



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 21.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37	
!	Institutsleitung	○ Muna Abu Sin	
○	Lothar H. Wieler	!	FG38
○	Lars Schaade	○	Ute Rexroth
○	Esther-Maria Antão	○	Claudia Siffczyk
!	Abt. 1	○	Ariane Halm (Protokoll)
○	Martin Mielke	!	ZBS7
!	Abt. 2	○	Agata Mikolajewska
○	Michael Bosnjak	!	MF2
!	Abt. 3	○	Torsten Semmler
○	Osamah Hamouda	!	P1
○	Tanja Jung-Sendzik	○	Ines Lein
○	Janna Seifried	!	P4
!	FG17	○	Pascal Klamser
○	Djin-Ye Oh	○	Susanne Gottwald
!	FG32	○	Angelique Burdinski
○	Michaela Diercke	!	Presse
○	Emily Meyer	○	Marieke Degen
!	FG33	○	Ronja Wenchel
○	Ole Wichmann		
!	FG34	!	ZIG
○	Viviane Bremer	○	Johanna Hanefeld
○	Matthias an der Heiden	!	ZIG1
○	Claudia Winklmayr	○	Carlos Correa Martinez
!	FG36	○	Regina Singer
○	Walter Haas	!	ZIG2
○	Silke Buda	○	Francisco Pozo Martin
○	Udo Buchholz	!	BZgA
		○	Martin Dietrich





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet) Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 20.01.2022 Fälle: 33.790.193, Todesfälle: 5.560.718 Weltweite Fallzahlzunahme von fast 11% im Vergleich zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: USA, Frankreich, Indien, Italien, Argentinien, Spanien, UK, Brasilien, Deutschland, Türkei USA &amp; Frankreich ganz oben, in Frankreich zunehmender Trend und höchste 7-T-I (3.338/100.000), Trend in USA abnehmend Indien und auch Argentinien zeigen starken Anstieg Neu in der Liste: Brasilien mit größtem steigenden Trend Trendabnahme in Spanien, UK, Türkei Diese Auflistung enthält eine neue Spalte zum Anteil der Auffrischimpfungen, höchster Anteil in europäischen Ländern mit um die 50% Epikurve WHO Sitrep (Datenstand 16.01.2022): Etwas langsamerer Fallanstieg insgesamt, +20% global, +4% bei Todesfallzahlen Stärkster Anstieg in Südostasien (+145%, +12% bei Todesfällen), einzige Region mit sinkenden Fallzahlen ist Afrika (-27%, -4% bei Todesfällen) Karte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Sichtbare Zunahme der 7-T-I in Südamerika, v.a. Brasilien, Chile, Paraguay und Peru Afrika: unterschiedlich Trends, im Süden und Osten Abnahme, in Maghrebstaaten stark Zunahme Asien: Zunahme der 7-T-I auf der arabischen Halbinsel, in Indien, Nepal, Pakistan Australien: leichte Abnahme aber dennoch hohe 7-T-I ~1700 Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Inzidenzen sehr hoch, Welle geht aktuell von West nach Ost Abnehmende Fallzahlen in UK, Spanien, Irland und Finnland, aber weiterhin sehr hohe Inzidenzen 7-T-I &gt;500 in Deutschland, Balkanländern, Rumänien (wurde als letztes EU-land diese Woche als Hochrisikoland gelistet) 7-T-I &gt;1000 neu in Tschechien, Österreich, baltischen Staaten, Norwegen Diskussion Verlauf schwerer Erkrankungen wäre interessant, da es in den Ländern verschiedene Teststrategien gibt, ZIG1 bereitet dies für nächste Woche vor Peak-Hospitalisierungsrate in UK wäre erneut interessant, zum Vergleich sind Länder mit ähnlichen Impfraten und</p>	ZIG1



	<p>Gesundheitssystemen geeignet, gerade in jenen, die Deutschland in der Omikron vorauslaufen um daraus zu lernen, z.B. Dänemark, UK, New York?</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 8.460.546 (+140.160), davon 116.485 (+170) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 706,3/100.000 Einw.                  DIVI Intensivregister 2.447 (-124)                  Impfungen, s. Folie                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  HB, BE und HH stark angestiegen, in HB setzt sich der Anstieg nicht fort, jedoch Fallzahlen auf hohem Niveau                  Auch in anderen BL (BB, SH, HE, NW) Anstieg der 7-T-I                  Nun auch in ST, SN, TH steigende Inzidenzen                  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz Kreise: Fast 50 LK &gt;1.000, Berlin Mitte über 2000                  7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen: 10-19-jährige am stärksten betroffen mit sehr hohe Inzidenzen (viele LK &gt;1000), auch andere AG betroffen, bei &gt;70 und &gt;80 noch kein starker Anstieg                  Sterbefallzahlen: Todesfallzahlen sind rückläufig bzw. folgen noch nicht dem Anstieg, z.Zt. keine Übersterblichkeit zu beobachten, dies ist aber mit Vorsicht zu interpretieren                  Diskussion                  Infektionen im RKI gering und soweit bekannt alle importiert, das Hygienekonzept ist gut wenn auch belastend für die OEs, die dies stemmen                  HH z.B. läuft den anderen BL in der Omikron-Welle voraus, was kann von deren Daten vor allem für ältere AG gelernt werden?</p> <p>Auswertung der Übersterblichkeit aus Daten von Destatis und Meldewesen (Matthias an der Heiden), Folien <a href="#">hier</a>                  Darstellung des Verlaufs der Todesfallzahlen 2020-21 insgesamt und der Meldungen von COVID-19-Todesfällen, (2022 noch nicht dabei), im Hintergrund die Jahre 2016-19 Verläufe in 2020 und 21 sind teilweise parallel inkl. Anstiege, Todesfälle im Herbst 2021 höher als 2020, dies ist in den Meldedaten (unten) nicht so zu sehen                  Was steckt dahinter?                  Destatis hat AG-Informationen, Anzahl der Todesfälle bei 65-74-jährigen liegt stets über denen von 2020 sowie dem 2016-19 Median, auffällig auch im Vergleich zu anderen AG                  Wenn Bevölkerungsdaten hinzugezogen werden (Sterbefälle/100.000 Ew.), normalisiert sich dies wieder                  Wahrscheinlich Untererfassung im Meldewesen (mehr bei Destatis sichtbar), wobei die 2020 (grüne) Kurve besser zu erfasster Meldezahl passt als 2021 (rote) Kurve                  Im Schatten der Pandemie möglicherweise auch anders erklärbare Todesfälle, zurückzuführen auf Überlastung bzw.</p>	<p>FG32</p> <p>FG34</p>
--	---	-------------------------



	<p>Engpässe in anderen Bereichen?                  Diskussion                  Dies sollte zusammen mit Destatis analysiert werden                  RKI sollte sich sicher sein und dies gut beleuchten und leichter verständlich aufbereiten, bevor es öffentlich gemacht wird                  Möglicherweise haben auch Maßnahmen zu erhöhter Sterblichkeit geführt?                  Welches ist der Hinweis, dass es nicht COVID-19-Sterblichkeit ist?                  Der Verlauf entspricht sich, unklar, ob die Meldung der COVID-19 Todesfälle unvollständige ist, ob wir etwas verpassen, oder ob es (wegen COVID-19) eine Überlastung der Versorgung gab, aufgrund derer sie für andere Patienten auch schlechter geworden ist                  Es könnte direkt zusammenhängen oder kausale Folge sein, ist nicht auseinanderzuhalten, hängt mit COVID-19 zusammen                  Destatis hat auch eine Ursachenstatistik, aber Daten sind nur mit erheblichem Verzug verfügbar, aktuell sind sie bis Februar 2021 veröffentlicht</p> <p>Haushaltsstudie zur Generationszeit von Omikron (Matthias an der Heiden), Folien <a href="#">hier</a>                  Paper zu Varianteneigenschaften in Haushalten <a href="#">hier</a>                  Neue Analyse zu Omikron                  Für vorherige Varianten gab es Zeiten wo diese alleine präsent waren, bei Omikron ist dies noch nicht gegeben                  Datenauswertung der Verteilung der Anteile/Anzahl von Fällen in Haushalten mit Omikron                  Alle Symptombeginne im Haushalt sind hierfür notwendig, Mean (Mittel) des Symptombeginns neuer Generation berechnet                  Keine sehr großen Unterschiede aber stete Verkürzung der Generationszeit bei den bisher aufgetretenen Varianten (Wildtyp, Alpha, Delta, Omikron)                  Mittlere Generationszeit von Omikron liegt bei 3,86                  Diskussion                  UK hat serielles Intervall veröffentlicht, Mittel liegt für Omikron bei 3,7, Delta 4,9, ähnliche Ergebnisse                  Diese neue deutsche Auswertung könnte als Letter an E&amp;I Journal geschickt werden</p>	<p>FG34</p>
<p>2</p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Systematic Review of the Comparative Effectiveness of Contact Tracing Interventions (Francisco Pozo Martin), Folien <a href="#">hier</a>                  Ziel: Auswertung der Effektivität von KoNa Maßnahmen während der Pandemie                  Methoden: systematic review von empirischen und Modellierungsstudien bis Juli 2021                  Ausgewählte Ergebnisse  <i>11 empirische Studien</i>                  UK: Digitale KoNa hat viele Fälle verhindert (Sep-Dez 2020)                  UK: Beginn digitaler KoNa hat zu Inzidenzreduktion geführt                  Colombia: Rückgang Mortalität bei steigendem Anteil Fallerkennung durch KoNa</p>	<p>ZIG</p>



	<p><i>63 modelling Studien</i>                  Effektivität KoNa steigerbar durch                  Hohes Niveau an KoNa, Verringerung der Verzögerung, hohes Annahmenniveau der digitalen App, KoNa in Schulen, usw.                  Auswertung empirischer Studien                  Digitale KoNa effektiv wegen höherer Geschwindigkeit und Abdeckung                  Limitierter Impact KoNa wegen Überlastung, meiste Hochrisiko KP im Haushalt wo Isolierung nicht gut praktizierbar ist                  Limitation u.a.: 16% der inkludierten Studien Preprints, nicht peer-reviewed                  Conclusion slide: KoNa kann bei der Pandemiekontrolle effektiv sein, aber mehr Evidenz ist notwendig                  Diskussion                  Unterschied Effektivität von KoNa in Haushalten vs. nicht in Haushalten? Durch Modellierungsstudien auswertbar, eine Studie fand höheren Impact von KoNa außerhalb von Haushalten                  Digitales KoNa Tool aus UK ist nicht gut bekannt, unklar ob es mit deutscher CWA vergleichbar ist                  Vorsicht mit der Aussage, dass KoNa ineffektiv ist                  Studie suggeriert, dass KoNa beim reopening effektiver als in der frühen Phase ist, aber dies ist eher abhängig von den jeweiligen Inzidenzen als von der Phase                  Ziel der KoNa ist variabel, z.B. als Ziel zur Verminderung des R-Wertes nicht so effektiv, aber in Alten- und Pflegeheimen ggf. sehr effektiv zur Transmissionshemmung                  Eine Studie hat gezeigt, dass ein Anstieg der KoNa um 10% mit einer Verringerung der Sterblichkeit um 1-4% verbunden ist, sehr starkes Argument für KoNa, wobei der Zeitpunkt der Epidemie wichtig ist                  KoNa Effektivität hängt 1) von der Phase der Pandemie ab, 2) von den Ressourcen und der Professionalität derjenigen, die sie durchführen, 4) von dem Ziel, auf das man abzielt, 3) und von anderen Maßnahmen, die in dieser bestimmten Phase ergriffen werden</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Keine Änderung</p>	<p>Abt. 3</p>



<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>Arbeitet noch nicht sehr strukturiert (anders als das RKI), dies wird bereits von außen/der Presse wahrgenommen, möglich, dass zeitnah Kritik kommt                  Bisher keine Unterstützung durch eine Geschäftsstelle, nicht gut aufgesetzt, interessant aber noch nicht so zielführend/fokussiert                  Montagabend Treffen zur Geschäftsordnung                  7 Themen wurden definiert, z.B. Kinder, Kommunikation                  Akute Stellungnahme für die anstehende Ministerkonferenz kommenden Montag wird heute fertiggestellt                  Neue RKI Taskforce unterstützt Präs für Stellungnahmen, Esther-Maria Antao, VPräs, AL3, Tanja Jung-Sendzik                  Präs sieht besten Ansatz darin, grundsätzliche Dinge zu bearbeiten und nicht zu sehr ins Detail gehen</p>	<p>Präs</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Steuerungskreis Impfkommunikation                  Wurde ergänzt aus Bundespresseamt und BKA, deutlicher Einfluss und Änderung der Ausrichtung                  Soll nun weniger Allgemeinbevölkerung adressieren, primär Ansprache der Ungeimpften um Erstimpfung voranzutreiben, spezifischerer Zielgruppenansatz                  Geimpfte werden nicht vergessen aber kein Schwerpunkt                  Zielgruppe u.a.: Ostdeutschland, Personen geringerer Bildung, mit Migrationshintergrund, in Gesundheitsberufen, usw. auch über entsprechende Mittler, Gewerkschaften, Sport-, Glaubenseinrichtung, Fachgesellschaften und sonstige                  BZgA unterstützt Zielgruppenansatz, spezielle Kommunikationspakete für Testzentren sind in Arbeit                  Manches hiervon ist eine direkte Folge des Expertenbeirats, Kommunikation wurde hier vor zwei Wochen besprochen, Kanzleramtsminister Schmidt und BMG hören zu, was dort gesagt wird, kann umgehend in Aktivitäten transformiert werden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nichts zu berichten</p> <p><b>P1</b></p> <p>Tweets wöchentlich zu VOC Grafiken und Anteilen sowie zum RKI Wochenbericht retweetet, auch zur Surveillance-Begleitung</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Einschätzung Omikron Entwicklung</p>	<p>VPräs/alle</p>



	<p>Frankreich lockert Maßnahmen, Wissenschaft sagt, dies sollte erst nach zwei Wochen Fallzahlenrückgang bzw. 1 Woche Rückgang in KKH-Fällen initiiert werden</p> <p>Ministerpräsidenten treffen sich am Montag</p> <p>Gibt es eine zeitliche Perspektive, wann wir denken, mehr zu wissen um Empfehlungen zu geben?</p> <p>Wichtig zu sehen wie die Entwicklung ist, wenn &gt;60-jährige betroffen sind, aktuell ist Welle in dieser AG noch nicht angekommen, dann wird es ggf. im KKH und IST sichtbar, dann besser einschätzbar</p> <p>Beim 1. SARS-CoV war frühe Lockerung nicht gut</p> <p>Frankreich lockert beispielsweise bzgl. Diskos und Bars, junge Bevölkerung ist weniger compliant, Übertragung wird hier in der Hochsaison aufrechterhalten</p> <p>Modellierung kann nützlich zur Entscheidungsfindung sein</p> <p>Lieber vorsichtig und nicht früh lockern um nicht bald darauf wieder anziehen zu müssen</p> <p>In Europa beginnt auch die Influenzasaison, gleiche Maßnahmen sind wirksam, dies könnte bei Diskussion der Lockerung mit einbezogen werden, jedoch ggf. strategisch nicht sinnvoll zu kommunizieren</p> <p>Maßnahmen und Empfehlungen sowie deren Effekt sind langsam – BL die mit Omikron fortgeschritten sind können Informationen liefern</p> <p>Trends in verschiedenen AG in nördlichen BL wie HB, HH sollten bzgl. Inzidenz, KKH und IST-Aufnahmen altersstratifiziert ausgewertet werden, Fragestellung, was passiert bei älteren dort, wo die Welle vielleicht schon auf einem Plateau angelangt ist?</p> <p><i>ToDo: Abt. 3/FG32 untersuchen dies</i></p>	
--	--	--





8	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Entisolierung Beschäftigte Alten- und Pflegeheime und KKH (medizinisches Personal, inkl. ambulanter Bereich) MPK-Beschluss ist diesbezüglich nicht klar, macht keine Aussage dazu, was ist, wenn Freitestung nicht passiert Am 10. Tag auch ohne Freitestung Rückkehr zur Arbeit (unabhängig vom CT-Wert), oder muss am 10. Tag obligatorisch Abschluss-PCR stattfinden? Virusanzucht ist dann unwahrscheinlich aber nicht ausgeschlossen, vorher waren es 14 Tage, 10 Tage ohne Abschlusstest ist vielleicht zu gewagt? Obligatorische Freitestung am 10. Tag war ursprünglich RKI-Ansatz, kostet jedoch (knappe) Ressourcen Angegebene Isolierung für 10 Tage ist wissenschaftlich begründet, nach 10 Tagen ist idR Viruslast erreicht, die zusammen mit Maske und eintakten in routinemäßige Verfahren praktikable Sicherheitsmaßnahme darstellt Bei Knappheit von Personal Möglichkeit einer pragmatische Herangehensweise und Verkürzung nach 7 Tagen Bei eingeschränkter Laborkapazität ggf. auch Verwendung von Antigentest und Verzicht auf PCR-Test Omikron stellt kein grundsätzliches Problem dar, von Antigentests detektiert zu werden, Empfehlung der Materialabnahme naso- und oropharyngeal, Qualität des Abstrichs ist auch hier sehr wichtig Mit Aufnahme der Arbeitstätigkeit wird tagesaktuell der erste serielle Test mittels Ag-Test durchgeführt Im medizinischen Bereich soll eher strenger vorgegangen werden als in anderen KRITIS-Bereichen Für die Entisolierung im stationären Bereich wurde BMG PCR-Testung nach 10. Tag vorgelegt, könnte modifiziert werden so dass nach 10 Tagen auch Antigennachweis akzeptabel wäre FG37 schickt Ergebnis der Besprechung an BMG 614 Ziegelmann (vorher Abstimmung im kleinen Kreise), Dokumente sind aktuell nicht online aber bereit, werden jetzt noch modifiziert und mit ans BMG geschickt</p> <p><i>ToDo: FG37 ergänzt gestrige Email an BMG (Ziegelmann) diesbezüglich und passt Dokument in Arbeit an</i></p>	Alle
9	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Aktualisierte Empfehlungen der STIKO wurde veröffentlicht Einfachdosis J&amp;J ist nicht genügend, mRNA Impfung ist zusätzlich notwendig zur Grundimmunisierung Boosterempfehlung für Jugendliche, Intervall zwischen 2. und Boosterimpfung von 3-6 Monaten</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Novavax-Empfehlung in der Finalisierung Geht nächste Woche ins Stellungnahmeverfahren</p>	FG33



	<p>20.-21. Februar werden voraussichtlich erste Dosen verfügbar Politische Bestrebung ist, diese zunächst in medizinische Einrichtungen zu bringen, da hier die Impfpflicht in Aussicht ist und Beschäftigte ggf. Bedenken bzgl. mRNA-Impfstoff haben</p> <p><b>Weitere Themen</b></p> <p>Austausch mit Israel MoH zusammen mit BMG gestern Diskussion über 4. Impfung/2. Boosterimpfung Israel gibt seit dem 02.01.2022 &gt;60-jährigen, immundefizienten und Gesundheitspersonal 4. Impfung &gt;60% bei den älteren haben 4. Dosis erhalten 4-fach vs. 3-fach geimpfte zeigen niedrigere Inzidenz Weniger starker protektiver Effekt von 3. zur 4. als von 2. zur 3. Dosis, Studie in KKH hat Immunogenität nach 4. Dosis untersucht wurde, Antigentiteranstieg nach 4. war deutlich niedriger als nach 3. Dosis Vertraulicher Bericht, dass aktuell Zweifel bestehen, ob die 4. Dosis in die Allgemeinbevölkerung gebracht wird oder ob diese für bestimmte Gruppen vorbehalten wird Viele Presseanfragen wegen Genesenenstatus, auch betreffend Gesundheitspersonal, STIKO-App mit 500.000 Usern gutes Tool</p> <p>Diskussion 4. Impfung/2. Booster, gibt es Differenzierung bzgl. variantenspezifischem Impfstoff, z.B. Omikron- Impfstoff? Hat mehrfach Boostern gegen bestimmten Subtyp ggf. negative Auswirkung? Immunität wird nicht breiter, sondern eher (zu) fokussiert auf den Subtypen – dies ist die Sorge der STIKO Immunologen Noch gibt es keine daten zum auf Omikron adaptiertem Impfstoff, muss abgewartet werden</p>	
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b> (gerne korrigieren im abgelegten Dokument falls Fehler, bin nicht gut mitgekommen)</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 462 Proben, davon: 52 (13%) SARS-CoV-2 52 Rhinovirus 14 Parainfluenzavirus 13 Influenzavirus 58 saisonale (endemische) Coronaviren</p> <p><b>ZBS1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b> (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>



12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
13	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> Auswertungen zur Timeliness des Meldesystems (Emily Meyer), Folien <a href="#">hier</a> PAE-Projekt in FG32, Evaluation COVID-19 Meldesystem, Zeitnähe, Pandemiebeginn bis Ende der 3. Welle Methode: COVID-19-Fälle, die Referenzdefinition erfüllen und Labormeldungen sind, Plausibilität für Daten geprüft, Berechnung von Median und IQR Ergebnisse der Auswertung 3 verschiedener Zeiträume 1. Dauer Labormeldung und Übermittlungsdatum aus Meldesoftware durch GA Durchweg Median 1d bis Fälle übermittelt wurden, sehr zeitnah, auch bei höheren Fallzahlen während der Welle % der Fälle, die am selben Tag übermittelt wurden lag zwischen ~25% und stieg während 3. Welle auf 43% an 2. GA-Übermittlung und Import durch das RKI Median lag bei 2,5h Im Laufe der Pandemie und Wellen Verkürzung der Zeit Innerhalb von 12h werden 85% der Fälle von den GA über Landesstellen zum RKI übermittelt 3. Auftreten des Outcomes bis Übermittlung Größere Zeitverzögerung als die anderen zwei Zeiträume Tod mit Median von 2d schnellstes >Outcome in der Übermittlung Symptombeginn Median von 7d Hospitalisierung auch 7d Im Verlauf Anstieg der Informationen, die innerhalb von 5 Tagen übermittelt wurden trotz steigender Fallzahlen Fazit: Fallübermittlungen sehr zeitnah bis zum Ende der 3. Welle größere Zeitverzögerung Diskussion Wie schnell kann dies publiziert werden, sehr positives und eindrucksvolles Ergebnis? Eine Auswertung steht noch aus, Datensatz fehlt, kommt aber zeitnah Bitte Publikation gut und breit kommunizieren	FG32
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> Viele Fragen zu Genesenenstatus, Erklärungen in Vorbereitung Pressestelle prüft diesbezüglich (Vollständigkeit der?) Dokumente auf der Webseite	FG38
16	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle



<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 13:06**