



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 27.07.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Ute Rexroth

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG35	
!	Institutsleitung	o	Christina Frank
	o Lothar Wieler	!	FG36
	o Esther-Maria Antao	o	Stefan Kröger
!	Abt. 1	o	Kristin Tolksdorf
	o Martin Mielke	o	Udo Buchholz
!	Abt.2	!	FG37
	o Michael Bosnjak	o	Tim Eckmanns
!	FG14	!	Presse
	o Melanie Brunke	o	Ronja Wenchel
!	FG17		
	o Susanne Duwe	!	P1
!	FG21	o	Ines Lein
	o Wolfgang Scheida		
!	FG26	!	MF4
	o Lena Walther		
!	FG31	o	Janina Esins
	o Ute Rexroth		
	o Ulrike Grote	!	ZBS7
	o Christian Wittke (Protokoll)	o	Agata Mikolajewska
	o Juliane Seidel	o	Christian Herzog
!	FG32		
	o Claudia Sievers	!	ZIG1
	o Justus Benzler	o	Sarah Esquevin
!	FG33	!	BZgA
	o Ole Wichmann	o	Oliver Ommen







	<p>Hospitalisierten ab 60+.</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <p>8. Leichter Rückgang in nahezu allen BL; Peak scheint erreicht</p> <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <p>9. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000</p> <p>10. Anzahl der LK mit höheren Inzidenzen ist abnehmend</p> <p>11. Leichter Rückgang im Westen</p> <p>Heatmaps</p> <p>12. In der Gruppe der Hochaltrigen (80+) leichte zunehmende Inzidenz</p> <p>13. Leichter Rückgang in allen anderen AG</p> <p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <p>14. Todesfälle nehmen leicht zu</p> <p>15. Mit Nachmeldungen ist zu rechnen</p> <p>Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <p>16. Leichte Zunahme der Übersterblichkeit ggf. auf Hitzetage zurückzuführen</p> <p>Meldung von Antigentests</p> <p>17. Anhand der Meldungen von Antigentests keine Auswirkungen in Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie erkennbar</p> <p>18. Anteil der COVID-Fälle mit Antigennachweis geht bereits seit KW21 zurück und nicht erst seit der Umstellung der Teststrategie</p> <p>Anzahl DEMIS Meldungen aus Testzentren</p> <p>19. Meldungen aus Testzentren zeigen ebenfalls keine Veränderungen im Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie</p> <p>○ Testzahlerfassung Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der durchgeführten Tests sinkend im Vergleich zur Vorwoche (aufgrund der Ferienzeit)</li><li>▪ Positivenanteil bei 55% (steigende Entwicklung)</li><li>▪ Kein nennenswerter Unterschied zwischen den BL, leichter Rückgang in allen BL</li><li>▪ Rückgang Anzahl der Testungen pro 100.000 EW in allen Altersgruppen</li><li>▪ Positivenanteil Anstieg nur in AG 80+</li><li>▪ Meldepflicht stationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §20a Abs. 7<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Knapp 10% der Bewohnenden ist nicht geimpft, im Vergleich zu Beschäftigten und Gästen jedoch am besten durchgeimpft</li><li>▪ Deutliche Unterschiede zwischen den BL: 11% der Bewohnenden in SN haben keine Impfung, während es in SH nur 3% sind</li></ul></li></ul> <p>VOC-Bericht Folien <a href="#">hier</a></p> <p>20. BA.5 Anteil vergrößert sich um 2% auf insgesamt 88,8%</p> <p>21. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder rückläufig</p> <p>22. BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 mit 26,9%, danach</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36</p>
--	---	--



	<p>BE.1.1 mit 23,1%</p> <p>23. Neue Linie BA.2.75 sehr schwach in D vertreten (insgesamt 6 Fälle)</p> <p>Syndromische Surveillance Folien <a href="#">hier</a></p> <p>GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 29. KW 2022 bei 4.600 ARE (Vorwoche: 5.800) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 3,8 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (28. KW: ca. 4,8 Millionen)</p> <p>24. ARE gesamt: Rückgang 4,6 % (Vorwoche: 5,8 %); Vorwochenwert ist um 0,3 Prozentpunkte „gestiegen“</p> <p>25. Trend: in den letzten Wochen stabil oder sinkend</p> <p>26. Rückgang bei Kindern (von 9,2 % auf 8,0 %), bei Erwachsenen: 4,1 % (Vorwoche: 5,2 %)</p> <p>27. ILI gesamt: gesunken (von 2,0 auf 1,7 %); (Wochenvorwert: 2,0 %);</p> <p>28. Rückgang bei den Kindern und Erwachsenen ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>29. In der 29. KW wurden bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche.</p> <p>30. Ca. 1.400 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</p> <p>31. 29. KW 2022: ca. 1,1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</p> <p>32. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig. Liegt in KW 29 insgesamt mit 1.357 (Vorwoche: 1.630). Liegt erstmals seit 4 Wochen insgesamt bei 1.400</p> <p>33. über dem Bereich der Vorjahre zur 29. KW, aber auch in allen AGs deutlich höher</p> <p>34. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 6 und 26 %)</p> <p>35. - KI (insgesamt) in 12 von 12 Regionen zur stabil oder gesunken; bei 0-4-Jährigen: 10 von 12 Regionen gesunken oder stabil; Schulkinder: 9 von 12 Regionen gesunken; 11 von 16 Bundesländern haben Ferien ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>36. seit KW 22/2022 wird insgesamt wieder ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet, KW 29/2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken</p> <p>SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe bis zur 29. KW 2022</p> <p>37. in KW 29/2022 sind die Werte in den Altersgruppen der 5- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche gesunken, in den anderen Altersgruppen weitestgehend stabil geblieben</p> <p>38. seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre, Trend jetzt eher stabil</p> <p>ICOSARI</p> <p>39. SARI-Fallzahlen in KW 29 weiter eher stabil auf niedrigem Niveau, aber seit KW25 etwas über den sonst üblichen</p>	<p>(Kröger)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	--	---



	<p>Zahlen während der Sommer-/Ferienzeit</p> <p>40. SARI-ICU seit KW 25 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau</p> <p>41. Anteil COVID-19 an SARI ist aktuell nicht weiter angestiegen, KW 29: 42 % (Vorwoche: 44 %)</p> <p>42. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 51 % (Vorwoche 53%).</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>43. 4,7 COVID-SARI pro 100.000</p> <p>44. Entspricht ca. 3.900 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D.</p> <p>Entwicklung COVID-SARI 17. KW bis 29. KW 2022</p> <p>45. Seit KW 25 abgeschwächter Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in der Altersgruppe 80+</p> <p>46. In AG 60-79 weiterer Anstieg der COVID-SARi Fälle mit Intensivbehandlung ab KW28</p> <p>47. Anstieg Todesfälle in KW 24/25 in AG 80+ hat sich aktuell nicht fortgesetzt</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>48. Gleichbleibend niedriger Probeneingang in vergangener Woche (etwa 60 Proben insgesamt). Davon:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. SARS-CoV-2 16%</li><li>2. PIV 18%</li><li>3. HRV 16%</li><li>4. H3N2 5%</li></ol> <p>49. 55% der Proben waren positiv für Viren</p> <p>50. Kein Nachweis von endemischen Corona Viren</p> <p>51. Kein Nachweis von RSV und HMPV</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien <a href="#">hier</a></p> <p>DIVI-Intensivregister</p> <p>52. Mit Stand 27.07.2022 werden 1.561 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>53. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung</p> <p>54. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.443 in den letzten 7 Tagen; weiterhin Anstieg</p> <p>55. Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen. Aktuell bei etwa 40 pro Tag,</p> <p>56. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiterhin steigend</li><li>2. Am geringsten in MV mit 4%</li><li>3. Hauptteil der BL hat einen Anteil zwischen 6 – 9%</li><li>4. Top 3 der BL: Bremen (12%) Saarland (11%) und Bayern (10%)</li></ol> <p>57. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anstieg in allen Behandlungsgruppen</li><li>2. Prozentual ist der tägliche Anteil der Behandlungsschwere der COVID-Patient:innen relativ stabil</li></ol> <p>58. Einschätzung Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Belastung und Personalmangel steigt weiterhin</li></ol>	<p>FG17 (Duwe)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	--	---



	<p>59. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben</li><li>2. Anteil der 60+ hat sich bei 80% eingependelt</li><li>3. Leichte Zunahme bei den unter 40-Jährigen</li></ol> <p>60. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen</p> <p>Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p>○ Psychische Gesundheit (alle 4 Wochen) Folien <a href="#">hier</a></p> <p>"Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung - Update der engmaschigen Mental Health Surveillance auf der Grundlage von RKI Surveydaten"</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Update depressive Symptome &amp; weitere Indikatoren</li><li>▪ Engmaschige Mental Health Surveillance. Datengrundlage: GEDA/COVIMO</li><li>▪ Berücksichtigte Indikatoren:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Subjektive psychische Gesundheit</li><li>○ Depressive Symptome</li><li>○ Angstsymptome</li><li>○ Einsamkeit</li><li>○ Soziale Unterstützung</li></ul></li><li>▪ Datenauswertung: Graphische Zeitreihen, Predictive Margins aus linearen und logistischen Regressionen, gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region, standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bildung</li><li>▪ Ergebnisse:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Wahrgenommene soziale Unterstützung in Pandemiezeiten geringfügig zugenommen</li><li>○ Depressive Symptome nach Rückgang zu Pandemiebeginn mehrfach zugenommen</li><li>○ Zunahme des Anteils mit auffälligem Niveau an depressiven Symptomen</li><li>○ Einsamkeit nahm tendenziell ab</li><li>○ Angstsymptome nahmen zu</li><li>○ Subjektive psychische Gesundheit verschlechterte sich</li></ul></li><li>▪ Fazit:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Während das Erleben von Einsamkeit eher abnahm, verschlechterte sich die subjektive psychische Gesundheit. Zugleich deutete sich ein vermehrtes Auftreten von Angstsymptomen an (2021-2022)</li><li>○ Die Stratifizierung der Ergebnisse nach Bevölkerungsgruppen zeigt teilweise Risikogruppen und resiliente Gruppen auf.</li><li>○ Auffällig ist eine sprunghafte Dynamik seit Anfang 2022. Es wird sich zeigen, ob diese Entwicklungen vorübergehend waren.</li><li>○ Die Entwicklungen finden im Kontext multipler kollektiver Krisen statt.</li></ul></li></ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gibt es Hinweise aus Verbrauchsdaten von Psychopharmaka</li></ul>	<p>FG26 (Walther)</p>
--	---	---------------------------



	<p>die mit diesen Ergebnissen korrelieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solche Ergebnisse sind bisher nicht bekannt und werden aktuell in der Mental Health Surveillance nicht beobachtet</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inwieweit sind die Erhebungsinstrumente validiert und wie robust gegenüber einer im Verlauf der Pandemie externen ansteigenden Thematisierung welche Selbstwahrnehmung beeinflusst?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Messvarianz der Instrumente ist ein großes Thema das genauer untersucht werden sollte und wird mitberücksichtigt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wann und wie werden diese Daten publiziert? Bitte um weite, öffentliche Verbreitung dieses Themas mit Hintergrundgespräch der Presse. Vorschlag einer Vorstellung in Verbindung mit BPK. Bestärkung um Wichtigkeit.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Öffentliche Veröffentlichung ist für den Herbst angedacht</li> <li>○ Pre-Print steht unmittelbar bevor</li> </ul> </li> </ul> <p>Vorstellung zur BA.5 Schwere Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! WHO Überblick der Omikron VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Informationen legen nicht nahe, dass BA.5 mehr schwere Verläufe verursacht oder schwerwiegender ist als BA.2 oder BA.4</li> </ul> <p>! BA.5 Schwere international – ausgewählte Studien (Pre-Prints)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Südafrika: Keine erhöhte Schwere von BA.4/BA.5 im Vergleich zu BA.1/BA.2</li> <li>○ Dänemark: Erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung bei BA.5, Impfeffektivität gegen BA.5 vergleichbar mit BA.2</li> <li>○ Portugal: BA.5 Fälle mit Booster-Impfung hatten ein um 3,4 höheres OR einer Hospitalisierung im Vergleich zu BA.2 Fällen. Zeitgleich keine Evidenz für eine reduzierte vaccine effectiveness. Fazit: COVID-19 Boosterimpfung bietet substanzialen Schutz gegen schwerwiegende Outcomes</li> </ul> <p>! BA.5 in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beginn seit KW 17/18, Mehrheit seit KW23</li> </ul> <p>! Veränderung der Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saisonale Faktoren sind zu beachten</li> <li>○ Weitere Faktoren: Allgemeine Seroprävalenz, Maßnahmen-Compliance in Zusammenhang mit Verhaltensregel, Immunität durch Impfung seit Impfzeitpunkt</li> </ul> <p>! BA.5 vs. BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansatz: Fälle mit Variantennachweis mittels Sequenzierung und vollständigen Angaben</li> <li>○ Aktuell: Vergleich und Diskussion verschiedener Modelle inkl. Adjustierung für Meldewoche</li> <li>○ Modelle in Diskussion, aber gemein ist bisher allen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BA.5 führt nicht weniger zu schweren</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Kröger)</p>
--	---	--------------------------





	<p>Verläufen als BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Ergebnisse:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr hohes Risiko für Hospitalisierung für Alte und hochaltrige Menschen</li> <li>▪ Geringeres Risiko für Hospitalisierung für „Geboosterte“ vs. Grundimmunisierte</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studien zu BA.5 vs. BA.2 aus Portugal und Dänemark: Höhere OR BA.5 bei Hospitalisierungsrate ohne Rückführung auf ggf. höhere Virulenz bei BA.5             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es fehlen Informationen darüber, inwiefern der Faktor Seroprävalenz in die Berechnungen mit eingeflossen ist. In keinen der bisherigen Modelle zeigt sich ein geringeres Risiko für Hospitalisierungen oder schwerwiegenden Verläufen für BA.5</li> </ul> </li> <li>▪ Anmerkung zur Änderung der Virulenz. Einbezug von Faktoren sinnvoller, die weniger abhängig von einer Blackbox wie z.B. das Testverhalten sind. Zuverlässiger Parameter für die Virulenz ist eine Vollerhebung jeden Patienten im Krankenhaus zu testen. Entsprechende Daten könnten zur Rate gezogen werden. Ein weiterer Aspekt eines qualitativen Parameters: Hospitalisierung bei Altersgruppen unter 60 Jahren.</li> <li>▪ Bericht Impfquoten bei Beschäftigten, Betreuten und Gäste: Haben die Ergebnisse Konsequenzen bzw. gab es bisher schon Rückmeldungen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine konkreten Erwartungen an das RKI formuliert. Keinerlei Rückmeldungen bisher.</li> <li>○ In der Presse wird über Forderungen berichtet, die Impfpflicht zurückzunehmen. Die Berichterstattung des RKI spielte dabei keine Rolle.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>STIKO Update Treffen heute Nachmittag. Themen: Monoklonale Antikörper als Prophylaxe, Novavax Ausdehnung der Zulassung auf Jugendliche, Ausdehnung der zweiten Boosterimpfung auf welche Bevölkerungsgruppe              Bevorstehende Sommerimpfkampagne koordiniert durch das BMG              Vorbereitung des zweiten Monatsberichts. Publikation nächste Woche.              Publikation im EpiBull nächste Woche zum Thema: Review zum Schutz nach durchgemachter Infektion              Publikation eines Systematic Reviews in Bezug auf die Wirksamkeit der Impfungen vor Omikron-Infektionen wurde angenommen</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist der aktuelle Stand zu nasalen lokalen Impfstoffen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher keine weiteren Informationen. In diesem Jahr ist damit nicht mehr zu rechnen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 33              (Wichmann)</p>



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Version 2.25 CWA ab heute 18:00 Uhr – Update Anpassung Handlungsempfehlungen nach grüner/roter Kachel                  Mental Health auch für Social Media wichtig. Austausch mit Frau Walther</p> <p>Es steht im Raum, dass die Krankenhäuser ab Mitte September (sofern das Gesetz verabschiedet wird) die Hospitalisierungen verpflichtend per DEMIS-Schnittstelle melden sollen. Das würde die Depriorisierung der Anbindung von Testzentren bedeuten.</p>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>FG31 (Rexroth)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Formulierungen in Hinblick bei Erwähnung eines Anstieges kritisch betrachten bzw. ggf. streichen, da derzeit Plateau/Rückgang.</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Message für den Wochenbericht                  Syndromische Surveillance über Sommerniveau                  ITS-Belegung, Hospitalisierungsinzidenz</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel, Degen)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis: Absprachen mit BMG werden von BMG-Seite aus häufig nicht in Protokollform formuliert. Bitte um Anfertigung kurzer Gesprächsnotizen</li> </ul>	<p>Alle</p>



<b>9</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>  AG Labor beim BMG, hat durch den Weggang von Fr. Korr vorübergehend eine Pause eingelegt, die jetzt vorbei ist. Frau Schlager vom Referat 614 führt die AG weiter.	Abt.1 (Mielke)
<b>11</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:44 Uhr**