

Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass: COVID-19

Datum: Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr

Sitzungsort: Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:		!	FG37		
!	Institu	tsleitung		0	Tim Eckmanns
	0	Lothar Wieler	!	FG38	
!	Abt. 1			0	Ute Rexroth
	0	Martin Mielke	!	IBBS	
!	Abt. 2			0	Bettina Ruehe
	0	Thomas Ziese		0	Michaela Niebank
!	Abt. 3		!	MF4	
	0	Osamah Hamouda		0	Martina Fischer
	0	Tanja Jung-Sendzik	!	P1	
	0	Nadine Litzba (Protokoll)		0	Esther-Maria Antao
!	FG14		!	Presse	
	0	Melanie Brunke		0	Susanne Glasmacher
!	FG17				
	0	Ralf Dürrwald		0	Marieke Degen
!	FG25			0	Moud Honnoguin
	0	Christa Scheidt-Nave		0	Maud Hennequin
!	FG32		!	ZIG	
	0	Michaela Diercke		0	Johanna Hanefeld
!	FG33		!	ZIG1	
	0	Thomas Harder		0	Eugenia Romo Ventura
!	FG34		!	BZgA	
	0	Viviane Bremer		0	Heide Ebrahimzadeh-
!	FG36				Wetter
	0	Walter Haas	!	BMG	
	0	Silke Buda		0	Christophe Bayer
	0	Stefan Kröger			
	0	Kirstin Tolksdorf			

Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Kı

TO	Beitrag/ Thema	einge von	bracht
P 1	Aktuelle I age	VOII	
•	Aktuelle Lage		
	International (nur freitags)		
	o nicht besprochen		
	National		
	Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folie: SurvNet übermittelt: SurvNet übern	mittelt: 3.624.095	cke)
	(+11.040), davon 86.665 (+284) To		
	 7-Tage-Inzidenz: 72,8/100.000 Ein 7TI sinkt, mehr neu gemeld aber gering für Mittwoch. 		
	 Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Do mit vollständiger Impfung 9.548.02 		
	o Gemeldete SARS-CoV-2-Nachweise Fälle:		
	 Rückgang etwas steiler als a aber sein, dass noch aufgefü insgesamt eine leichte Verla zu geben. Könnte sich mit w weiter abflachen und zur Pl 	illt wird. Es scheint angsamung der Abnahme reiteren Öffnungen noch	
	 ○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bu ■ SN und TH haben weiterhin etwas ab, liegt inzwischen n 	ndesländer: die höchste 7TI. TH sinkt ahe an BW. In keinen BL	
	einer 7TI >100, 95 I	idenz nach LK: nur noch 76 Länder über LK unter 50, auch im Süden, n TH noch stark zu sehen,	
	o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fäll Ein Rückgang ist in allen Alte niedrigste 7TI in hohen Alte und jungen Erwachsene we so hoch wie die bundesweit	e nach Altersgruppe: tersgruppen sichtbar. Die ersgruppen. Bei Kindern iterhin hoch, fast doppelt	
	 Hospitalisierte COVID-19-Fälle/100 Altersgruppe: Daten haben zu Irritationen 	0.000 Einwohner nach 1 geführt, aber Anzahl aus	
	Meldesystem ist nicht mit d Intensivregister korrelierba Höhepunkt bei 60-79- und 3 MW 15-17 erreicht. Insgesa Welle stärker betroffen.	ır. 35-39-Jährigen wurde in	
	 Anzahl COVID-19-Todesfälle nach S Derzeit ca. 1000 Todesfälle Todesfälle geht zurück, korn Fallzahlen, v.a. in Älteren 	pro Woche – Anzahl der	
	o PCR-bestätigte COVID-19-Fälle mit	und ohne übermittelten	

Antigennachweis

- AG-Nachweise unvollständig übermittelt. Im Meldesystem wurde bei 7% der PCR-bestätigten Fälle ein zuvor durchgeführter AG-Nachweis mit übermittelt. Anteil relativ stabil seit MW 11.
- An das RKI übermittelt Antigennachweise mit (blau) und ohne (orange) PCR-Bestätigung
 - 70% der übermittelten AG-Nachweise werden per PCR bestätigt. Seit MW 10-19 zeigen sich ähnliche Werte, keine größeren Veränderungen. Bedeutet, dass ca. 1000 Fälle pro Woche nicht bestätigt werden.

AI.1

- Diskussion
 - Heatmap: Effekte der Impfung gut zu sehen. Daten zur Durchimpfungsrate AG der 60+ auf DIM
 - ggf. auch Herdenimmunität unter 60%? Britische Studie: Schutz von Personen in Altenheim und KH bei hoher Durchimpfung. Vorsichtig kommunizieren, da möglicherweise Effekt auf schwere Fälle, aber auf Ausbreitungsdynamik ggf. nicht so einen hohen Einfluss.

AL3

- Testkapazität und Testungen (Folien hier) (nur mittwochs)
- Wie erwartet durch den Feiertag und Brückentag in der letzten KW weniger Testungen. Positivenanteil weiter gesunken (8,3%). Seit einigen Wochen geht die Anzahl der Testungen, die positiv Getesteten und auch der Positivenanteil zurück. Die Anzahl der übermittelnden Labore bleibt konstant, Testkapazitäten gleichbleibend, Rückstau vernachlässigbar.
- o Besorgniserregende Varianten: über 90% Varianten, wobei B1.1.7 vorherrschend, andere Varianten insgesamt unter 1%
- POCT in Einrichtungen: Anzahl durchgeführte Tests in Einrichtungen geht deutlich zurück, auch im Verlauf der letzten Wochen. Anzahl der meldenden Einrichtungen geht jedoch auch zurück. Aussagekraft daher eingeschränkt, aber an der Befragung insgesamt nur ein kleiner Teil der in Frage kommenden Einrichtungen beteiligt. Anteil der Teilnehmenden der stationären Pflege hat stark abgenommen, ebenso wie die Anzahl der Tests. Unklar wieso (Impfungen?), wird erfragt.
- Interessant, dass unter den AG-Tests an GÄ ca. 75%, bei den Einrichtungen nur 54,8% per PCR als positiv bestätigt werden.

Diskussion:

- B1.617 wird in Zukunft ebenfalls aufgenommen.
- In Genomsequenzierung sieht man Rückgang von B1.1.7 um 4% für aktuelle KW, Plateau erreicht, sinkt ggf. unter Einfluss der anderen Varianten und sinkender Fallzahlen
- B.1.617 als Familie ca. 2%, 1,6% davon Subvariante 2
- Insgesamt ca. 300 Fälle seit KW 9 für diese Variante, relativ geringe FZ
- Compliance der Testungen in Altenheimen, Rückgang der Zahlen deckt sich mit anekdotischen Infos. Möglicherweise könnten Poolteste, ähnlich den Lolli-

FG36 (Kröger)

AL1

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Kı



Testen in Schulen u.a. aufgrund des geringeren Aufwands die Compliance erhöhen. Kann in AG Diagnostik besprochen werden.

FG37 (Eckmanns)

ARS-Daten (Folien <u>hier</u>) (nur mittwochs)

- Insgesamt wurde, wie erwartet in der KW19 weniger getestet.
 Sogar weniger Testungen als in Osterwochen. Der Positivenanteil geht ebenfalls zurück
- Auch in den BL sind die Testung zurückgegangen (außer in den Ländern, die wenig testen, z.B. Bremen)
- Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen
 Organisationseinheiten:
 - In Arztpraxen wurde sehr wenig getestet, ebenfalls weniger als in den Osterwochen, Positivenanteil fällt aber weiter ab.
 - Auch in KH und Testzentren etwas weniger getestet.
 - Aber unabhängig von Anzahl der Testungen sinkt der Positivenanteil weiter.
- o Nach Altersgruppen:
 - In allen Altersgruppen geht Anzahl der Testungen runter, nicht altersspezifisch
 - Aber bei 0-4jährigen bleibt der Positivenanteil gleich, bei den anderen Altersgruppen sinkt er ab.
- o Altenheime und KH
 - Die Anzahl der Ausbrüche in Altenheimen liegt auf niedrigem Niveau, keine 3. Welle.
 - Derzeit ca. 50 neue Ausbrüche.
 - Anzahl der Ausbrüche in KH liegt höher.
- Analyse zum Vergleich der Ausbrüche >= 10 Fälle, über 3 Zeitabschnitte (KW40-53, KW1-7, KW8-15):
 - Vergleich aufgrund des Ausbruchs in Osnabrück
 - Im Vergleich geringere mediane Ausbruchsgröße in KW8-15
 - Anteil Hospitalisierung bleibt ähnlich, aber zurück geht der Anteil der Todesfälle
 - In vielen Ausbrüchen mehr Todesfälle als Hospitalisierungen, da die Menschen z.T. sehr schnell sterben oder nicht mehr ins KH wollen.
 - Ausbrüche ähnlich dem in Osnabrück gibt es, in SurvNet derzeit ca. 10 Ausbrüche mit ähnlichem Setting
 - Dies zeigt, dass weiter in Altenheimen getestet werden muss.
- o Diskussion:
 - Maximale Anzahl der Todesfälle in erstem Vergleichszeitraum sehr hoch (43 Fälle in einer Einrichtung)

FG36 (Buda)

Syndromische Surveillance (Folien $\underline{\text{hier}}$) ($nur\ mittwochs$)

- o Grippeweb:
 - Stabilisierung der ARE-Rate, keine Veränderung zur Vorwoche, sehr niedriges Niveau, ähnlich Vorjahr
- ARE-Rate hat sich bei 5-14-Jährigen erhöht, während sie bei

restlichen Altersgruppen gleich geblieben oder gesunken ist. Aber sie liegt insgesamt auf sehr niedrigem Niveau, so dass das auch durch wenige Fälle ausgelöst sein kann. Sollte weiter beobachtet werden.

- ARE-Konsultationen:
 - In allen Altersgruppen ist Konsultations-Inzidenz gesunken. Bundesweit nur noch 280.000 Arztbesuche, während es in der Vorwoche 466.000 waren. Erklärt auch weniger Testungen.
- o ICOSARI, SARI-Fälle:
 - Bei AG 0-4 und 5-14 stabile Zahlen
 - Bei über 15-Jährigen in allen AG deutliche Abnahme, bei den 80+ war bei Hospitalisierten keine 3. Welle zu sehen.
- o ICOSARI, COVID-SARI-Fallzahlen:
 - Deutlicher Rückgang der hospitalisierten COVID-Fälle in allen Altersgruppen, v.a. bei AG 60-79, aber auch bei AG 35-59. Bei AG 35-59 aber immer noch auf Niveau der 2. Welle
 - Bei Intensivpflichtigen ebenfalls Rückgang in AG 35-59, 60-79 und 80+, auch hier das Niveau der AG 35-59 noch auf dem der 2. Welle.
 - Medianes Alter bei allen hospitalisierten Fällen und Fällen mit Intensivbehandlung bei 61 Jahren
- o ICOSARI, Anteil COVID an SARI-Fällen
 - Anteil COVID an allen SARI Fällen ebenfalls zurückgegangen, für alle Hospitalisierten bei 55%
 - Bei denen in Intensivbehandlung bei 76%, weiterhin sehr hoch.

o Diskussion:

Wer wird weniger getestet? Gemischter Effekt – normalerweise verschiebt es sich zu Fällen mit schweren Symptomen (in offenen Praxen und Notaufnahmen), aber Abnahme scheint real, daher Beurteilung erschwert. Aber keine Anzeichen, dass Abnahme der Fallzahlen nur Folge von verminderter Testhäufigkeit ist.

MF4 (Fischer)

Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier) (nur mittwochs)

- Starker Rückgang, auch in allen Behandlungsgruppen, besonders bei "leichten" Behandlungsgruppen, aber inzwischen auch bei ECMO und invasiver Beatmung.
- In allen BL ist der Rückgang sichtbar. In einigen BL ist der Rückgang langsamer, so zeigen Bremen und SH stagnierendes Niveau. Diese BL haben aber kleine Belegungen.
- Ein besonders starker Rückgang ist in BB und TH zu sehen.
 Und auch BW zeigt inzwischen Rückgang
- Altersstruktur und Entwicklung der Altersgruppen: von 88% der gemeldeten COVID-Pat. liegen Altersangaben vor
 - 40-49jährige übersteigen inzwischen die 80+
 - Altersgruppenentwicklung der letzten 2 Wochen: Rückgang in allen Altersgruppen, außer bei 18-

FG37

(Eckmanns)

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Kı....



29jährigen und 40-49jährigen. Bei den Kindern war die Belegung stabil, stieg aber in den letzten 4 Tagen.

- o Belastung:
 - Belegung von nicht COVID-Pat. und COVID-Pat. dargestellt. Die Gesamtbelegung war zum Peak der 3.
 Welle ähnlich wie im Peak der 2. Welle, aber die Anzahl der schweren Fälle war sehr hoch.

 Der Personalmangel ist noch vorhanden, noch ist keine Kehrtwendung sichtbar.

FG36 (Haas), FG37 (Eckmanns)

- o Diskussion:
 - Viel mehr ECMO-behandelte Fälle, daher freie Kapazitäten niedriger. Wird klarer wenn Beatmungsformen einzeln dargestellt werden. Mehr schwere Fälle und daher weniger betreibbare Betten.
 - Die 50.000 € für Vorhaltung der Kapazitäten sind auch in die Kosten für Umstrukturierung (technische Geräte, Personal etc.) gegangen.

FG17 (Dürrwald)

Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien <u>hier</u>) (*nur mittwochs*)

- 81 Einsendungen in dieser Woche. Dies ist die seit Beginn des Jahres niedrigste Anzahl, erstmalig unter 100 Proben pro Woche.
- Es ist insgesamt ein deutlicher Rückgang sichtbar, wahrscheinlich da aktive Betreuung, Kontaktierung der Praxen ausgesetzt wurde.
- Eingesendet wurden Proben aus 31 Arztpraxen aus 11 AGI-Regionen
- Verteilung auf Altersgruppen: Seit der Öffnungen im März mehr Proben von Kindern
- Rhinoviren zeigen weiteren Rückgang, SARS-CoV-2-Nachweise zuletzt fast unverändert (4,94 %) und nur ein Nachweis von Parainfluenzaviren, ebenfalls rückläufig. Kein Nachweis von Influenza.
- o Altersverteilung Rhinoviren AG 0-4 und 16-34
- Endemische Coronaviren: NL63 zeigt weiter einen starken Anstieg, OC63 einen Rückgang, insgesamt ein ungewöhnlich hoher Anteil an saisonalen Coronaviren.

 Altersverteilung endemische Coronaviren: AG 5-15 und 0-4 am stärksten betroffen, aber auch Infektionen bei AG16-60

o Diskussion:

• Warum Anstieg bei NL63? Geringere
Basisimmunität bei NL63 könnte eine Rolle spielen,
durch den langen Zeitraum, in dem durch Maßnahmen
Infektionen unterdrückt wurden. Dies wird auch für
Influenza befürchtet. Aber auch Rückgang der
Einsendungen, ggf. Verzerrung, wenn einzelne Praxen
stärker betroffen. Bei NL63 bisher kein Rückgang
aufgrund saisonaler Faktoren zu sehen.

AL3

2	Internationales (nur freitags)	ZIG
	nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags)	
	nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung	ECSO
4	! Kleine Änderungen wurden eingebaut (Dokument hier): O Rückgang der 7TI und FZ: "leicht" geändert zu "deutlich zurückgegangen" O Bewertung des Geschehens als diffuses Geschehen: "immer noch" eingefügt. O Abnahme der Ausbrüche in Altenheimen und KH: Rolle der fortschreitenden Durchimpfung stärker formuliert O Bei Dynamik der Verbreitung von Varianten und bei Übertragbarkeit B1.617 ergänzt O Einschätzung der Gefährdung der Gesundheit: "weiterhin" zugefügt ! In internationalen Meetings hat Spanien vorläufige Studiendaten genannt wonach die Inkubationszeit von B1.617.2 länger sein und schon länger vor Symptombeginn ausgeschieden werden könnte. UK geht von einer bis zu 50% höheren Transmission als B1.1.7 aus. ! In AGI wurden Länder aufgefordert niederschwellig auch auf B1.617 zu testen. Länder warten jedoch auf Signal des RKIs, derzeit Empfehlung der Testung nur bei Reiserückkehrern aus Indien. ! Prioritär auf VOC zu untersuchende Situationen (z.B. Ausbrüche, hohe Attack Rate) sollen im Kontaktpersonenmanagement-Papier betont werden. Auch in der IMS cellte betaut werden dess hei unterwöhnlich steaken.	FG38 (Rexroth), alle
	der IMS sollte betont werden, dass bei ungewöhnlich starken Ausbruchsgeschehen/ hoher Attack Rate Proben eingesendet werden sollten. ! Kostenübernahme für Target-PCR ist über Verordnung geregelt ! Für die Frage der Verbreitung und des Anteils der Fälle sind die anlasslosen Untersuchungen auf VOC wichtig. ! Die Testung ist generell abhängig von den Indikationen. Das Thema wird am 20.05. auch in der AG Diagnostik thematisiert. Nach Diskussion mit BMG soll dazu eine Empfehlung auf die Internetseiten gestellt werden. ! Reiseanamnese Indien und UK sollte Indikation sein, ggf. auch ganz allgemein Reiseanamnese. Ausbruchssituation (hohe Attack Rate, weiterer Verdacht) und Haushaltsuntersuchungen bei einem B1.617 Fall. ! Nicht typisierbare Erreger in Ausbrüchen sollten sequenziert werden, um ggf. neue Varianten zu identifizieren. ToDo: ! Kontaktpersonenmanagement-Papier soll angepasst werden (W. Haas).	

Lagezentrum des RKI

		ROBERT KOCH IN:
Lagezentrun		
	! Dokumente zu IMS überprüfen und ggf. anpassen (S. Kröger). ! Empfehlungen/Indikationen zur Testung sollen erstellt bzw. angepasst werden (Hr. Mielke).	
5 0	Kommunikation	
0	BZgA	BZgA (Ebrahimzad
0	nicht berichtet	eh-Wetter)
0	Presse	Presse
0	nicht berichtet	(Wenchel)
0	Gespräch Saale-Orla-Kreis	FG38 (Rexroth)
	 Thürigen hat das RKI in gebeten mit dem Landrat und dem Amtsarzt des Saarle-Orla-Kreises in Kontakt zu treten. U. Rexroth und M. Jenny haben das Gespräch geführt. Die Landesebene hatte den Eindruck, dass der Landrat nicht hinter den Maßnahmen steht. Dies hat sich im Gespräch anders dargestellt. Der Kreis hat seit längerer Zeit eine 7TI über 500, hat ca. 80.000 EW, sehr ländlich, die größte Stadt hat 10.000 EW. Landrat ist seit 10 Jahren im Amt und auch der Amtsarzt ist gut etabliert. Aber die Bevölkerung hat keine Risikoperzeption, ist der Maßnahmen müde und zeigt Ablehnung der Maßnahmen (Testen, Kontaktreduktion etc.) Beispiel: 90% der Eltern schicken ihre Kinder in die Notbetreuung und die Mehrheit lehnen die Testung ab. Die Untererfassung ist sehr hoch, z.T. eine Positivenquote von 80%. Anteil der Todesfälle trotzdem bei 2,4%, wahrscheinlich Untererfassung. Kreiskrankenhäuser haben keine COVID-Stationen, daher auch keine betroffenen Pfleger/Ärzte. Auch öffentliche bekannte Todesfälle (Bürgermeister, ohne Vorerkrankungen) ändern Risikowahrnehmung nicht. Die Maßnahmen werden durchgesetzt, sehr viele Bußgeldbescheide. Heftige Reaktionen der Bevölkerung. Zuletzt Rückgang der Zahlen, wird durch das Wetter erklärt. Es soll versucht werden Leute aus der Community als Multiplikatoren zu gewinnen, ist aber schwer, da es eben solche Multiplikatoren gibt, die sich stark gegen die Maßnahmen einsetzen. Auch lokale Ärzte beteiligt. Diskussion: Dokumentation der Situation vor Ort wäre wichtig, Gespräch wird zusammengefasst und 	

Bericht gegenüber dem Seuchenreferenten von TH. Nicht öffentlich. Es wäre gut, wenn es jemand vor Ort aufarbeiten würde und wenn es Bemühungen der Aufarbeitung gibt, sollte das RKI das unterstützen. Prüfung, ob wir objektive Parameter erfassen, die hilfreich sein können. Ansonsten wäre eine Analyse mit sozialwissenschaftlichen Methoden möglich.

Präs

Bericht aus dem Gesundheitsausschuss

- Impfen: Ab 7.6. soll Priorisierung aufgehoben werden,
 Betriebsärzte sollen dann auch impfen. Jeder Betriebsarzt soll
 800 Dosen Impfstoff pro Woche bestellen können.
- Schwangere: Hr. Spahn hat sich hinter die STIKO-Empfehlung gestellt, Impfung in Einvernehmen mit dem Arzt/der Ärztin
- Impf-App: Verhandlungen innerhalb der EU über die zu übermittelnden Infos, bei Änderung muss immer auch Impf-App geändert werden
- BM Spahn zu Verkürzung des Impfabstands: Fehlende Zweitimpfung vor Reisen ggf. auch negativ, dann besser kürzerer Abstand.
- Frage, ob es Daten nach Zweitimpfung zu Sinusvenenthrombosen gibt
- Heterologer Impfschutz: Hinweis, dass das Thema bei anderen Impfungen nicht so diskutiert wird.
- Impfung von Kindern: Auch wenn STIKO die Impfung für Kinder nicht empfohlen wird, BM Spahn plant trotzdem ein Impfprogramm
- Frage zur Auffrischung nach 6 Monaten: Juli/Aug sollen genug Impfstoffe zur Verfügung stehen
- Haltung von Hr. Spahn zu Risikogebiet UK: im Zweifelsfall vorsichtiger wegen Variante, Reiseverkehr sollte nicht vereinfacht werden
- o Frage nach personeller Ausstattung des RKI bei weiteren digitalen Projekten
- Blut: Richtlinienkompetenz soll der Bundeärztekammer genommen werden. Das Gesetz wurde jedoch noch verändert, wird nochmal überarbeitet, kommt nicht mehr ans RKI.
- Strategiepapier Schrappe: Es wird eine Klarstellung von Fachleuten erwartet, BM Spahn rechnet mit Stellungnahme des RKI. Es wird eine sachliche Darstellung geben an der Hr. Wieler beteiligt ist. In den FAQs des DIVI Intensivregisters sind viele Informationen vorhanden.

Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Kı

6	RKI-Strategie Fragen	
	Allgemein	
	Sport im Freien bei Kindern und Jugendlichen Anfrage von Fr. Wessel aus dem BMG, Erleichterung des Sports für Kinder mit Testungen? Thema wird von Fr. Loss bearbeitet	
	ToDo: Thema soll in Absprache mit Fr. Loss außerhalb des Krisenstabs bearbeitet werden.	
7	Dokumente	Alle
	nicht besprochen	Alle
8	Update Impfen (nur freitags)	FG33
	nicht besprochen	
9	Labordiagnostik	
	FG17	FG17 (Dürrwald)
	s.o. PCR-Untersuchung zur B1.617 ist etabliert, kann im Sentinel durchgeführt werden	
	ZBS1	
	Nicht berichtet	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement	
	nicht besprochen	
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz	
	nicht besprochen	
12	Surveillance	
	SORMAS Korrekturen: Von gestern auf heute wurden ca. 500 Fälle die doppelt gezählt worden waren, korrigiert. Die Doppelung hatte sich durch einen Fehler in der SORMAS-Software ergeben. Es zeigten sich keine gravierenden Änderungen, aber bei einigen kleineren GÄ gab es von gestern auf heute eine Abnahme der Fallzahlen.	AL3
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) nicht berichtet	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	
		FG38

	Ausbruchsscreening wird eingestellt	(Rexroth)
	20.05. Intra Action Review mit IGV-Flughafengruppe, Extraktion von Lessons Learnt	
	FFP2-Maskenpflicht im ÖPNV wird entfallen, Verordnungen werden entkoppelt von der epidemische Lage von nationaler Tragweite, die ggf. im Sommer enden könnte. Derzeit sind alle entsprechenden Verordnungen an die epidemische Lage geknüpft.	
15	Wichtige Termine	
	nicht berichtet	
16	Andere Themen	
	Nächste Sitzung: Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr