvand</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>Ungeimpfte werden in der Tabelle nicht adressiert, deshalb soll im einleitenden Text explizit auf die Wichtigkeit von Impfung und Auffrischimpfung hingewiesen werden. Veröffentlichung ist für das neue Jahr geplant, Federführung liegt bei FG 36 (Haas).</p> <p>Arbeitsquarantäne Gemeint ist eine mögliche Quarantäne-Verkürzung auch für Bereiche, die nicht KRITIS, aber z.B. wichtige Wirtschaftszweige sind Meinungsbild: Es ist nicht Aufgabe des RKI, festzulegen, welche Einrichtung als KRITIS eingestuft werden, es wäre besser, betroffene Bereiche bei Bedarf als solche einzustufen (politische Entscheidung)</p> <p>1-G-Regel Ist eigentlich eine politische Entscheidung Wurde als Frage an den Expertenrat herangetragen, hier sollen Argumente für Präs als Mitglied des Expertenrats gesammelt werden Gemeint ist z.B. Zutritt zu Restaurants nur mit Auffrischimpfung Hinweis: Aus Konsistenzgründen müsste das auch für frisch und vollständig geimpfte 3 Monate lang gelten Genesenen-Status wird unwichtiger, Immunstatus im Zusammenhang mit Impfstatus rückt in den Vordergrund (in Abhängigkeit vom Abstand zur letzten Impfung) Aber: Wegen der kürzeren Inkubationszeit von Omikron werden Regeln zur Kontaktbeschränkung wieder wichtiger, der Impfstatus allein genügt nicht als Präventivmaßnahme Zusätzliche 3-Monats-Regel könnte motivierend für Grundimmunisierung sein, verkürzt die Frist bis man Zugang hat</p> <p>Umfangreicher Erlass vom 29.12.2021 0:20 Uhr Diskussion zum Thema Schutzmasken in Schulen Frage, ob FFP-2—Masken für die Schule empfohlen werden sollen Unterscheidung Arbeitsschutz (Eigenschutz) und Übertragungsminimierung ist wichtig Kostenfrage (für die Eltern) Compliance-Frage (8 Stunden FFP-2 bei Kindern?) Größter Teil der FFP-2-Masken wird nicht als Arbeitsschutz, sondern zum Selbstschutz getragen, Empfehlungen sollten in diese Richtung geöffnet werden Nichtüberlegenheitsstudien von FFP-2 in KH zielen nur auf Eigenschutz, sie liefern keine Daten zum Fremdschutz Bisher gibt es keine überzeugenden Hinweise, dass FFP-2 besser ist, schon gar nicht bei Kindern FG 14 hat zu FFP-2 Empfehlung bereits eine auf Arbeitsschutz ausgerichtete Erlassantwort geschrieben</p> <p>ToDo: Stellungnahme (nicht auf Arbeitsschutz ausgerichtet) durch FG 14 soll beinhalten, dass</p>	Schaade. Alle
--	---	---------------



	<p>die Datenlage für das verpflichtende Tragen von FFP-2-Masken an Schulen nicht ausreicht</p> <p>Anwendungsforschung wäre wünschenswert Es gibt Hinweise, dass das Tragen von MNS bei Omikron eine effektive Präventionsmaßnahme ist</p> <p>Diskussion zum Thema Quarantäne an Schulen Steigenden Zahlen durch hohes Reff und kurze Generationszeit bei Omikron? Oder durch vermehrt engere Kontakte? Masken sind nur eine Komponente und entscheidend ist das konsequente Tragen Ausgehend von hoher Ansteckung würde Gruppenquarantäne zu flächendeckender Klassenquarantäne bzw. Schulschließung führen Ist ein Test-To-Stay-Konzept denkbar (tägliches Testen statt Quarantäne)? In den Erlassbericht könnte aufgenommen werden: Zu Omikron an Schulen ist derzeit noch wenig bekannt, derzeit sind Gruppenquarantänen nicht zu begründen, Test-To-Stay-Konzept könnte vorgeschlagen werden, um Erfahrung zu sammeln Frage: Soll 5 Tage Quarantäne +AG-Test als Empfehlung für die Schule gestrichen werden? Als Alternative Präsenz mit täglicher Testung? Für wie viele Tage? In den Schulempfehlungen können die 5 Tage bleiben, Inkonsistenz zu KoNa-Empfehlungen wird durch die serielle Testung, die in Schulen stattfindet, ausgeglichen Serielle Testung und Test-To-Stay-Konzepte sind nur gut, wenn alle anderen Hygienemaßnahmen (AHA+L) konsequent beachtet werden Grundsätzlich ist es empfehlenswert, die Testfrequenz in der Gruppe zu erhöhen, wenn ein Fall gefunden wird Fazit: Formulierung „5 Tage Quarantäne +AG-Test und weitere engmaschige serielle Testung kann erwogen werden“ ist gut Alternativ könnte ein engmaschiges Test-To-Stay-Strategie vorgeschlagen werden Sollten weitere Fälle innerhalb einer Woche auftreten, dann sollte eine Quarantäne für die ganze Gruppe empfohlen werden</p> <p>RKI-intern</p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG 14</p>
<p>8</p>	<p>Dokumente <i>(nur freitags)</i></p> <p>S. bitte TOP 9</p>	<p>Alle</p>
<p>9</p>	<p>Update Impfen <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>



10	Labordiagnostik <i>(nur freitags)</i> FG17 (nicht berichtet) ZBS1 (nicht berichtet)	FG17 ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	ZBS7
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
13	Surveillance <i>(nur freitags)</i> unter TOP 1 besprochen	
14	Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
16	Wichtige Termine keine	Alle
17	Andere Themen Gutes neues Jahr! Nächste Sitzung: Montag, 03.01.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:44