



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.03.2021, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lars Schaade
- AL2
 - o Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
 - o Janna Seifried
 - o Tanja Jung-Sendzik
- ZIGL
 - o Johanna Hanefeld
- FG12
 - o Annette Mankertz
- FG14
 - o Melanie Brunke
- FG17
 - o Barbara Biere
- FG 32
 - o Michaela Diercke
- FG33
 - o Ole Wichmann
- FG34
 - o Viviane Bremer
- FG36
 - o Silke Buda
- FG37
 - o Tim Eckmanns
- FG38
 - o Ute Rexroth
 - o Ariane Halm (Protokoll)
- IBBS
 - o Christian Herzog
- P1
 - o Ines Lein
- Presse
 - o Ronja Wenchel
- ZBS1
 - o Janine Michel
- ZIG1
 - o Luisa Denkel
- BZGA
 - o Martin Dietrich

TO P	Beitrag/Thema	eingbracht von
1	Aktuelle Lage International (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit fast 121 Mio. Fälle (6% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,7 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt) <ul style="list-style-type: none"> o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderungen zur Vorwoche: starker Anstieg in Indien (47%), Frankreich insbesondere um Hauptstadt (21%), 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Polen (36%), Türkei (25%), Deutschland (30%), Ukraine besorgniserregend mit 55%, Tschechien weiterhin hohe 7-T-I jedoch erstmals rückläufiger Trend (-10%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil Impfungen der Gesamtbevölkerung, USA weit fortgeschritten 22% 1. mit Dosis, 12% vollständig geimpft, gefolgt von Türkei, Italien, Deutschland, Tschechien, Frankreich (alle 7-9% mit 1. Dosis) <ul style="list-style-type: none"> ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insgesamt 86 Länder mit 7-T-I >50/100.000, 150 Länder >100, 37 Länder >200/100.000 <ul style="list-style-type: none"> • Verteilung Virusvarianten <ul style="list-style-type: none"> ○ B.1.1.7 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis in immer mehr Ländern, aktuell 118 ▪ Teilweise zu sehr hohen Anteilen ▪ Virusvarianten-Risikogebiete: bestimmte Länder wurden von der Liste entfernt (Irland, UK, Portugal), bei Slowakei und Tschechien wird noch abgewartet ○ B.1.351 <ul style="list-style-type: none"> ▪ In 64 Ländern nachgewiesen (+6 zur Vorwoche) ▪ Virusvarianten-Risikogebiete: diverse afrikanische Länder unter Beobachtung, Österreich wird ggf. nächste Woche von der Liste gestrichen ○ P1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis in 38 Ländern (+6) ▪ Südamerika und Italien (Umbrien, Lazio, Toskana hoher Anteil) unter Beobachtung bzgl. Virusvarianten-Risikogebiete ○ US CDC weist aufgrund erhöhter Übertragbarkeit (20%) auch B.1.429 und B.1.427 als besorgniserregende Varianten aus • Lancet Studie aus Dänemark zum Thema Reinfektionen (Folie 6) <ul style="list-style-type: none"> ○ DK hatte 2020 eine kostenlose Teststrategie und hat 4 Mio. Personen (69% der Bevölkerung) getestet ○ Testdaten wurden genutzt, um Reinfektionen anhand von 2 Beobachtungsräumen (Frühjahr, Herbst) zu untersuchen ○ >500.000 PCR-negativ in Phase I, 3,3% von diesen in Phase II positiv ○ 11.000 PCR-positiv in Phase I, 72 positiv (0,6%) in Phase II ○ Durch Infektion besteht Schutz vor erneuter Infektion, dieser liegt bei < 65-jährigen bei ~80% ○ Insbesondere bei ≥65-jährigen weniger Schutz (47%) ○ Bereits infizierte Personen können sich nicht auf Schutz verlassen ○ Studie wurde zu Zeiten ohne virusvarianten durchgeführt ○ Auf Bitte des BMG hat ZIG2 eine Zusammenfassung des Lancet Artikels erstellt, ZIGL schickt diese an Krisenstab ○ Bei gealtertem Immunsystem ist eine subadäquate Reaktion zu erwarten, deswegen ist dieses Ergebnis nicht überraschend; bei der Impfwirksamkeit ist ähnliches zu erwarten (geringere Immunreaktion auf Impfung als bei 	
--	--	--



	<p>jüngeren Menschen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweisung Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ RKI hofft, dass Virusvarianten nach Ostern nicht mehr ausgewiesen werden müssen ○ Hochinzidenzgebiete sinnvoll, Virusvariantengebiete nicht ○ BMG hält aktuell an Unterscheidung Virusvariantengebiete, Hochrisikogebiete und Risikogebiete fest ○ BMI möchte generell Virusvariantenausweisung beibehalten <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 2.629.750 (+17.482), davon 74.358 (2,8%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 96 Fälle/100.000 Einw. ○ Zahlen gehen deutlich nach oben, 2 Tage hintereinander starker Anstieg, 7-T-I ist beinahe bei 100, Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen ist zunehmend ○ In den Verstorbenenanzahlen ist dies noch nicht reflektiert, hier gibt es aber oft einen Verzug ○ Fälle IST: 2.895 (+36), es sind aktuell regelmäßig kleinere Anstiege zu verzeichnen ○ 7-T-Inzidenzen BL: TH doppelt so hoch wie bundesweiter Durchschnitt, Anstieg auch in SN, ST, HE, BY, lediglich weiterhin niedrig in MV, SH, SL ○ Geografische Verteilung: Karte wird dunkler, Schwerpunkte TH, BY an tschechischer Grenze, LK Greiz >500/100.000, viele Kreise >200, nur 5 Kreise <25 Fälle/100.000 ○ Verstorbene nach Altersgruppen und MW <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meiste Todesfälle in hohen Altersgruppen >70, weniger bei jüngeren ▪ Ein Rückgang ist sichtbar, aber möglicher Verzug ▪ In der relativen Verteilung ist der Anteil bei >70-jährigen leicht rückläufig, jedoch noch stets 80% ▪ Anteil Todesfälle bei 50 und 60-jährigen zunehmend, kann jedoch auch an der AG-Verschiebung liegen ○ Altersmedian COVID-19 Fälle/Hospitalisierte/Verstorbene <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fälle (gelb): Median von fast 50 bei höchstem Peak Ende 2020, außerhalb der Peaks ist Median niedriger ▪ Hospitalisierte (grau): vor Beginn 2. Welle bei <70 ▪ Bei IST-betreuten (orange) nicht so große Unterschiede mit Median immer um die 70 ▪ Bei verstorbenen median um die 82 ▪ Altersstruktur hängt auch vom Setting ab, in dem Infektionen auftreten, teils viel in Alten-/Pflegeheimen • Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ○ Leicht unter dem Durchschnitt der Vorjahre, ggf. durch ausbleiben der Influenzawelle, es ist keine Übersterblichkeit sichtbar ○ Möglicher Nachholeffekt der Sterbefallzahlen, schwache 	FG32
--	--	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Influenzasaison ist gut nachvollziehbar, es sind aber weitere Argumentationsansätze notwendig um sprachfähig zu sein</p> <ul style="list-style-type: none"> o Noch ist nicht zu sehen, dass aufgrund des Impfeffekts weniger alte sterben? Ist es zu früh? Sterben geimpfte? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Kurven müssen nah beobachtet werden ▪ Es ist eher beruhigend, wenn der Altersmedian der Sterbefälle sich nicht verschiebt ▪ Das Hauptrisiko, an COVID-19 zu sterben, ist das Alter ▪ Es sterben wahrscheinlich weniger alte, dies sollte sich jedoch nicht im Altersmedian widerspiegeln ▪ Wenn die Altersverteilung sich verschiebt, ist eher die höhere Virulenz von B.1.1.7 zu befürchten o Das Argument, dass ältere, gebrechlichere Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden o COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich(er) o Euro-MOMO: Untersterblichkeit aktuell lediglich bei jungen AG ausgeprägt auch in anderen Ländern, bei anderen AG zunehmend: https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps 	
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montenegro-Einsatz: Vorbereitung verschiebt sich, zunächst ist eine Labormission geplant, die Partner vor Ort sind überlastet, gute Planung muss noch erfolgen • Usbekistan-Einsatz: diese Woche Launch des Telemedizin-Projektes mit ZIG1, IBBS und Charité • Irak- Einsatz SEEG: endet heute, Heinz Ellerbrok war dabei • Sudan: Anfrage zur Unterstützung der COVID-19-Response 	ZIGL
3	<p>Update digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thema Impfbereitschaft <ul style="list-style-type: none"> o Aussetzung AstraZeneca stieß auf viel Interesse o Cosmo Studie ist nicht schnell genug, um dies bereits auszuwerten o In Social Media ist bei Befragungen nur ein kleiner Dip in der Impfbereitschaft zu sehen o 79% der Befragten wollen sich impfen lassen o Social Media sind aber nicht repräsentativ für Deutschland • Thema Umgang mit pos. Schnelltest-Ergebnissen 	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o 85% der befragten würden sich sofort isolieren nach positiven Selbsttest o Großteil würde sich auch durch PCR-Test bestätigen lassen o 75% würden ihr Umfeld informieren o Einen 2. Schnelltest danach würden nur 50% durchführen o Generell ist dies ein Erfolg in der kurzen Zeit, in der Schnelltests verfügbar sind o Serielle Befragungen wäre sinnvoll, da Compliance nach mehreren falsch positiven Ergebnissen eventuell sinkt • Diskussion <ul style="list-style-type: none"> o Werden diese Umfrageergebnisse durch BZgA verbreitet? Wäre sinnvoll, wenn diese Erfolge zur Verstärkung der Motivation genutzt würden, BZgA bespricht dies intern o Im letzten epidemiologischen Update der WHO wurde zur Kommunikation der Einbezug der Bevölkerung mit eingängigem Plakat/Infografiken geschildert – ist dies auch Teil der BZgA-Kommunikationsstrategie, z.B. Communication Scouts für wichtige Botschaften? o BZgA plant Bevölkerungsbeteiligung an Informationsaktivitäten zu Impfstoffen: Erklärclips zu Wirksamkeit mit Personen, die Statements abgeben nach ihrer Impfung, Format und Story stehen noch nicht fest, aber Bevölkerungsbeteiligung ist im Konzept beinhaltet o Dieses Wochenende Kampagne mit BMG zur Sicherheit testen in regionalen Tageszeitungen national <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Info von EpiBull Redaktion: nächste Woche online vorab Artikel zur Phaseneinteilung der Pandemie, inklusive epidemiologischer Parameter 	Presse
6	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • RKI-Empfehlungen werden als (zu) wenig streng betrachtet, oft wird lokal weit darüber hinaus gegangen • Beispiel Düsseldorf: schon nach 5 Minuten Kontakt zu KP I, 28 Tage Quarantäne • Evidenz hierzu fehlt, aber anekdotische Evidenz bzgl. neuer Variante wird zu Hauf berichtet, es besteht große Sorge über die steigenden Fallzahlen • KoNa-Papier soll jetzt nicht geändert werden, noch fehlt Evidenz, dies jedoch zur Kenntnis für den Krisenstab • Wird in die Überlegungen mit aufgenommen, es besteht generell der Auftrag, alle Dokumente hinsichtlich der neuen Variante zu überarbeiten <p>b) RKI-intern</p>	FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
7	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte alle Dokumente hinsichtlich B.1.1.7 überprüfen, VOC sollte als Standard gesehen werden, nächste Woche <p>ControlCOVID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokument soll heute modifiziert und anschließend die verbesserte Fassung getweetet werden um die RKI-Haltung zu möglichen Lockerungen vor der GMK am Montag zu vermitteln <p><i>ToDo: Abt. 3 Jung-Sendzik und Presse to follow-up</i></p>	<p>Alle</p> <p>VPräs</p>
8	<p>Update Impfung (nur freitags)</p> <p>AstraZeneca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viel Aufregung generell • Gestern STIKO Sitzung zu Empfehlung zum neu zugelassenen Johnson & Johnson Impfstoff, zusätzliche Themen AstraZeneca und EMA Sitzung • Aktueller Stand <ul style="list-style-type: none"> o Jetzt 12 Fälle mit Sinusvenenthrombose: alle 12 Frauen nach Impfung mit AstraZeneca, alle <55 Jahre, auffälliges Cluster o PEI hat Hintergrundinzidenzen aus Holland genutzt, RKI in Kontakt mit Krankenkassen-Konsortium um deren Daten hinsichtlich Hintergrundinzidenz auszuwerten • EMA hat entschieden der Impfstoff ist sicher • Aufträge EMA und STIKO verschieden • STIKO entscheidet über beste Einsetzung von Impfstoffen und überlegt, ob bei diesem Signal gewisse Personengruppen lieber mRNA Impfstoff geimpft werden sollten, dies ist jedoch kommunikativ und bzgl. Akzeptanz schwierig, dennoch intern intensive Diskussion • Einige Länder in Europa haben anders entschieden, z.B. setzt Norwegen Impfprogramm mit AstraZeneca aus bis auf weiteres, auch abhängig von Fallzahlen • Heute erfolgt Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung/ Stellungnahme, AstraZeneca weiter wie bisher anzuwenden jedoch unter genauer Beobachtung, Meldeverzug ist zu erwarten • Ein Aufklärungsmerkblatt wurde gestern Abend noch angepasst und ging kurz nach Mitternacht an die BL, wird heute eingesetzt • Hierzu sind FAQ in Vorbereitung mit MaiLab, außerdem soll ein Video in STIKO App integriert werden zur kommunikativen Begleitung • Diskussion <ul style="list-style-type: none"> o Bei ECDC Call wurde Pathophysiologie besprochen, viele Fälle mit arteriellen Thrombosen in anderen Ländern (ggf. HIT II), Datenlage auf europäischer Ebene noch konfus da unterschiedliche Impfung, Altersbeschränkung und verschiedene Pharmakovigilanzsysteme und -Kapazitäten, 	<p>FG33</p>



	<p>dadurch verschiedene Beobachtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Generelle thromboembolische Beobachtung (Lungen- oder tiefe Beinvenenembolien) sind möglicherweise temporal zufällig, dies ist ggf. anders, wenn Details zum Spezifikum der Sinusvenenthrombose evaluiert werden ○ Die Brighton Collaboration erstellt Falldefinitionen, auch zu anderen Events ○ Alle Fälle zeigten eine Thrombozytopenie, deswegen wird ein autoimmungetriggertes Phänomen vermutet ○ Gibt es Berichte aus England zu unterschiedlichem Einsatz/Nebenwirkungen von AstraZeneca bei Frauen? ○ Bei älteren Frauen gibt es generell nicht diese Signale ○ Es wurde aus UK kein Signal gemeldet ○ Nach Gerüchten von ECDC und Norwegen hatte UK nicht viel Zeit, in Impfnebenwirkungen-Monitoring zu investieren ○ Auch in Deutschland schwierig: PEI hatte am Montag 1.600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen, dies liegt möglicherweise an der erhöhten Awareness, ○ PEI/Pharmakovigilanzstellen kommen nicht gut hinterher <p>Impfstoffverfügbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Johnson & Johnson werden Neuigkeiten erwartet, auch um Empfehlungen zu geben, dazu enger Kontakt mit BMG, Gerüchte: Mitte April - Mitte Mai • Eine Sputnik Kaufoption oder ob eine Produktionsstätte in Deutschland besteht ist FG33 nicht bekannt • Impfstoffverfügbarkeit: eigentlich ist ausreichend Impfstoff geplant, bis Ende des Jahres 300 Mio. Dosen, wenn diese wie abgemacht geliefert werden • Bei ausreichend Impfstoff stehen Überlegungen zu Booster-Impfungen an • Probleme mit der Verfügbarkeit werden für die nächsten 6-8 Wochen gesehen, danach voraussichtlich eher das Problem, die großen Impfmengen umzusetzen • CureVac und Not-/Schnellzulassung (von Lauterbach in Bundespressekonferenz erwähnt): ggf. weiß er mehr als andere, CureVac ist im rolling Review der EMA seit Ende Februar, nach Gerüchten wird Zulassung im späten Q2 erwartet, Vorbestellung von ein paar Mio. für Q2, 50-60 Mio. bis Jahresende <p>Quarantäne von Geimpften</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen mit FG36 und FG37 abgestimmt, wegen AstraZeneca noch alles nicht eingearbeitet • Quarantäne von vollständig Geimpften im Gesundheitsbereich kam auf und wurde intensiv von den Ländern besprochen, Pros: <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitskapazität aufrechterhalten in Kliniken 2. Reduktion des Risikos Transmission, indem andere Kontrollmaßnahmen das Restrisiko auf akzeptables minimieren 3. Impfakzeptanz steigern in der Gruppe HCW, die teilweise nur bedingt willig ist, sich impfen zu lassen 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> • Konstellation im Optionspapier: wenn Personalmangel von KP I Quarantäne abweichen, jedoch nicht bei VOC, wenn VOC-Anteil bei 70-80% liegt, muss dies umgangen werden • US CDC sagt HCW müssen, wenn geimpft, nicht mehr in Quarantäne, RKI würde sich dem anschließen • Nicht Geimpfte müssen immer in Quarantäne • US CDC macht Ausnahme bei Bewohner*innen von Altenheimen und Patient*innen die nur mit Geimpften zusammen sind, in Altenheim mit Geimpften und nicht Geimpften sollte mögliche KP I dennoch in Quarantäne (CDC Vorbild) • In wie weit ist dies logistisch in der Pflege und in Altenheimen möglich? Verkomplizierung/Umsetzbarkeit der Empfehlungen? • Außerdem Klagen, Nullrisiko, was wenn HCW Ausbrüche verursachen? • In Heimen ist Impfquote hoch und Übertragung ggf. blockiert, es geht fast keine Gefahr mehr vom Personal aus, MNS und Selbst-isolierung bei Symptomen bleiben zwingend, aber eben vielleicht keine Quarantäne mehr • Kontextempfehlung wird diskutiert, dann geht Vorschlag an BMG • Heute fertigzustellendes Dokument richtet sich nicht an Bewohner*innen von Heimen und Patient*innen in KKH, FG33 schickt es an VPräs, dann LZ und an Facherlassberichtspostfach des BMG • Nächste Woche weitere Überlegung zu Quarantäne von Geimpften bzgl. Alten-/Pflegeheime 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laufende KW 11: stabiler Probeneingang mit steigendem Trend • Analyse von Proben mit Entnahme in KW10 und KW11 • Ergebnisse Proben KW 11 Entnahme: <ul style="list-style-type: none"> ○ 134 Proben: Rhinoviren 30%, SARS-CoV-2 6%, NL63 saisonales Coronavirus 69% ○ Genotypisierung PCR-positiver SARS-CoV-2 Proben aus KW10 und KW11: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 17 typisiert, 13 in KW10, 4 in KW11 ▪ Beide zsm., Nachweisquote von 88% variante ▪ KW11 bei diesen 4 Proben 100% • Varianten: primär B.1.1.7, 3 Proben aus Sentinelsurveillance mit B.1.351, alle aus einer Praxis, wahrscheinlich eine Infektkette bestehend aus einer Familie • Zahlen für KW11: 711 Proben, 326 pos. (45,8%), viele zur Freitestung zu Isolations-/Quarantäneende (wird scheinbar teilweise auch verwechselt) • Sequenzuntersuchung auf B.1.1.7 läuft • Bericht aus ÖGD <ul style="list-style-type: none"> ○ Entisolierung in verschiedenen GA verschieden gehandhabt ○ GA Reinickendorf: KP von B.1.1.7 werden länger in Quarantäne geschickt, hier am Ende der 10d keine Freitestung mehr 	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> o GA Tempelhof Schöneberg tut dies noch und hält Personen je nach Viruslast länger in Isolation o GA wünschen bei Entisolierung keine Differenzierung nach Virusvariante oder nicht, einfach 14d Grundsatz-Isolierung o Dies wird nächste Woche bei der Dokumentenüberarbeitung erneut intensiv angeschaut • IBBS Bericht aus Klinikbereich: nun fast schon ausschließlich britische Variante 	
10	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	IBBS
11	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> • Kapazitätenmonitoring: nach Rückgang ist nun erneut ein Anstieg sichtbar, z.B. durch Schulausbrüche in SN wo KoNa nun nicht mehr schnell durchführbar ist • Ebenso gestern Bericht aus Frankfurt, dass die KoNa nach Flügen nicht mehr machbar ist 	FG38
12	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG32
13	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) Gruppe IGV-benannter Flughäfen GA <ul style="list-style-type: none"> • Gestern Austausch, berichte von zunehmend angespannter Lage • Risiko-/Virusvariantengebiete werden als nicht sinnvoll erachtet, dies wurde auch hieraus ans BMG weitergegeben • Gruppe funktioniert sehr gut und plant eine Aufarbeitung der Reaktion, eine gemeinsame Publikation wurde im BGB veröffentlicht, gruppe 	FG38
14	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) Lagepostfach BMG Erlassbearbeitung <ul style="list-style-type: none"> • Das BMG-Lagepostfach zur Erlassbearbeitung funktioniert noch nicht, das RKI-LZ wird weiterhin von allen Seiten angesteuert • In letzten Tagen viele Fragen zu den gleichen Themenkomplexen, Schnelltests, Verfügbarkeit Antigentests, sehr unkoordiniert, es ist schwer für das RKI, den Überblick zu bewahren, Risiko von Inkohärenzen • BMG-Funktionspostfach wird bei Antworten immer mit eingebunden, hoffentlich erfolgt die Kanalisierung zeitnah • Weitere Beobachtungsphase von 2 Wochen, danach ggf. Rückmeldung ans BMG nach, privaterlasse sind schwierig und RKI kann nicht gut überblick bewahren 	FG38
15	Wichtige Termine <ul style="list-style-type: none"> • GMK am Montag 	alle



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

16	Andere Themen <ul style="list-style-type: none">• VPräs: großes Lob von Lauterbach ans RKI!• Nächste Sitzung: Montag, 22.03.2021, 13:00 Uhr, via WebEx	