



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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	06.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Linus Grabenhenrich
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny

! P4

- Susanne Gottwald
- Frank Schlosser



Lagezentrum des RKI

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

- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung.</li> <li>▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird.</li> <li>▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben.</li> <li>▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung.</li> </ul> </li> <li>○ In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.</li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW 52 ist die Testzahl deutlich niedriger als in KW 51, in KW 53 nochmal deutlich niedriger. Positivenquote ist auf 16% in KW 53 gestiegen.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger.</li> </ul> </li> <li>○ Kein nennenswerter Rückstau von Proben</li> </ul> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil &gt;16%.</li> <li>○ Anteil nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	--

	<p>Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am häufigsten werden &gt;=80 Jährige getestet.</li> <li>▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten.</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf &gt;20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin.</li> </ul> </li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thüringen &gt; 2 Tage von Abnahme bis zum Test</li> </ul> </li> <li>○ Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden.</li> <li>○ Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests.</li> <li>▪ Voxco-Abfrage hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen.</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmekapazitäten sind deutlich zurückgegangen, warum wurden trotz Krise so viele Arztpraxen über Weihnachten geschlossen? Funktionäre der kassenärztlichen Vereinigung scheinen die Krise nicht ernst genug zu nehmen.</li> <li>○ Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher.</li> <li>○ Wird von Hr. Hamouda und Hr. Bayer in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt.</li> <li>○ Unklarheiten zu staatlichen vs. privaten Bestellungen von Antigentests sollen ebenfalls in Runde beim BMG miteingebracht werden.</li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>MF4 (Fischer / Grabenhenrich)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle.</li> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl SARI-Fälle bei &gt;60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau.</li> <li>▪ Bei &gt;80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet.</li> <li>▪ Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch.</li> <li>▪ Altersverteilung: Jüngere sind deutlich seltener betroffen als in den Vorjahren, da weder Influenza noch RSV. Ist indirekter Effekt der allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung respiratorischer Erkrankungen.</li> </ul> </li> <li>○ Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern.</li> <li>▪ Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bundesländertabelle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung.</li> <li>▪ Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN.</li> <li>▪ Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv.</li> </ul> </li> <li>○ Regionale Kapazitätslage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei &gt;25%, in 3 BL bei &gt;30% (BE, BB, SN).</li> <li>▪ Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>BL unterschreiten diese Grenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zeitliche Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen.</li> <li>▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen.</li> <li>▪ Freie IV-Kapazitäten sinken.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosemodellierung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie)</li> <li>▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene</li> <li>▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster</li> <li>▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen</li> </ul> </li> <li>○ Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal.</li> </ul> </li> <li>○ Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers.</li> </ul> </li> <li>○ Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freigehalten werden sollten.</li> <li>○ Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebseinschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Rückmeldung aus Bevölkerung: Impfen in stationären Pflegeeinrichtungen scheint zu funktionieren, im ambulanten Bereich gibt es Probleme bei der Terminvergabe.</p> <p>! Rückmeldung von Kollegen aus Impfzentren: kein Mangel an Ärzten, zum Teil Bedarf an unterstützenden Materialien, in Einzelfällen wurden Impfdosen verworfen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Terminhinweise: am Samstag findet ein Town Hall Meeting für Ärzte und Apotheker mit Hr. Wieler, Hr. Spahn und dem PEI statt.</p> <p>! Am 14.01. findet eine RKI-Presskonferenz statt.</p> <p>! Wird die Möglichkeit genutzt 6 statt 5 Impfdosen pro Einheit zu verimpfen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach Kenntnis von Fr. Thaiss wird diese Möglichkeit zunehmend genutzt.</li> <li>○ Keine Informationen dazu im Impfmonitoring.</li> </ul> <p>! Sehr unterschiedlich, wie mit verfügbaren Impfdosen umgegangen wird: Zum Teil werden Impfdosen für die 2. Impfungen vorgehalten, zum Teil wird alles verimpft und für die 2. Impfungen auf neue Lieferungen gewartet.</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Beschlüsse vom 5.1. und Auswirkungen auf RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei molekularer Surveillance ist RKI konkret angesprochen.</li> <li>○ Konzept, wie integrierte molekulare Surveillance im</li> </ul>	<p>Alle</p>

	<p>Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorbereitungen bei MF1 laufen. Sequenzierung am RKI wird von 100 auf 200 pro Woche verdoppelt werden. Dafür soll eine Stichprobe an Laboren 5 Proben pro Woche ans RKI zur Sequenzierung schicken.</li> <li>○ Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten.</li> <li>○ Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken.</li> <li>○ Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren.</li> <li>○ Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen.</li> <li>○ Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügungstellung.</li> <li>○ Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von S. Kröger zirkuliert werden.</li> <li>○ Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen.</li> <li>○ Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo.</li> </ul> <p><i>ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF S. Kröger, FG17</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll.</li> <li>○ Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht.</li> <li>○ Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote.</li> <li>○ Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft noch weitere Varianten dazu kommen werden. Nur mit einer Gesamtgenomanalyse können die Varianten entdeckt werden. Eine Zunahme von Varianten durch Impfung ist zu</li> </ul>	
--	--	--



	<p>erwarten.</p> <p><i>ToDo: Lagezentrum soll Beschlüsse vom 5.1. Punkt für Punkt durchgehen und überlegen, ob Konsequenzen für RKI entstehen. Falls ja, am Freitag Besprechung im Krisenstab.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen.</li> <li>○ Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden.</li> <li>○ Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. W. Haas macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt.</li> <li>○ WHO hat eine Gruppe gebildet, die sich mit der Benennung der neuen Varianten befasst. Bis zur Entscheidung auf internationaler Ebene soll die B-Nomenklatur verwendet werden.</li> <li>○ Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage.</li> </ul> <p>! Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich.</li> <li>○ Wenn die Daten zum AstraZeneca Impfstoff verfügbar sind und keine Virusreduktion im relevanten Maß erreicht wird, muss nochmal überlegt werden, ob noch eine Aussage für alle Geimpften gemacht werden kann.</li> <li>○ Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt.</li> <li>○ Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Nach Abstimmung Vorlage BMG zur Kenntnis. Falls keine Rückmeldung: Veröffentlichung am nächsten Tag, Veröffentlichung noch diese Woche.</i></p>	FG36 (Haas)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2.</li> <li>○ Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von</li> </ul>	FG17 (Dürrwald)

	<p>Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Intensivmedizinern in großen Städten ist aufgefallen, dass der Anteil der Personen auf IST mit Islamhintergrund relativ hoch ist. Teilweise &gt;50%, was am kulturell anders gelebten Krankenbesuch liegen könnte. Soll das gegenüber dem BMG thematisiert werden, wer könnte der richtige Vermittler sein?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag von BZGA: Integrationsbeauftragte</li> </ul> <p><i>ToDo: Erste Kontaktaufnahme mit BMG mündlich, falls gewünscht, gemeinsame Kontaktierung der Integrationsbeauftragten</i></p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen von FG14 wurden eingearbeitet, am Ende wurde ein Absatz zu bereits geimpftem Personal eingefügt. Hier kann ab 14 Tagen nach der 2. Impfung von einer ausreichenden Immunität ausgegangen werden.</li> <li>○ Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekularagnostisch oder PCR verwendet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung</i></p> <p>! Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage aus der AGI TK: Antigenscreening von med. Personal oder Berufspendlern ist kostenintensiv und aufwändig, können Genesene und Geimpfte freigestellt werden? Bitte um wissenschaftliche Einschätzung.</li> <li>○ Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden.</li> <li>○ Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden.</li> <li>○ Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. Hr. Eckmanns wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen.</li> <li>○ Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden.</li> </ul> <p>! Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden.</li> <li>○ Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG37</p>



	und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	(Eckmanns)
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage aus BMG: Warum wird von europäischer Falldefinitionen abgewichen? Ist fachlich begründet.</li> <li>○ Sollen Antigentests übermittelt werden?</li> <li>○ Über Voxco-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer?</li> <li>○ Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt.</li> <li>○ Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüberwachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware.</li> <li>○ Noch gibt es keine Empfehlung für SurvNet vom BMG. BMG verweist auf mangelnden IT-Standard. Bis dieser nicht erreicht wird, ist keine Unterstützung von politischer Seite zu erwarten. Ist fachlich in keiner Weise begründet.</li> <li>○ SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden.</li> </ul> <p>ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: O. Wichmann)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	