



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

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 28.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Sebastian Haller
○ Lothar H. Wieler	! FG38
○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth
! Abt. 1	○ Claudia Siffczyk
○ Martin Mielke	○ Maria an der Heiden
! Abt. 3	○ Ariane Halm (Protokoll)
○ Tanja Jung-Sendzik	! IBBS
! FG14	○ Bettina Ruehe
○ Melanie Brunke	! ZBS1
! FG17	○ Janine Michel
○ Djin-Ye Oh	! MF4
! FG32	○ Martina Fischer
○ Michaela Diercke	! P1
! FG33	○ Esther-Maria Antão
○ Ole Wichmann	! Presse
○ Stefan Scholz	○ Ronja Wenchel
○ Maria Waize	! ZIG
! FG34	○ Johanna Hanefeld
○ Viviane Bremer	○ Iris Hunger
! FG36	! ZIG1
○ Walter Haas	○ Luisa Denkel
○ Silke Buda	
○ Kai Schulze	
○ Stefan Kröger	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:                      Datenstand: WHO, 27.05.2021                      Fälle: 168 Mio. Fälle                      Todesfälle: fast 3,5 Mio.                      Weltweit abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche                      Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                      In vielen Ländern inkl. Indien, Iran, Türkei, russische Föderation, Frankreich Nepal abnehmender Trend                      Trend ansteigend in Argentinien, Brasilien und Kolumbien                      In Kolumbien und Argentinien P1 Variante stark vertreten                      Karte mit 7-Tage-Inzidenz:                      Einfärbung insgesamt weniger dunkel als in Vorwochen                      13 Länder mit 7-T-I &gt;200/100.000, u.a. Malediven, Bahrain, Seychellen, Uruguay, Argentinien; 36 Länder mit 7-T-I &gt;100 und 72 Länder &gt; 50/100.000                      Epikurve WHO Sitrep: Datenstand 26.05.2021                      Anteil Fälle und Todesfälle vom afrikanischen Kontinent klein aber ansteigend, auch im Vergleich zu Vorwochen                      WHO AFRO weist auf Fallanstieg und auf Impfstoffbedarf hin, bisher wurde nur wenig Impfstoff geliefert                      In Asien, Europa, Ozeanien abnehmender Trend                      Trend in Amerika stagnierend, Abnahme in USA, Zunahme und hohe Fallzahlen in Südamerika                      Situation GB                      Letzten Freitag wegen B.1.617.2 als Virusvariantengebiet ausgewiesen                      Fallanstieg (knapp 70%) für gesamtes Land zu sehen, 17.700 neue Fälle gemeldet                      Hohe Durchimpfungsrate (1. Dosis &gt;70%, Vollimpfung 46%)                      Gestern 13. Technical Briefing von PHE zu Varianten                      In jüngsten sequenzierten Fällen 58% B.1.617.2                      Orte mit höchster 7-T-I auch größter Anteil dieser Variante                      Hotspots North West und Bolton                      Neues PHE Risk Assessment zu VOC B.1.617.2                      Übertragbarkeit weiterhin rot/höher als bei B.1.1.7                      Impfung nun auch rot: Evidenz bzgl. reduzierter Impfstoff-Wirksamkeit insbesondere nach 1. Impfstoffdosis, nach zweifacher Impfung nur wenig Reduktion beobachtet                      Hohe Anzahl Neuinfektionen in Ländern mit hohen Impfquoten                      Bahrain                      Impfquote: &gt;50% 1. Dosis, 40% 2. Dosis                      Dennoch starker Fallzahlanstieg                      Mögliche Erklärung durch verschiedene Faktoren:                      Lockerungen ab Anfang Mai, Fastenbrechen Mitte Mai,                      Hinweise auf Nutzung von Sinofarm Impfstoff mit ggf.</p>	ZIG1



	<p>reduzierter Wirksamkeit  Booster 6 Monate nach 2. Impfung geplant  Jetzt auch Lockdown  Kaum Sequenzierung, keine Evidenz zu Varianten  Seychellen  Impfrate 1. Dosis 71%, 2. Dosis 63%  1/3 der Neuinfektionen bei vollständig Geimpften  Vor allem Sinofarm Impfstoff genutzt  Wenig/keine Information zu Virusvarianten  Beide Länder haben kleine Bevölkerung und viele (50% oder mehr) Saison/Gastarbeiter/Touristen, Impfproportion beruht vl. nur auf Staatsbürgern? Ggf. gibt es Ausbrüche in nichtgeimpften Gruppen? Muss untersucht werden  Zweitimpfung war nach 3 Wochen, vl. reduzierte Effektivität?  Wie wird mit der Impfung von Genesenen umgegangen? Ggf. wäre eine zusätzliche Impfung sinnvoll um höheren Schutz bei Genesenen zu gewährleisten  Sinofarm ist nicht so gut wie mRNA Impfstoffe, nach WHO-Daten liegt Effektivität bei 70%, keine Daten zur Wirksamkeit bei &gt;60-jährigen, mehr Information zu den Betroffenen wäre zur Einschätzung notwendig  Diskussion  Anstieg B.1.617.2 in GB ist besorgniserregend  Evidenz für Escape (UK technical note): Transmissibilität durch Impfung nicht so stark eingeschränkt; bei vollständig Geimpften nur kleine Minderung der Effektivität, nach einfacher Impfung größere Reduktion des Impfschutzes  Neue Varianten und Impfintervall/Impfdurchbrüche  2. Impfdosis ist notwendig da 1. Dosis nicht effektiv genug  Größeres Intervall! mehrimmune Response, aber wenn nach 1. Dosis Schutz niedrig ist, sollte Intervall auch nicht zu groß sein  Intervall-Erweiterung bei mRNA-Impfstoffen wird gerade in WHO diskutiert  Impfdurchbrüche sind noch nicht zu bewerten, Genesene  WHO empfiehlt wegen neuer Varianten zwei Impfdosen  Hierzu gibt es noch nicht viel Evidenz und es laufen verschiedene Studien  UK impft Genesene zweimal  Umgang mit neuer Variante B.1.617.2 in Deutschland  RKI empfiehlt besonderen Umgang mit Ziel Containment, mehr KoNa, Testung aller Kontakte, usw.  Auch aus ÖGD Forderung nach strengem Vorgehen bei B.1.617.2 Nachweis, z.B. PCR-Test nach Quarantäne-Beendigung  Bei Reiseanamnese soll variantenspezifische PCR gemacht werden, große Labore machen dies bereits, aber Verzug in Diagnostik und Informationsvermittlung  Erkennung: B.1.617.2 hat in UK nicht die Deletion, in DEU 90% der SARS-CoV-2-Proben mit Deletion, bei positivem herkömmlichen Test, ist B.1.617 Verdacht groß  AL1 bringt dies in die AG Diagnostik  Wunsch der IGV-Flughafengruppe: PCR-Testung von Kontaktpersonen, sollte in die Einreise-VO aufgenommen</p>	
--	---	--



	<p>werden, PCR-Testung verpflichtend oder mindestens optional nach Einreise aus Virusvariantengebieten Vorschlag wird entwickelt und erneut mit Begründung ans BMG geschickt</p> <p><i>ToDo: FG38 (Maria an der Heiden) bereitet Vorschlag zur Erweiterung der Einreise-VO bzgl. Umgang mit neuen Varianten</i></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.669.870 (+7.380), davon 88.187 (+192) Todesfälle, 90% B.1.1.7 Variante 7-Tage-Inzidenz: 40/100.000 Einw. IST-Beanspruchung ist rückgängig Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 34.305.216 (41,2%), mit vollständiger Impfung 13.053.626 (15,7%) Indikatorbericht Inzidenz auch rückläufig bei älteren und jungen Personen Rückgang des Positivanteils getesteter Proben Keine Kreise mehr mit so hohen Inzidenzen, Anzahl LK im grünen Bereich deutlich zunehmend Todesfälle rückläufig aber teilweise weiterhin hohe Todesfallzahlen Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: In allen BL rückläufiger Trend Niedrigste Inzidenz in MV, 3 BL mit &lt;25 MV, SH, HH TH und BW auch &lt;100 In keinem BL Signal für Anstieg zu sehen Im Norden mehr LK mit sehr niedrigen Inzidenzen 6 LK mit &gt;100/100.000, &gt;200 LK &lt;50 Mortalitätssurveillance: noch stets leichte Übersterblichkeit bis KW19 im Vergleich zu Vorjahren, aber Tendenz rückläufig Diskussion: wie ist aktueller schneller Rückgang zu erklären? Kann nicht spezifisch zugeordnet werden, Zusammenspiel von Bundesnotbremse: hat der Bevölkerung eine einheitliche Vorgehensweise gezeigt Saisonalen Einfluss: Fallzahlenanstieg Südhalbkugel, wo Herbst beginnt (Saisonalität), in Literatur sind unterschiedliche Angaben zu Saisonalitätseffekt auf R-Wert findbar (10-60%) Breit verfügbare Testungen Im April &gt;40 Mio. Tests abgerechnet Anzahl abgerechneter Tests möglicherweise massiv höher als Anzahl der durchgeführten Nach Cosmo-Studie würden sich &gt;80% nach positivem Test isolieren Ggf. waren Personen mit besonders hohem Infektionsrisiko bereits alle/zu einem hohen Anteil infiziert und sind nun immun Impfung kann es nicht alleine erklären, Modellen zufolge ist deutlicher Impact der Impfungen noch nicht realistisch, jedoch nun Schutz insbesondere von Gruppen bei denen es vorher hohe Inzidenzen gab</p>	FG32
--	--	------



	<p>Aus UK, wo kontinuierliches Monitoring stattfindet, gibt es Hinweise auf deutliche Kontaktreduktion vor Impfterminen um Exposition zu vermeiden, ggf. ähnliches Verhalten hier (bei täglich 1 Mio. Impfungen potentiell hohe Personenzahl)                  Maßnahmen werden noch gebraucht                  Andere Coronaviren sind angestiegen, wichtig, dies im Auge zu behalten und Erklärungen zu erörtern</p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>                  Wurde Mittwoch angepasst, nun noch Rückstufung von „sehr hoch“ auf „hoch“?                  War geplant, wenn 7-T-I unter 50 ist (nun der Fall)                  Kriterien (Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, Todesfälle) sind aktuell alle rückläufig                  Besser jetzt anpassen um bei möglichem erneuten Anstieg wieder eskalieren zu können                  Soll zeitgleich mit Veröffentlichung der ControlCOVID-Modellierung (s.u. Strategie) angepasst werden um beides synchron zu kommunizieren  <i>ToDo: Änderung der Einschätzung der Lage am Montag</i></p>	Präs/alle
5	<p><b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>                  (nicht berichtet)  <b>Presse</b>                  Anfragen bzgl. Empfehlungen zur Testung von Kindern                  AGI hat auch starken Bedarf hiervon geäußert                  FAQ ist durch AG Diagnostik in Arbeit (zu 95% fertig), spätestens nächsten Dienstag fertig                  Antikörper genügen nicht zur Ausweisung des Genesenenstatus, gibt es hierzu FAQ? Ja, Ute Rexroth schickt dies an Presse, FG33 haben außerdem FAQ zu "wer gilt als geschützt?" die gerade nochmals aktualisiert wird  <b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	Presse
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>Allgemein</b>  <i>Stufenplan ControlCOVID</i>                  Dokument <a href="#">hier</a>                  Kontext                  Stufenplan wurde veröffentlicht                  BMG Anfrage zu den Wechselwirkungen zwischen Aufhebung</p>	FG36 Alle



	<p>NPI und Impfkampagne Keine Änderung des Stufenplans, lediglich Einfügen des Parameters geimpfte Personen (niedrig bis hoch) Verweis auf ursprüngliches ControlCOVID-Dokument Methodik: viele Faktoren berücksichtigt und Annahmen, verschiedene Intensitätsstufen basierend auf IST-Fällen Ergebnisse: Modellierung der IST-Auslastung aufgrund der Datenlage konstant abnehmend, kleiner Anstieg kurz nach Übergang von dritter in zweite Stufe (viele Maßnahmen noch gültig), von zweiter zur ersten, ähnlicher Verlauf der 7-Tage-Inzidenz und Todesfälle, Indikatoren werden gemeinsam interpretiert Diskussion Konfidenzintervall Wird künstlich durch Parameter erstellt und verdeutlicht die Unsicherheit Ist zu vergangenem Zeitpunkt (für den Daten verfügbar sind) größer und aktuell/für die Zukunft kleiner Intervall wird herausgenommen Öffnungsstufen sind sehr vorsichtig gewählt und orientieren sich an IST-Belegung Dokument verdeutlicht Vielschichtig und dass Öffnung langsam und über Wochen abgestimmt mit Impfungen verlaufen sollte Verdeutlichung, dass Modellierung nur eintreten kann, wenn Bevölkerung sich an die Maßnahmen hält, Nachlässigkeit nimmt schnell überhand RKI darf nicht zu vorsichtig/restriktiv sein um nicht Akzeptanz und Hörerschaft zu verlieren Pfeil zu Maßnahmen sollte in beide Richtung (Schließung und Öffnung) gehen Grafiken werden nach Veröffentlichung oft einzeln genutzt, bitte bei jeder Grafik Legende mit Voraussetzungen einfügen, damit diese nicht aus dem Kontext gerissen werden können Beenden der Modellierung am 01.09.2021 (nicht 01.10), wenn Impfungen vollständig sind, sonst wird signalisiert danach ist und bleibt alles gut Einmal-Veröffentlichung oder Aktualisierung fortlaufend? Regelmäßiger Realitätsabgleich wäre sinnvoll Modellierung wird wöchentlich nach verschiedenen Parametern überarbeitet, kann je nach Evidenzlage aktualisiert werden Alle 2 Wochen soll Änderungsbedarf routinemäßig untersucht werden, keine Aktualisierung ohne Anlass Wie veröffentlichen Pressestelle: Tweet und Presseinfo an Presseverteiler Montagnachmittag Nächste Woche ggf. Mittwoch BPK Dokument wird finalisiert Präs schickt es auch an Holtherm</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p><i>Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response</i></p>	
--	--	--



	<p>(IPPPR) Report Folien <a href="#">hier</a> Panel wurde im Juni 2020 durch WHO DG Tedros etabliert, Evaluierung der WHO-koordinierten internationalen Response auf COVID-19 Auftrag: evidenzbasierte Empfehlungen für die Zukunft Bericht im Mai 2021 veröffentlicht, 13 Mitglieder, auch breitere Auswirkungen der Pandemie im wirtschaftlichen und sozialen Feld wurden untersucht Main findings Lehren aus der Vergangenheit wurden nicht/nur in Ausnahmefällen gelernt und nicht genug geübt Internationale Verfahren zur Alarmierung und Warnung sind zu langsam, auch nach PHEIC-Deklaration gab es noch viel „wait and see“, hat zur Verzögerung der Response geführt WHO hat nicht genügend Geld und Mandat Nicht genug politische Aufmerksamkeit für Gesundheitsfragen, Empfehlung eines speziellen Councils hierzu der regelmäßig tagt Ungleichheiten wurden stark verdeutlicht, insbesondere größerer Schaden für Frauen, marginalisierte Gruppen, Kinder und Jugendliche, vorerkrankte Positive Aspekte HCW sehr gut, benötigen mehr Unterstützung/Schutz Erfolgreiche Staaten waren durch vorhergegangene Ausbrüche trainiert (SARS, Ebola) oder hatten ausgefeilte Reaktionspläne die gut angepasst werden konnten Auch reiche Länder standen teilweise schlecht da, bzw. ärmere Länder haben es gut gehandhabt Impfstoffentwicklung geschah so schnell wie nie, gute wissenschaftliche Kollaboration Empfehlungen u.a. Systematische Anwendung von NPI Gerechte Impfstoffverteilung, auf Intellectual Property Rights verzichten, Produktion beschleunigen (Finanzbereitstellung durch G7) Längerfristig: Entwicklung eines international rechtlich bindenden Vertrags (Treaty) analog Tobacco Framework Convention zur Pandemiebekämpfung Neues internationales Warnsystem welches nicht von Mitgliedsstaateneinverständnis abhängt Stärkung der WHO rechtlich und finanziell Finanzierungstopf und Vorbereitung medizinischer Produktentwicklung und -versorgung Viele Länder unterstützen Plattformentwicklung, wurde auch im IHR Review Committee (durch Präs geleitet) diskutiert Update von ZIGL Es soll eine Sonder-WHA zu diesem Treaty geben, der von BMG und Deutschland unterstützt wird Wurde letzte Woche zum Thema Impfung angesprochen (Tim Eckmanns), ZIG-L bespricht Impfstoffspenden noch mit BMG Minister Spahn trifft aktuell Präsident Macron in Südafrika Deutschland hat Patentwaiver nicht unterstützt, wird sich aber möglicherweise für lokale Produktion aussprechen,</p>	ZIG
--	---	-----





	abzuwarten wie BMG sich zur Impfstofffrage positioniert	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>8</b>	<p>Kinderimpfung Zulassung wird von EMA heute erwartet GMK hat sich gestern getroffen und vorsichtig geäußert STIKO Vorsitzender bittet, Impfung von Jugendlichen nicht an Präsenzunterricht zu binden Montag AG Treffen, dann abschließend nächste Woche Freitag oder Woche darauf Stellungnahmeverfahren STIKO ist eher nur für Impfung von Risikokindern Auf Bevölkerungsebene würde Impfung von 12-16-jährigen wenig Effekt haben, deswegen sollen zunächst junge, mobile Erwachsene weiter priorisiert werden In USA wurden 2,4 Mio. Kinder geimpft, noch keine Daten zur Sicherheit verfügbar, es muss noch abgewartet werden um Erfahrungen kennenzulernen Genesung, Impfung und wann Schutz besteht Serologischer Befund ungenügend für Genesenenstatus, PCR ist notwendig Reicht wenn sofortige Impfung eine Dosis? Muss noch in STIKO diskutiert werden, ggf. noch Absprache mit AG Diagnostik bezüglich Testqualität Auslösen der Erwartungshaltung, dass vollständige Impfung mit einer Dosis erzielt wird, sollte erst beobachtet werden Bei Antikörpernachweis ist unbekannt, wie lange Infektion zurückliegt PEI ist hierzu wichtiger Ansprechpartner, da dies auch im Rahmen der Pharmakovigilanz getestet wird Schutzstatus, wenn Genesen und dann Impfung, sofort gültig oder erst 14 Tage nach Impfung? Logischer sofort und nicht erst 2 Wochen später! wird in FAQ aufgenommen Sorge über Impfung von Personen mit hohem Titer, kommt es zu starken Nebenwirkungen? In Zulassungsstudien wurde Impfung von Personen mit PCR- und Seronachweis untersucht, es laufen noch Analysen, eventuell etwas mehr Reaktogenität, aber keine schweren/gefährlichen Nebenwirkungen, deswegen wird Untersuchung des Serostatus vor Impfung nicht empfohlen Werden Personen mit Impfung, die 14 Tage später infiziert sind, auch als immun erklärt? Ja, für 6 Monate, siehe FAQ (Ute Rexroth schickt dies an den Krisenstab) Wird Boosterimpfung für alle geplant im Herbst? Solange keine Evidenz besteht wird es keine Empfehlung hierzu geben, Impfdurchbrüche sind abzuwarten Impfstoffkontingent &amp; Austauschbarkeit noch nicht ganz klar Aktuell erkranken vor allem Ungeimpfte bzw. nicht vollständig Geimpfte, Studien zeigen kein Indiz für waning immunity Von einzelnen Ausbrüchen in Pflegeheimen kann nicht geschlossen werden, wenig Daten zu &gt;80-jährigen Wirkung der Impfstoffe auf schwere Erkrankung sind generell</p>	FG33



	<p>gut und anhaltend</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Nach Impfung mit mRNA-Impfstoff keine Blutspenden? Ist ein Thema für AK Blutstellen</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 391 Proben, davon:                      16 SARS-CoV-2 4%, rückläufig                      63 Rhinoviren                      98 saisonale (endemische) Coronaviren                      22 Parainfluenzavirus                      2 RSV</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW bisher 244 Proben, davon 72 positiv auf SARS-CoV-2 (30%), alle B.1.1.7                      Neue Studie mit Charité in Vorbereitung zur Analyse von 3x2000 Proben, jeweils 2000 an einem Tag</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Aktivitäten mit externen Klinikern                      Infektiologie Beratungsnetzwerk                      15-16 Zentren                      Angebot wird intensiv genutzt, vor allem von Kollegen aus dem stationären Bereich                      Publizierter EpiBull Artikel <a href="#">hierzu</a>                      Anteilnahme aus ÖGD noch sehr gering, könnte für diesen noch bekannter gemacht werden (z.B. über EpiLag), um Unterstützung bei komplexen Einzelbeurteilungen auch zu Entisolierung und Entlassungsmanagement                      Webseminare jetzt 2. Runde, Fokus nach aktueller Lage geschiftet, jetzt wurden auch Impfungen mit aufgenommen                      Rechercheprozess zu Therapeutika                      Anpassungen in Absprache mit Klinikern                      Nun Medikamente die Phase 2 und 3 erreicht haben                      Absprache mit PEI und BfArM                      Bei Nachfragen gerne bei IBBS melden</p>	<p>IBBS</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG32</p>
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>IGV-Flughafengruppe: Sorge vor englischer Variante und Wunsch nach PCR am Ende der Quarantäne bei Einreisenden (s. oben)                      Amtshilfeersuchen                      Ministerium SH, durch Landesstelle informiert</p>	<p>FG38</p>



	<p>Ausbruch in Altenpflegeheim                  Viele Bewohnende zweifach geimpft                  Erkrankungen und 1 Todesfall (ungeimpft), auch ungeimpfte MA                  Inzwischen 25 Erkrankte: 7/43 MA, 55 Bewohnende                  CT-Werte sind ungewöhnlich                  Hohe Fluktuation in den Heimen, ggf. jetzt auch Bewohnende und MA, die keine Impfung haben                  Amtsärztin hätte gerne RKI-Unterstützung: offizielles Amtshilfeersuchen wurde mündlich mitgeteilt, diesem kann eventuell nicht nachgekommen werden                  GA Kassel hat von einem Ausbruch der neuen Variante in familiärem Setting berichtet, Verläufe sind relativ mild, 5-6 Personen betroffen</p>	
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>LZ-Schichtplan kann für manche Positionen schon länger nicht mehr gut besetzt werden                  Abt. 3 entwickelt aktuell Vorschläge um gewisse Funktionen herunterzufahren                  Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit muss vor anderen Aktivitäten (z.B. Amtshilfeersuchen) priorisiert werden</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Keine</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Ab nächster Woche 2 Krisenstabssitzungen/Woche, Mi und Fr                  Nächste Sitzung: <b>Mittwoch, 02.06.2021, 11:00 Uhr</b>, via Webex</p>	

**Ende: 13:12**