

# Krisenstabssitzung "Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass: Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

**Datum:** 27.01.2021, 11:00 Uhr

Sitzungsort: Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade** 

Teilnehmende:		!	FG36		
! Institutsle		tsleitung		0	Silke Buda
	0	Lars Schaade		0	Stefan Kröger
!	Abt. 1			0	Walter Haas
	0	Martin Mielke	!	FG37	
!	Abt. 3			0	Tim Eckmanns
	0	Osamah Hamouda	!	FG 38	
	0	Tanja Jung-Sendzik		0	Maria an der Heiden
	0	Janna Seifried		0	Ute Rexroth
!	ZIG		!	IBBS	
	0	Johanna Hanefeld		0	Christian Herzog
!	FG12		!	MF4	
	0	Annette Mankertz		0	Martina Fischer
!	FG14		!	P1	
	0	Melanie Brunke		0	Ines Lein
	0	Mardjan Arvand		0	Mirjam Jenny
!	FG17		!	P4	
	0	Ralf Dürrwald		0	Susanne Gottwald
!	FG21		!	Presse	
	0	Patrick Schmich		0	Ronja Wenchel
!	FG24			0	Marieke Degen
	0	Thomas Ziese	!	ZBS2	
!	FG25			0	Claudia Sievers
	0	Hannelore Neuhauser	!	ZIG1	
!	FG 31			0	Luisa Denkel
	0	Alexander Ullrich	!	BZgA	
!	FG 32			0	Heidrun Thaiss
	0	Michaela Diercke			
!	FG34				
	0	Viviane Bremer			
	0	Matthias an der Heiden			
	0	Andrea Sailer (Protokoll)			

# Protokoll des COVID-19-Kı

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	Aktuelle Lage	
	International (nur freitags)	
	National	FG32 (Michaela
	! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <u>hier</u> )	Diercke)
	<ul> <li>SurvNet übermittelt: 2.161.275 (+13.198), davon 53.972 (+982) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 101/100.000 Einw.</li> </ul>	
	o 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87	
	<ul> <li>Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.638.425</li> <li>(2,0%), mit 2 Impfungen 283.264</li> </ul>	
	o DIVI-Intensivregister: 4.571 Fälle in Behandlung (-48)	
	<ul> <li>Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +580, davon 29% verstorben</li> </ul>	
	o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum	
	<ul> <li>Rückläufiger Trend setzt sich fort, Abnahme der Inzidenz von 160 auf 101 im letzten Monat</li> </ul>	
	<ul> <li>deutlicher Rückgang in Thüringen und Sachsen</li> </ul>	
	<ul> <li>Abbildung mit Berücksichtigung von Nachmeldungen war gestern zum ersten Mal im Lagebericht, bisher keine nennenswerten Fragen dazu.</li> </ul>	
	o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK	
	<ul> <li>keine Datenübermittlung in 1 LK in Brandenburg wegen technischer Probleme</li> </ul>	
	<ul> <li>Containment Scouts in Brandenburg um Übermittlungsstau zu beheben</li> </ul>	
	<ul> <li>Schwerpunkt im Osten des Landes</li> </ul>	
	<ul> <li>Anzahl SARS-CoV-2-Erregermeldungen über DEMIS und Anzahl übermittelte COVID-19-Fälle</li> </ul>	
	<ul> <li>Seit 1.Dez. mittlerweile fast 300 Labore an elektronische Meldung angebunden.</li> </ul>	
	<ul> <li>Anzahl der DEMIS-Meldungen korreliert mit übermittelten Fällen</li> </ul>	
	<ul> <li>Einbruch der Meldungen an Wochenenden auch in DEMIS zu sehen</li> </ul>	

- o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Testzahl
  - Dissoziation des Gleichlaufs der Kurven im Sommer durch Testung von asymptomatischen Reiserückkehrern (ziellosere Testung)
  - Zum Herbst hin Änderung der Teststrategie, jetzt im Dezember und Januar sehr zeitnahe Assoziation mit Fallzahl.
  - Vor Weihnachten wurden mehr Tests durchgeführt.
     (Verringerung der Dunkelziffer?)
  - Um Weihnachten herum wurde deutlich weniger getestet, stimmt mit geringen Fallzahlen überein.

Abt.3 (Seifried)

- Inzidenz und Testzahl sollten gemeinsam betrachtet werden. Informationen über durchgeführte Tests zu haben ist wichtig.
- Interessant ist, dass es in Schleswig-Holstein fast keine Änderung der Inzidenz von 27.12. – aktuell gab. Die Inzidenz ist niedrig, geht aber nicht zurück.
  - Gründe für niedrige Inzidenz: GA sind gut ausgestattet, der Erfahrungsaustausch untereinander ist sehr intensiv; geringe Bevölkerungsdichte; geografische Lage am Meer, wenig Eintrag von außen.
  - Die Maßnahmen reichen scheinbar noch nicht aus, um einen deutlichen Rückgang der Inzidenz zu erreichen.
- Diskrepanz von 4 Fällen zwischen Dashboard und unserer Fallzahlen in letzten 2 Tagen: müsste morgen wieder in Ordnung sein, Ursache des Fehlers wurde jedoch noch nicht identifiziert, Disclaimer auf Dashboard.
- ! Testkapazität und Testungen (mittwochs)

Testzahlenerfassung am RKI (Folien <u>hier</u>)

- o Testzahlen und Positivquote
  - Letzte Woche knapp über 1 Mio. Tests
  - Deutlicher Rückgang der Testungen (60% weniger im Vgl. zu vor Weihnachten), obwohl Kapazitäten vorhanden sind.

FG37 (Eckmanns)

### Protokoll des COVID-19-K1



- Frage, ob so viele weniger Personen
   Erkältungssymptome haben oder diese nicht getestet
   bzw. an Testzentren verwiesen werden.
- o Auslastung der Kapazitäten
  - Kapazitäten sind vorhanden. Es sollte in den Arztpraxen wieder niedrigschwelliger getestet werden
- o Probenrückstau
  - Unproblematisch, allerdings starker Mangel an Plastik (v.a. Pipettenspitzen), kann bei Zunahme von Sequenzierung problematisch werden.

Alle

- o Testaufkommen nach Laborgröße
  - Kleine und mittelgroße Labore hatten über die Zeit einen erheblichen Anteil am Testgeschehen.
  - Große Labor sind erst in KW 30-31 in nennenswerten Umfang eingestiegen.
- o AG-POCT in Einrichtungen
  - Akquise läuft weiter schleppend, Einrichtungen zögern häufig aus Zeitgründen an der Abfrage teilzunehmen.
  - Kumulativ bisher knapp 41.000 Tests erfasst.
  - Erfreulicherweise wurden für die meisten (ca. 92%) der positiven AG-POCT PCR-Abstriche zur Bestätigung an ein Labor eingesendet.

### **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien <u>hier</u>)

- o Anzahl Testungen und Positivenanteile bundesweit
  - Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als die beiden Wochen davor.
  - Positivenrate ging leicht runter.
- o Anteil positiv Getesteter nach Bundesland

Alle

- In fast allen BL Stabilisierung oder Absinken
- o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe
  - Anzahl Testungen nimmt in allen Altersgruppen leicht ab, warum?

• Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab.

### Abnahmeort

 Anteil an allen Testungen hat in Krankenhäusern geringfügig zugenommen und ist in Arztpraxen relativ stabil.

FG37 (Eckmanns)

- Testungen in KH sind auf gleichem Niveau wie vor Weihnachten angekommen. Nicht jedoch bei Arztpraxen, hier ist der stärkste Rückgang zu verzeichnen.
- Positivenrate nimmt in allen Abnahmeorten ab.
- o Zeit zwischen Abnahme und Test
  - überall Beruhigung der Situation
- ! Soll Empfehlung zur Durchführung von PCR-Tests wieder etwas sensitiver gefasst werden, so dass mehr PCR-Tests durchgeführt werden?
  - Diese Woche wird ein Gespräch mit der KBV bzgl. der Rolle der Arztpraxen beim Testen stattfinden. Es wäre deshalb sinnvoll, die Diskussion zu verschieben, bis sich die KBV dazu geäußert hat.
  - Sollte nicht jedwede respiratorische Erkrankung getestet werden, in Hinblick darauf, dass in 3-4 Wochen der Arztvorbehalt fallen und Heimtestung möglich werden wird. Sobald die Heimtestung verfügbar ist, wird vermutlich noch weniger Testung in Praxen stattfinden.
  - Nicht nur die Tests gehen leicht zurück, sondern auch die Positivenrate. Dies lässt vermuten, dass die Fälle abnehmen.
  - Sinnvoll wäre mit möglichst geringer Hemmschwelle zu testen (auch leichtsymptomatische ARE Patienten), nicht jedoch das Testen von Asymptomatischen zu fördern.
  - Die Testkriterien gelten für Knappheit, zurzeit gibt es unterschiedliche Aussagen zur Knappheit (genügend Testkapazitäten, jedoch Mangel an Materialien wegen Sequenzierungen).
  - Es gibt keine flächendeckenden Informationen über Antigentests, eine kurzfristige Änderung der Teststrategie wird die Interpretation nicht erleichtern.
  - Entscheidung wird bis nächsten Montag vertagt. Noch werden die Testkriterien nicht überarbeitet, sondern das Gespräch mit KBV am Donnerstag (Teilnahme Hr. Mielke, Hr. Kröger) abgewartet.

MF4 (Fischer)

### Protokoll des COVID-19-K1



ToDo: Am Montag wird Flussschema zu Testkriterien nochmal im Krisenstab besprochen.

FG36 (Buda)

- ! Heimtestung Änderung Testindikation?
  - o BMG Entscheidung ist gefallen, Heimtests werden eingeführt. Es wird nur noch auf Lizensierung gewartet.
  - Hinsichtlich der Begleitung der Einführung mit einer Informationskampagne ist BMG aufgeschlossen.
  - Mit einem Antigennachweis kann keine Diagnose gestellt werden. Ein positiver Antigentest ist Anlass für PCR-Test, definiert nur einen Verdacht und einen möglichen Hinweis auf Infektiosität.
  - O Wie will man das kontrollieren?
- ! Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser
  - Aktuell 900 aktive Ausbrüche in Altenheimen, über 300 Ausbrüche in Krankenhäusern, noch keine Tendenz, dass die Ausbrüche weniger werden.
  - Dokument zu Altenheimen ist mit 33 Seiten zu komplex. Es ist eine einfachere Version geplant, soll an Fr. Jenny geschickt werden.
  - O Ausbruch in Humboldt-KH:
    - Unterschiedliche Varianten zirkulieren, komplexes Geschehen.
    - Englische Variante steht in Zusammenhang mit einem Geschehen in einer Siedlung in Reinickendorf, führt vermutlich auf Ereignis an Weihnachten zurück, hoffen auf Kontakt zum Ausland zu stoßen. Erst Mitte Jan. wurde darauf getestet.
    - Es gibt Familien, in denen die Kontakte noch nicht positiv sind, hier sollen regelmäßige Abstriche nach Protokoll von Hr. Buchholz entnommen werden, um Informationen zum Shedding vor Symptombeginn zu sammeln.
    - Waren die Hygienemaßnahmen adäquat und reichen bei dieser Variante nicht aus?
    - Keine Aussage möglich, in der Regel wird zu spät reagiert. Wenn Hygienemaßnahmen umgesetzt werden, können größere Ausbrüche verhindert

werden.

- Gibt es die Möglichkeit auch nach Tag 10 Proben zu nehmen, um Sheddingdauer zu evaluieren?
- Es werden alle 2 Tage Proben entnommen bis zum endgültig negativen PCR-Test. Auch Ct-Werte mit in Auftrag geben.

### ! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien hier)

- o COVID-19-Intensivpflichtige
  - Zahlen sinken in den meisten BL, fast 1.000 Fälle weniger als zur Peak-Zeit.
  - In drei BL weiterhin steigende Fallzahlen: SH, NI, SL.
- o Fallzahlen auf ICU
  - Weiterhin hohe Zahlen an täglichen Neuaufnahmen (ca. 500/Tag) und Verlegungen.
  - Zahl der verstorbenen Patienten weiterhin hoch.
- o Belastungslage auf Intensivstationen
  - Stabilisierung, aber noch keine Entlastung
  - Personalmangel verbessert sich in einigen Häusern, ist aber immer noch sehr hoch.
- o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient\*innen
  - Trend zeigt nach unten.
  - In SH, Ni, SL ist Prognose auf ähnlichem Niveau wie bisher.

### ! Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien <u>hier</u>)

- GrippeWeb
  - Leichter Anstieg bei Kindern und Erwachsenen, aber auf sehr geringem Niveau.
- ARE-Konsultationen
  - Von 2. zu 3. KW wieder gesunken, deutlich weniger Arztbesuche als in Vorjahren.
  - In NRW Anstieg nach Neujahr wie jedes Jahr.

# Lagezentrum des RKI Protokoll des COVID-19-Kı\_\_\_\_

	o ICOSARI-KH-Surveillance		
	<ul> <li>Anzahl SARI-Fälle bei 0-4 Jährigen auf außergewöhnlich niedrigem Niveau.</li> </ul>		
	<ul> <li>SARI-Fälle bei 15-34 Jährigen im Rahmen der Vorsaisonen, bei 35-59 Jährigen sehr hoch im Herbst. Auch bei älteren Altersgruppen im Herbst höher als in Vorjahren.</li> </ul>		
	<ul> <li>SARI-Fälle mit COVID-Diagnose</li> </ul>		
	<ul> <li>Entspannung ist deutlicher bei allen Fällen, inklusive der noch liegenden, zu sehen im Vergleich zu den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen.</li> </ul>		
	<ul> <li>Bei allen Fällen im Moment deutlich rückläufig.</li> </ul>		
2	Internationales (nur freitags)	710	
	! Nicht besprochen	ZIG	
3	Update digitale Projekte (nur montags)		
	! Nicht besprochen		
4	<ul> <li>Aktuelle Risikobewertung</li> <li>! Einschätzung Schwere UK VOC</li> <li>Allgemeine Ergänzungen, zeitlosere Gestaltung</li> <li>Bei Varianten: brasilianische eingefügt</li> <li>Umformulierungen: z.B. Mund-Nasen-Bedeckung durch Masken ersetzt, Länder durch Staaten ersetzen</li> <li>Bei Frage zu Reiseempfehlungen wird aufs Auswärtige Amt verwiesen. Hier ist eine stärkere Positionierung wünschenswert. Abraten von allen nicht notwendigen Reisetätigkeiten soll ergänzt werden.</li> <li>ToDo: Wird noch einmal zirkuliert und dann umgesetzt.</li> </ul>	FG36 (Buda)	
5	Kommunikation		
	BZgA		
	! Aufgrund der Pandemiemüdigkeit werden vermehrt wieder junge Erwachsene in Blick genommen.	(Thaiss)	
	! Fragen aus Bevölkerung: zum Themenbereich Impfen und von Mitarbeitenden aus Intensivbereich, die nach Hilfsangeboten suchen.	Drongo	
	Presse	Presse (Wenchel)	
	! Hr. Wieler wird in den nächsten Wochen jeweils freitags an den Bundespressekonferenzen mit Hr. Spahn teilnehmen.	FG14 (Brunke)	

- ! Begrifflichkeiten med. Masken (Sprachregelung) (<u>hier</u>)
  - Begriff "Medizinische Maske" wurde aus Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin übernommen.
  - Auf Wunsch des BMG-Kommunikationsreferats soll dieser Begriff nicht mehr verwendet werden.
  - Auch Fr. Jenny wurde vom BMG zur Sprachregelung bzgl. der Masken angesprochen. Es sind FFP-2 Masken im Umlauf, auf denen steht, dass sie keine med. Masken sind.
  - Gemeinsame Sprachregelung: Wie dezidiert soll eine Aussage gegen Alltagsmasken getroffen werden? Alltagsmaske wurde bei BZgA durch Maske ersetzt, einheitliches Wording wäre sinnvoll.
  - Aus dem Kommunikationssteuerungskreis des BMG liegt eine schriftliche Vorgabe vor.
  - Es wird nur der Begriff "Maske" verwendet, bei spezifischer Benennung wird medizinischer Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken genannt.

# 6 RKI-Strategie Fragen

### a) Allgemein

### b) RKI-intern

- ! Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht
  - Der Wunsch den Pandemieverlauf besser zu visualisieren wurde Ende letzten Jahres aus dem Krisenstab in Meldedatengruppe getragen.
  - Verschiedene Variablen wurden unter verschiedenen Indikatoren zusammengefasst und visualisiert, in jedem Variablen-Fenster ist der Verlauf, der aktueller Wert und der Trend zu sehen, ausführlichere Information sind hinterlegt.
  - Tägliche oder wöchentliche Aktualisierung? Es gibt Werte, die täglich und Werte, die nur wöchentlich dargestellt werden können.
  - Automatisierbar? Im Moment noch h\u00e4ndische
     Nachbesserungen, k\u00f6nnte aber automatisiert werden.
  - Visualisierung ist sehr übersichtlich. Die Systematik und die Zuordnung der Variablen zu Indikatoren sollte nochmal überarbeitet werden.

ZBS1 (Sievers, Ullrich)

### Protokoll des COVID-19-Kı



- Mit dieser Darstellung könnte Lagebericht entlastet werden, sollte für Öffentlichkeit verfügbar sein.
- o Wo sollte das zur Verfügung gestellt werden?

ZIG (Hanefeld)

- Auf extra Website, dadurch könnte viel Text im Lagebericht gespart werden.
- Kapazitätsfrage bei vielen Zugriffen
- Integration in bestehendes Esri-Dashboard vermutlich nicht möglich.

ToDo: Inhaltliche Überarbeitung, Klärung Webseite, FF Abt.3, Abstimmung mit MF4, zeitnah Anfang März. Aufgaben ID 2716

- ! Zielformulierung RKI/NoCOVID (<u>hier</u>)
  - Ziel soll in Zusammenhang mit Stufenplan formuliert werden. Wie soll sich RKI in Hinblick auf NoCovid positionieren?
  - o NoCovid ist wissenschaftlich betrachtet nicht umsetzbar.

Rexroth

- Vorschlag: Übergeordnetes Ziel ist, die Anzahl von Fällen so weit zu reduzieren, dass lokale Kontrolle durch die GA wieder möglich wird.
- Ziel sollte Schutz der Bevölkerung, die Minimierung der Schwere der Krankheit sein. Durch Minimierung der Zahl der Fälle, so dass Kontrolle wieder möglich wird.
- o Es soll ein Schlagwort à la Control Covid gefunden werden.
- O Ziel soll Stufenplan vorangestellt werden.
- Wie kann ein Hochschnellen der Zahlen durch schnelle Öffnungen vermieden werden?
- An welchen Indikatoren kann Überlastung von GA festgemacht werden? Ganz wesentlicher Punkt ist Kontaktpersonennachverfolgung. Datenlage ist im Moment nicht sehr gut.
- Die Kontrolle durch GA als zentrales Kriterium ist schwierig und von Ressourcen vor Ort abhängig. Es geht ums Transmissionsgeschehen, dies muss nicht von der Kontrollfähigkeit der GA abhängig gemacht werden.
- Schutzschirm durch Impfungen sollte mit ein bezogen werden.
- o Es fehlt noch ein gesellschaftliches Ziel. Hr. Ziese schlägt vor

	eine Kollegin aus Abt. 2 in die Gruppe aufzunehmen.	
	•	
	<ul> <li>Feste Zielwerte bei den einzelnen Stufen sind unkomfortabel, da Richtwerte auf Erfahrungen aus der Vergangenheit basieren und Zielwerte immer wieder revidiert werden müssen.</li> </ul>	
	<ul> <li>Schwellenwerte sind für die Politik für Anpassung von Maßnahmen sinnvoll.</li> </ul>	
	<ul> <li>Ein Schlagwort für so niedrige Fallzahlen, dass sie wieder kontrollierbar sind, sollte gefunden werden. Unter 10 (Lancet) scheint reeller.</li> </ul>	
7	Dokumente	
	<ul> <li>! Kontaktpersonenmanagement</li> <li>O Sprachliche Änderungen, klarer verständlich</li> <li>O Ergänzung: Kontaktpersonen der Kat. 1 sollen enge Kontakte außerhalb des Haushalts informieren, auch auf Krankheitssymptome zu achten.</li> <li>O Vorschlag 1 gewählt: innerhalb von 3 Monaten nach Erstinfektion soll keine Quarantäne angeordnet werden. Einigung mit Ministerium.</li> </ul>	FG36 (Haas)
	<ul> <li>Basiert auf aktueller Datenlage zu Reinfektionen und zur Infektiosität. Statt Infektiosität Kontagiosität verwenden.</li> <li>Vulnerable Gruppe durch Risikogruppe ersetzen.</li> </ul>	
8	Update Impfen (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG33
9	Labordiagnostik	
	<ul> <li>! Virologische Surveillance         <ul> <li>Von 159 Proben wurden 17 pos. auf SARS-CoV-2 getestet.</li> <li>Bei Bestimmung der Mutationen wurden 2 positive Proben von Mitte Januar gefunden. Eine aus Jena, die bereits sequenziert wurde, mit der UK-Variante und eine weitere noch nicht sequenzierte&gt; Bitte Jena erinnern, diese bei der Landesbehörde zu melden.</li> <li>&gt; 30 Proben aus molekularer Surveillance erhalten</li> </ul> </li> </ul>	FG17 (Dürrwald)
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	IBBS
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz	7005
	! Nicht besprochen	FG37
12	<ul> <li>Idee ist mit Serotracker Allianz zu bilden: Aggregierte Ergebnisse in Serotracker einzuspeisen, damit Ergebnisse für Deutschland im internationalen Vergleich verfügbar, gemeinsame methodische Weiterentwicklung, Dashboard-</li> </ul>	FG25 (Neuhauser)

### ROBERT KOCH INSTITUT

### Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-K1

Lagez	entrum des KKI Frotokon des COVID-19-KI	<del></del>
	<ul> <li>Version auf Deutsch.</li> <li>Analysen müssten mit aktuellem, knappem Personal realisiert werden.</li> <li>RKI ist bei COVIM beteiligt, sollte keine Konkurrenz/ Doppelung zur Meta-Analyse werden. Diese Woche findet ein COVIM-Treffen statt. In COVIM wurden bereits Vorarbeiten geleistet, Studienprotokolle werden vorbereitet.</li> <li>Zentral ist die Berechnung der IFR (infection fatality rate). Falls die IFR nicht vom HZI in der Metaanalyse zeitnah angegangen wird, muss sich das RKI auch ohne zusätzliche Mittel damit befassen. Hohe Priorität.</li> <li>Zum Darstellungs- und Berichtsmodus wird Fr. Jenny angesprochen.</li> </ul>	
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Nicht besprochen	FG38
15	<ul> <li>Wichtige Termine</li> <li>! BPK Hr. Wieler Freitag 29.01.</li> <li>! Expertenrat Influenza 28.01.2021; 15-17:30 h</li> <li>! BMG VK: IMS-Sc2: Anbindung DECOI B-FAST 29.01.2021; 10:30-12:00 (M.v. Kleist; M.M., T. Wolff, L. Grabenhenrich, S. Kröger)</li> </ul>	Alle
16	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	