



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Montag, 24.08.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Ute Rexroth

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 -
 - ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
 - ! FG12
 - Annette Mankertz
 - ! FG14
 - Melanie Brunke
 - ! FG17
 - Thorsten Wolff
 - Barbara Biere
 - ! FG21
 - Patrick Schmich
 - ! FG 24
 - Martin Thißen
 - ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Amrei Wolter (Protokoll)
 - Alexandra Hofmann
 - ! FG32
 - Claudia Sievers
 - Michaela Diercke
 - ! FG33
 - Ole Wichmann
 - ! FG34
 - Matthias an der Heiden
 - Claudia Winklmayr
 - ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
 - ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - ! ZBS7
 - Michaela Niebank
 - ! MF4
 - Janina Esins
 - ! P1
 - Ines Lein
 - ! P4
 - Dirk Brockmann
 - Jakob Kolb
 - Robert Bruckmann
 - ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
 - ! ZIG1
 - Romy Kerber
 - Carlos Correa-Martinez
 - ! BZgA
 - Nina Horstkötter





	<p>Testkapazitäten</p> <p>13. Anzahl der Tests haben um 6% im Vergleich zur Vorwoche abgenommen</p> <p>14. Positivenanteil abgenommen (38,4%)</p> <p>15. Kapazität auf hohem Niveau: 2,7 Mio. Test</p> <p>16. 533.000 PCR-Test durchgeführt, Positivenanteil 38,4%</p> <p>Molekulare Surveillance</p> <p>17. Keinen Drop bei Sequenzierungen</p> <p>18. Dominanz durch BA.5 mit 95%, BA.4 stabil</p> <p>19. Seit ein paar Wochen Stabilität von BA.4 und BA.5</p> <p>20. Anteil der älteren Linie ist stabil, innerhalb Sublinie Veränderungen</p> <p>21. BA.2.12.1 Anteile fallen ab</p> <p>22. BA.2: BA.2.7.5 steigt leicht an, kleine Zahlen (wird in Indien angenommen, in DE bei 0,2%)</p> <p>23. Innerhalb BA.5 BA.5.1 und BA.5.2</p> <p>ARS-Daten</p> <p>24. Test stabil in BE und BB und MPV</p> <p>25. Andere BL Rückgang (BY, TH, SH)</p> <p>26. KH testen stabil, Arztpraxen halbieren Testungen in den letzten 5 Wochen; hängt vermutlich mit Ferien zusammen</p> <p>27. Prozentualer Anteil der Positiven geht leicht zurück, in KH und Arztpraxen gleichbleibend</p> <p>28. Mehr Testungen, mehr Positiv, weniger Testungen weniger positiv</p> <p>29. Kein Ausreißer in den Altersgruppen, gleichmäßige Testungen aber insgesamt weniger</p> <p>30. Positivenanteil der 5-14-Jährigen steigt an, 0-4-Jährige steigt ebenfalls an</p> <p>31. Leichter Abfall Ausbrüche Altersheim</p> <p>Syndromische Surveillance (Tolksdorf)</p> <p>32. ARE gesamt: gesunken 3,0 % (Vorwoche: 3,6 %); Vorwochenwert lag bei 3,7 %</p> <p>33. Trend: in den letzten Wochen (seit 28. KW) bis 31. KW ein rückläufiger Trend, erstmals wieder Anstieg in KW 32, hat sich aber in KW 33 nicht fortgesetzt.</p> <p>34. liegt mit 3,0 % im Bereich der Vorjahre zur 33. KW</p> <p>35. Anstieg bei den Kindern: 5,9 % (Vorwoche: 5,4 %); Rückgang bei den Erwachsenen: (2,6 %; Vorwoche: 3,3 %)</p> <p>36. ARE 5 AG: Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen (Anstieg um 42 %), in allen anderen AGs gesunken</p> <p>37. Ambulanter Bereich entspannt sich</p> <p>38. In der 33. KW wurden bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche</p> <p>39. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig in KW 33 insgesamt mit 775 (Vorwoche: 937) liegt bei ca.800; seit KW 28 rückläufig</p> <p>40. Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 33. KW, aber auch in allen der ab 15-Jährigen höher (nicht mehr ganz so deutlich wie in den Vorwochen); bei den 0-4-Jährigen ähnlich der vorpandemischen Werte</p> <p>41. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 16 % und 27 %)</p> <p>42. 70 % der BL noch in den Sommerferien (in NW, MV und</p>	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	--



	<p>SH hat Schule wieder begonnen in KWW 33 dort bereits Anstieg bei den Schulkindern erkennbar, besonders in NW)</p> <p>43. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ab KW 22/2022 deutlich angestiegen war, wird seit KW 29/2022 insgesamt ein Rückgang der Werte beobachtet</p> <p>44. SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in AG bis zur 33. KW 2022 sind die Werte in allen AG gesunken, seit KW 29/2022 setzt sich der rückläufige Trend fort</p> <p>45. SARI-Fallzahlen sind in der 33. KW 2022 insgesamt nur leicht gesunken, SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil geblieben im Vergleich zur Vorwoche, Weiterhin auf üblichem Sommerniveau</p> <p>46. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 33 stabil: 28 % (Vorwoche: 30 %)</p> <p>47. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls stabil: 28 % (Vorwoche: 27 %),</p> <p>48. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1%</p> <p>49. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau</p> <p>50. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten der Vorjahre</p> <p>51. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist stabil im Vgl. zur Vorwoche</p> <p>52. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 33. KW 2022: Gesamt: 2,6 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 2.200 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>53. Wenig Änderungen, leichter Rückgang SARS-CoV-2 (16%)</p> <p>54. Sporadische Infektionen HKU1</p> <p>55. Nachweis von AH3N2</p> <p>56. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar</p> <p>57. Rhinoviren und Parainfluenzaviren in gleichen Anteilen nachweisbar, untergeordnete Rolle RSV</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
<p>2</p>	<p>Update Impfen</p> <p>Am Montag Sitzung der PEIKO-AG Teilnahme externer Expert:innen und BMG Besprechung der Arbeitsweise und Themenpriorisierung 3 Themen</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>



	<p>6. Variantenimpfstoff</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Steht kurz vor Zulassung, Unklarheiten bzgl. Timelines, 60 Mio. vorbestellt 2. BA.1-Impfstoffe kommen voraussichtlich September, BA.5-angepasster Impfstoff kommt voraussichtlich im Oktober 3. Impfstoff Valneva wird kommen, angeblich nächste Woche. Impfstoff wird ausgeliefert, aber nicht verteilt, dauert vermutlich noch 2 Wochen. Hiervon wurde nicht viel eingekauft. Ist ein Totimpfstoff, Empfehlung von PEIKO folgt, nur für Grundimmunisierung und für 18-50-Jährige 4. Wunsch Ärzteschaft: Nachschärfung Algorithmen der Konstellationen (Geimpft/Genesen): wird in 4-6 Wochen auf die Agenda gesetzt, PEIKO derzeit an Review mit WHO und Kanada zur Wirksamkeit der verschiedenen Konstellationen 5. Nachrangig: Zulassung Kleinkinder (unter 4 Jahre) und Auffrischimpfung <p><i>Diskussion</i></p> <p>! In IfSG-Novelle: Geplant: 3 Monate nach letzter Impfung gilt man als geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Es geht nicht darum, dass man als geimpft gilt, sondern es gibt eine Ausnahme der Maskenpflicht für bestimmte Räume in der Öffentlichkeit für die 3 Monate o Höhere Impfabstände werden empfohlen (STIKO alle 6 Monate), für den Zeitraum nach der Impfung wird eine Erleichterung geschaffen. Ob es verabschiedet wird ist offen <p>! Algorithmus: wer gilt als ausreichend geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o STIKO: Verhinderung schwerer Fälle im Fokus o Transmission und neuer Impfstoff: Hoffnung, dass durch adaptierte Impfstoffe besser in Verhinderung auf Transmission o Herkömmlicher wirkt gut vor schweren Infektionen/Erkrankungen <p>! Variantenangepasster Impfstoff der Transmission verhindert; wird neuer Selektionsdruck geschafft?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Transmissionsblockierend wird nicht erwartet. Höhere AK-Level, wird eher von nasalen Impfstoffen erwartet, diese sind noch in Entwicklungspipeline <p>! Sind die Impfstoffe bivalent oder monovalent?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Erstmal bivalente Impfstoffe (BA.1, BA.4, BA.5-Impfstoffe), andere Hersteller haben monovalente Impfstoffe in der Pipeline, moving target, Einreichung bei EMA ist unklar, Diskussion läuft auf europäischer Ebene 	
<p>3</p>	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>



<p>4</p>	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Plausibilitätsprüfung Nicht „Betrug“ sondern „Auffälligkeiten“ Meeting mit Köln, Datenabgleich CWA Wird bis Mai 2023 weiterbetrieben werden Verhandlungen mit Industriepartnern CWA und Maske ist in Umsetzung Gelder vom BMG stark gekürzt Prognose daher schwer abzugeben <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Personelle Ressourcen werden weiterhin aus dem Haus getragen, vermutlich wird eine neue Ausschreibung ab Mai 2023 geschrieben 	<p>FG21 (Schmich)</p>
<p>5</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bereitstellung von Daten und Forschungsergebnissen in einem Webportal nach den FAIR-Prinzipien: findable, accessible, interoperable, re-usable 3. Bereitstellung eines strukturierten Austauschs zwischen den Ländern über bewährte COVID-19-Verfahren und Fachwissen. 4. Förderung der Interoperabilität und Bekämpfung von Ungleichheiten bei Gesundheitsinformationen. <p>60. 4 Kleinstudien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direkte und indirekte Folgen der COVID-19-Infektion in vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter Bezugnahme auf Ungleichheiten 2. Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen 3. Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen 4. Veränderungen in der psychischen Gesundheit der Bevölkerung <p>61. Erforschung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit der europäischen Bevölkerung</p> <p>62. Pilotaktivitäten für den Nutzen und Mehrwert der Forschungsinfrastruktur, indem Daten aus verschiedenen europäischen Ländern zusammengeführt und die Ergebnisse in die förderierte Forschungsinfrastruktur eingespeist werden</p> <p>Hat die COVID-19-Pandemie die bestehenden Muster der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung außerhalb von COVID-19 verändert?</p> <p>63. Wales: Rate der Herzinfarkte pro 100.000 Einwohnern 2020 im Vergleich zu 2018/2019 hin zum Lockdown (mit steigenden Infektionszahlen) stark gesunken ! Weniger Inanspruchnahme, weniger Diagnosen</p> <p>64. Danach sprunghaft auf ein Niveau über 2018/2019 angestiegen ! verzögerte Diagnosen</p> <p>65. Bei einem Ländervergleich mit mehreren Outcomes sieht man bei der Veränderung der Inzidenz:</p> <p>66. Den gleichen starken Rückgang von Herzinfarkten zu Zeiten des Lockdowns in 2020 (März/April) ! Ende 2021 auf einem vorpandemischen Niveau; bei Schlaganfällen</p>	<p>FG24 (Thißen)</p>



	<p>liegen wir unter diesem Niveau von 2019</p> <p>67. Bei Hüft- und Knieersatz sind die Entwicklungen eindeutiger! März/April 2020 starker Abfall der Inzidenzen und bis heute nicht wieder auf vorpandemisches Niveau</p> <p>Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen verbunden mit der Pandemie?</p> <p>68. Absolute Zahlen: 2017-2020! Zu Beginn 2020 in allen Ländern zurückgehende Zahlen (in Italien eklatant); insgesamt aber in Belgien, Spanien und Wales anschließend ein steigender Trend zu verzeichnen</p> <p>69. Starke Zunahme der Zeitintervalle von der Diagnose bis zur operativen Behandlung nach dem Lockdown 2020</p> <p>Frühgeburtenrate während der Pandemie:</p> <p>70. In mehreren Ländern kam es während der Pandemie zu einem deutlichen und kontinuierlichen Rückgang der Frühgeburtenraten: Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich.</p> <p>Fehlgeburtenrate</p> <p>71. In den meisten Ländern sind die Totgeburtenraten im Jahr 2020 oder im Zeitraum März bis September 2020 nicht gestiegen. In einigen Ländern gab es jedoch einen signifikanten Anstieg, der in Österreich, der Tschechischen Republik und Slowenien erheblich war.</p> <p>Veränderung der psychischen Gesundheit während der Pandemie oder der Lockdowns (Bereich Inanspruchnahme):</p> <p>72. Beispiel hier bezieht sich auf Finnland: Gesamtbesuche versus Erstkontakte mit Versorgungseinrichtungen der mentalen Gesundheit</p> <p>73. In den Sommermonaten das typische Sommerloch mit einem Rückgang der Zahlen! Anstieg der Gesamtbesuche von 2019-2021 von 7%</p> <p>74. Dagegen sind die Erstkontakte um 6% stark gesunken</p> <p>Diagnosen von Depressionen:</p> <p>75. Bei beiden Geschlechtern großer Spike nach unten in 2020 und insgesamt liegt die Anzahl diagnostizierter Depression in 2020-2021 klar unter dem Niveau von 2017-2019 als vorpandemischer Zeiten.</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deutsche Daten liegen vor, müssen analysiert werden ○ Rückgänge können unterschiedliche Erklärungsmuster haben ○ Verzögerte Diagnostik, Interpretation der Datenlage ist schwierig, da aggregierte Daten 	
<p>6</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
<p>7</p>	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	



8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA (nicht berichtet)</p> <p>Presse Überarbeitung FAQ COVID-19</p> <p>P1 (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Horstkötter)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
9	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Bericht Impfungen Bewohnende/Beschäftigte/Gäste in Einrichtungen Daten von 12.000 Altenheimen, Veröffentlichung am 22.08.2022 4. Impfung bei Bewohnenden und Gästen häufiger als bei Beschäftigten Entwicklung April 2022 – Mai 2022: keine großen Veränderungen, nur 4. Impfung Impfquote nach Beschäftigte nach BL: in Sachsen 17% keine Impfung, Unterscheidung nach LK: Leipzig mit 5% im Durchschnitt Höchste Übersterblichkeit in Sachsen Wunsch nach Unterstützung, da ab 01.01.23 Wegfall der Containment Scouts, Antrag wird gestellt</p> <p>RKI-intern (nicht berichtet)</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
10	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Als Info: Die Eingliederungshilfe soll abgedeckt werden durch KRINKO, eine Adhoc AG wird eingerichtet, FG14 und FG37 unterstützt hier. Erwartung: Ende August/Anfang September Treffen, Ende September Bericht Abdeckung Eingliederungshilfe. BMG will Informationen hierzu vorliegen haben. Adhoc AG ist erstmal unabhängig von KRINKO, soll aber langfristig von KRINKO übernommen werden</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
13	<p>Surveillance</p> <p>Analysis of COVID-19 and Influenza mortality in Germany using a flexible spline model</p>	<p>FG34, FG36 (Winklmayr, Buchholz, an</p>



	<p>Geschätzte Inzidenz geteilt durch die offizielle Inzidenz und Verhältnis Antigen/PCR weist deutliche Korrelation auf <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Weniger schwere Erkrankungen und Todesfälle in Omikron-Welle, mehr Antigentestungen bei wenigen Symptomen ! Anfang der Pandemie: Jede Infektion zu erfassen. Kann kein Surveillancesystem leisten. Trends durch Arztbesuche abbilden. Wandel; nicht jeder geht zum Arzt, ist aber auch nicht notwendig ! In Meldedaten können Trends abgelesen werden ! Lösen wir das Problem der Untererfassung, indem Antigenteste meldepflichtig gemacht werden? ! Unter aktuelle Lage wäre ein Slot gewesen, zur besseren Kommunikation wäre eine Information vorab besser gewesen ! Meldeinzidenz mit junger Datengruppe vergleichen? <ul style="list-style-type: none"> o Wurde durchgeführt, sieht extremer aus <p>ToDo <i>Darstellung der Untererfassung in einer FAQ (FG32, FG36, Presse). Entwurf durch FG32 und FG36</i></p>	
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Bitte um Unterstützung aus mehreren OEs</p>	FG31
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 31.08.2022 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:04 Uhr