

Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Teilnehmende:	! FG32
! Institutsleitung	○ Claudia Sievers
○ Lars Schaade	○ Michaela Diercke
! Abt. 1	! FG33
! Abt. 2	○ Jonathan Fischer-Fels
○ Michael Bosnjak	! FG34
! Abt. 3	! FG35
○ Tanja Jung-Sendzik	! FG36
! FG11	○ Walter Haas
! FG12	○ Silke Buda
○ Annette Mankertz	○ Kristin Tolksdorf
○ Sebastian Voigt	! FG37
! FG14	! ZBS1
○ Mardjan Arvand	! ZBS7
○ Melanie Brunke	○ Michaela Niebank
! FG17	! MF3
○ Ralf Dürrwald	! MF4
! FG21	○ Martina Fischer
○ Patrick Schmich	! P1
○ Wolfgang Scheida	○ Christina Leuker
○ Justus Benzler	! P4
! FG23	! Presse
! FG 24	○ Susanne Glasmacher
○ Thomas Ziese	○ Marieke Degen
○ Anke Christine Saß	○ Ronja Wenchel
! FG25	
○ Christina Poethko-Müller	! ZIG
○ Christa Scheidt-Nave	! ZIG1
! FG31	○ Carlos Correa-Martinez
○ Ute Rexroth	! ZIG2
○ Antonia Hilbig	! ZIG4
○ Claudia Siffczyk	! BZgA
	○ Linda Seefeld





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien hier Weltweit: Fälle, Todesfälle Datenstand: WHO, 25.10.2022 Übersicht der Prozent-Veränderungen in den letzten 7 Tagen: Global betrachtet sinken die Fall- und Todesfallzahlen Amerika (+3.5%, aufgrund der Anstiege in Inselstaaten, und Anstieg in Chile); Asien: Anstieg Todesfallzahlen Situation in Europa: höchste 7TI in Österreich, gefolgt von D und F, Fallzahlen insgesamt sinkend (verschiedene Teststrategien spielen hier mit eine Rolle) ECDC Information/Einschätzung: nur wenige Länder melden noch Anstiege; In Ländern, in denen Anstiege zu verzeichnen sind, verlangsamten sich diese. Situation Ü65: Fallzahlen steigen; erhöhte Transmission und Todesfälle in Langzeitpflegeeinrichtungen. BQ.1 (Sublinie von BA.5): am 20.10 von der ECDC als Variant of Interest eingestuft. In F Anteil im Vergleich zu anderen Ländern mit 19% am höchsten; USA; 11%; Immunevasion als Ursache für Anstieg (2 zusätzliche Mutationen im Spike- Protein); eine erhöhte Krankheitsschwere ist bisher nicht zu beobachten; Modellierung ECDC: eine Dominanz von BQ.1 in Europa wird für Mitte Nov/Anfang Dez erwartet;</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 35.383.015 (+94.787), davon 152.997 (+242) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 528/100.000 Einw. 7-Tages-Hospital.Inzidenz: 10,6/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Anzahl der aktiven Fälle nimmt ab, Anzahl Hospitalisierte pro Tag ebenfalls rückläufig. Bei Verstorbenen bisher kein Rückgang. ○ Rückgang 7TI in allen BL zu beobachten, Peak wurde vor 2 Wochen erreicht. ○ Heatmap Altersgruppen: In D anderer Trend als in übrigen europ. Ländern: in allen Altersgruppen Rückgang zu beobachten im Vergleich zur KW40. ○ Bei Todesfallzahlen ist noch kein Rückgang bemerkbar; ○ Destatis: nichts Auffälliges <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stand 26.10.22: 1729 COVID Patientinnen auf IST ○ Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung ○ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.503 in den letzten 7 Tagen. 	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>MF4</p>



	<p>Auch hier Rückgang.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstorbenenzahlen: noch auf Plateau. ○ Behandlungsbelegung: Viele Patientinnen mit resp. Unterstützung im Vergleich zu den Vorwellen (nur Winter 2020/21 war höher). Anzahl ECMO-Behandlungen hat leicht zugenommen, ebenfalls Zunahme bei leichter Unterstützung und Highflow. ○ Ein relativ großer Teil an unbekanntem Behandlungen zu verzeichnen. Nebenbefunde? Kann nicht differenziert werden. ○ Einschätzung der Betriebssituation: 64% teilweise bzw. stark eingeschränkt. Hauptgründe: Personalausfälle durch Krankheit ○ Altersverteilung: Belegungen werden dominiert (wie zuvor auch) durch 70-79 und Ü80-Jährige; ○ Seitwärtsbewegung in SPoCK prognostiziert. <p><u>Testkapazität und Testungen</u> (nicht berichtet)</p> <p><u>ARS-Daten</u> (nicht berichtet)</p> <p><u>VOC und Molekulare Surveillance, Folien hier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leichter Rückgang bei Anteil an Genomsequenzierungen: unter 1%; ○ Anteile für einzelne Varianten: Bild weiterhin stabil: BA.5 dominiert mit über 96%, BA.2 leichte Zunahme. BA.4 rückläufig. ○ BF.7 (Sublinie von BA.5): höchsten Anteil an allen BA.5 Sublinien (16%); alle anderen Sublinien recht stabil. ○ Pangolin Update hat einige Linien in Sublinien aufgeteilt. ○ BQ1.1 und BQ1: deutliche Zunahme zu beobachten. ○ BF.7, BA.275.2 und BQ1.1: dieselbe Spike-Mutation <p><u>Syndromische und virologische ARE-Surveillance, Folien hier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ARE Rate geht deutlich zurück. ○ GrippeWeb: 6.700 ARE (Vorwoche: 7.300) pro 100.000 EinwohnerInnen; Entspricht einer Gesamtzahl von 5,6 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (41. KW: ca. 6,1 Millionen) ○ ARE-Rate: Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg bei Kleinkindern und jungen Erwachsenen, in allen anderen Altersgruppen gesunken ○ AGI- ARE Konsultationen: Im Vergleich zur 41. KW 2022: Insgesamt deutlich gesunken; ca. 1.800 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (42. KW 2022: ca. 1,5 Mio. Arztbesuche wegen ARE) ○ ICOSARI: SARI Fälle insg. rückläufig. Auch im Intensivmed. Bereich. ○ Anteil COVID an SARI: stabil geblieben ○ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung: ebenfalls stabil (Influenza: leichter Anstieg aber auf niedrigem 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



	<p>Niveau).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0-4-Jährige: RSV-Diagnosen stark angestiegen in den letzten Wochen (20%); SARS-CoV-2: 5%, zunehmend Influenza detektiert (wenn auch noch wenige Fälle, 4%); Influenza bei 5-14-Jährige: 10% ○ Virologische Surveillance: Leichter Rückgang SARS-COV2 insgesamt zu verzeichnen. SARS-CoV-2: 34-60-Jährige und Ü60-Jährige am stärksten betroffen; Bei endemischen Coronaviren sehr wenig Aktivität. Deutlicher Anstieg der Influenza (H3N2); Positivenrate 16% - stärkstes Virus im Sentinel in KW42; Schüler am stärksten betroffen, aber Ausbreitung auf andere Altersgruppen zu beobachten. Bisher kein Nachweis bei Ü60; Rhinoviren und Parainfluenza-Viren gehen zurück, RSV-Anstieg auf 10% (in Übereinstimmung mit syndr. Surveillance) <p><u>Fragen/Zusätzliche Infos :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-4-Jährige COVID-SARI: sieht aus als ob der Anteil erhöht wäre, aber zusätzlich hat ein gewisser Teil der Kinder eine RSV Diagnose. RSV Welle kündigt sich deutlich früher als in den Vorjahren. - Mit steigender Influenza-Aktivität wird auch hier das Überschreiten der Grenzwerte zeitnah erwartet; RSV und Influenza könnten sich ebenfalls negativ auf negativ auf Bettenkapazitäten in den KH auswirken. - Welche Sublinie könnte sich durchsetzen? – Eine Vorhersage kann momentan nicht getroffen werden; BQ scheint international eher ein Problem zu sein, bei uns momentan eher BF.7. - Aktuelle Publikation in Nature Microbiology „Coinfection by influenza A virus and respiratory syncytial virus produces hybrid virus particles“ : Coinfektionen von InflA und RSV, hybride Viruspartikel infizieren Zellen, die normalerweise nicht durch Influenza infiziert werden würden. , in vitro-Versuche, evtl. auch relevant für Coinfektionen in vivo? – bisher keine Aussage darüber zu treffen <p><u>Message für den Wochenbericht:</u> Gewisse Entspannung zu sehen (Ferien in einigen BL); es kann keine Vorhersage getroffen werden, ob es so weitergeht. Im Winter steigt saisonales ARE Geschehen normalerweise nochmal an. Tal oder Ende der Welle? Noch nicht klar. Info aus ARE-Berichten: Influenza und RSV steigen deutlich an; ARE-Gesamtsituation durch ARE nicht mehr alleine durch COVID bestimmt und Schutzmaßnahmen und Prävention auch bei anderen Erregern zu beachten.</p>	<p>FG17</p> <p>Alle</p>
<p>2</p>	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Absatz zu Impfstatus Neuaufnahme PatientInnen auf ITS: einziger Abschnitt zum Thema Impfen, der noch im Wochenbericht drin ist. ! Letzte Woche wurden die Daten rausgenommen, was in sozialen Netzwerken stark diskutiert wurde. Abschnitt wieder mit aufnehmen? 	<p>Alle</p>



	<p>! Optionen: Aufnahme in Wochenbericht, auf DIVI-Seite oder im monatlichen Impfbericht</p> <p>! BMG möchte die Daten beibehalten, und Meldung in VO drin</p> <p>! DIVI: Impfstatus der Neuaufnahmen; hat mit Belegung/Belastung nichts zu tun. Hohes Risiko der Misinterpretation wenn Daten auf DIVI-Seite veröffentlicht werden.</p> <p><u>Entscheidung und To Do</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagezentrum: Rücksprache mit FG33 Daten in den Impfbericht mit aufzunehmen - Hinweis nächste Woche im Wochenbericht, wo Info und Daten zu finden sind - Wenn VO wieder überarbeitet wird: Anstreben, die Meldung rauszunehmen (Unterstützung durch DIVI Team erwünscht). 	
<p>3</p>	<p>Update Impfen</p> <p>Folien hier</p> <p>Aktuelle Zulassung: 4 zugelassene Omikron Impfstoffe, nur als Booster zugelassen und nur ab 12 Jahren.</p> <p>Kinderimpfstoffe: 6 Monate-5 Jahre, Biontech (3 Dosis-Impfung) und Moderna (2-Dosis-Impfung) in unterschiedlichen Konzentrationen.</p> <p>Angepasste Impfstoffe für alle Booster ab 12 Jahren empfohlen, keine Unterscheidung BA.1 und BA.4/5</p> <p>Keine Veränderung der Indikationsgruppen; keine Empfehlung der STiKO für 4 Impfung für U60-Gruppe.</p> <p>Impfquoten stagnieren, bis auf 2. Auffrischimpfung bei Ü60</p> <p>26.09 über 60T mit angepassten Impfstoffen bereits vor STiKO Empfehlung geimpft (06.10 Empfehlung);</p> <p>Monatsbericht: Impfdurchbrüche und Krankheitslast:</p> <p>Ungeimpfte Ü60-Jährige (ca 10% in dieser Altersgruppe) - wesentlich höhere Hospitalisierungsraten, ITS-Belegung und versterben eher</p> <p>Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungeimpfte waren zum Großteil bereits (mehrfach?) infiziert. Dh. Kann evtl. davon ausgegangen werden, dass Impferfolg sogar unterschätzt wird? - Diese Unterscheidung wird im Monatsbericht nicht behandelt; wird bei Influenza auch nicht gemacht. Schwierig, diese Daten überhaupt zu erhalten, zudem gibt es kaum noch Immunaive. Im Rahmen der Surveillance nicht zu lösen, nur mit einer Studie. Influenza: Geboosterte und Geimpfte infizieren sich ebenso; ähnliches Bild hier; Aus Altenheim-Ausbrüchen (Exposition für alle gleich) weiß man, dass Wirkung der Impfung eher überschätzt wird. Schwieriges Thema, sollte nicht im Impfbericht formuliert werden. - Es gab keine klinischen Studien zur Reinfektion vor Zulassung der Omikron Booster. 	<p>FG 33</p>



4	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p>Update Digitale Projekte</p> <p><u>ePLF/dPLF (electronic/digital Passenger Locator Form) und DEA – derzeitige Entwicklungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sommer 2022: Evaluation ob DEA in europ. System der KoNA aufgehen kann/soll. Input RKI und Bundesdruckerei erfolgte – Entscheidung BMG: Überführung DEA in europ. System (ePLF) ○ Viele offene Fragen, u.A. wer betreibt dieses System von dt. Seite aus und wer überführt DEA? Noch in diesem Jahr soll Migration erfolgen. Bis 31.12 soll geklärt werden, wer Prozess begleitet und umsetzt. BMG möchte, dass RKI diese Aufgabe übernimmt, allerdings liegt hierzu bisher keine schriftliche Aussage vor, welche Rolle das RKI genau übernehmen soll. ○ Thema in JF Freitag mit aufnehmen; ! DEA: Technische Infrastruktur durch Bundesdruckerei bereitgestellt; RKI hat Prozess gemonitort. ○ Mit momentanen Ressourcen kann Prozess nicht begleitet werden. ○ Change Request für Ende Januar mit Bundesdruckerei ausgearbeitet • zu ePLF gab es im Feb. 2022 einen Initiativbericht, dieser sollte aktualisiert werden. ! Unterscheidung: DEA = Einreisekontrolle; ePLF: KoNA nach Exposition im Flieger (und anderen Verkehrsmitteln), und auch für andere Erreger als SARS-CoV-2; nicht wirklich mit DEA vergleichbar, da ganz andere Zielsetzung; 	FG21
6	<p>Vortrag, CoMoBu II-Studie und Post/LongCOVID</p> <p>„Prevalence and determinants of Post-COVID-19 condition in Germany - Results of the second wave of the study “Corona Monitoring Bundesweit” (RKI-SOEP-2-study)</p> <p>Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - PostCOVID und LongCOVID: schwer zu definieren; WHO Kriterien für Falldefinitionen ergeben einige Ermessensspielräume was sich in den Studienergebnissen widerspiegelt und deren Vergleichbarkeit. - CoMoBu II: in SOEP eingebettet; Fragebogen zu LongCOVID wurde angefügt; 19 Symptome in den letzten 6 Monaten abgefragt; und ob Beschwerden noch andauern, sowie Auswirkungen auf Schule/Erwerbstätigkeit? <p>Cases und Controls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen, die von Infektion wussten, und mit pos. PCR-Test 	Fr. Pethke-Müller



	<ul style="list-style-type: none"> - Personen, die von Infektion nichts wusste, bei denen Infektion durch AK-Test bestätigt wurde - Personen ohne Infektion (diese Gruppe fehlt in vielen Studien) <ul style="list-style-type: none"> - Baseline <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz für alle 3 Gruppen (Folie 6): 14-65 Jährige Signifikater Unterschiede zwischen Teilnehmern mit bekannter und keiner Infektion. Die von Infektion nichts wussten, aber infiziert waren, rücken näher an Infizierte heran, die von Infektion wussten. Je enger die Def. Von LongCOVID gefasst ist, desto geringer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen. - Risiko für longCOVID erhöht: Geschlecht (weiblich), Alter, Anzahl von Begleiterkrankungen; - Self-related Health: wie schätzt man seine eigene Gesundheit gerade ein, und im Vergleich zu vor der Pandemie? Infizierte, ohne LongCOVID: 6x Verschlechterung; <p>https://www.rki.de/long-covid</p> <p>Fragen/ergänzende Infos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivität der Falldefinition und das Wissen, ob man infiziert war, hat großen Einfluss auf Prävalenz von LongCOVID. Je enger die Def. Gefasst, desto niedriger der Unterschied zwischen den Gruppen; Wie aussagekräftig sind die Ergebnisse? - Immer noch deutlich. 40% attributables Risiko auf Infektion zurückzuführen. - Nicht subjektive Outcomes werden mitlaufen gelassen, um Bias der Eigenwahrnehmung rauszunehmen. - Hintergrund-Monitoring: Kontrollgruppen werden immer dünner, wie sieht es in Bevölkerung insgesamt mit LongCOVID Symptomen aus? - Dürfen Ergebnisse kommuniziert werden? – Hr Scheida nimmt Kontakt auf. 	
7	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kleinere Anpassungen könnten erfolgen, aber nicht zeitkritisch; momentan keine Änderungen</p>	Abt. 3
8	<p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs



<p>9</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Nichts zu berichten</p> <p>Presse</p> <p>Nichts zu berichten</p> <p>P1</p> <p>Flyer Impfdurchbrüche auf Auffrischimpfung umgearbeitet und wird Social Media Taskforce nach Abstimmung zugespielt</p> <p>Anderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressekonferenz am 02.11(Uhrzeit nicht bekannt) BMSFJ und BMG zum Abschluss der Corona-Kita-Studie, Hintergrundpapier wird gerade kommentiert. Botschaften werden vorbereitet, Erklärvideo wurde produziert, DJI Federführung; Input von RKI-Seite; Unterlagen werden der Pressestelle zur Kommentierung weitergeleitet; 	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>FG36</p>
<p>10</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Anliegen der BL: Berichtsfrequenz zwischen den Jahren: kein Wochenbericht und keine Aktualisierungen der Daten zwischen den Jahren gewünscht. Ministerien werden aus Energiespargründen geschlossen, es läuft nur ein Notbetrieb Reduzierung allgemein auf wöchentliche Berichterstattung gewünscht.</p> <p>Dashboard: auch nur wöchentlich aktualisiert ab neuem Jahr? – mit neuem Pandemieradar wohl schwierig</p> <p>Im Vergleich zu anderen Erregern müssen grundsätzliche strategische Fragen intern geklärt werden - Übergang in saisonales Geschehen.</p> <p>Wöchentliche Bereitstellung der Daten, Vorteile: Misinterpretation der Daten würde wegfallen und Nachfragen zu Schwankungen.</p> <p>Bitte der BL hat sich nicht auf DIVI bezogen. Technisch und fachlich nicht zu stoppen, da tägliche Meldepflicht, zudem waren Zahlen über Jahreswechsel stabil; DIVI: unmittelbare Versorgungsfragen, keine Surveillance-Daten; Andere Zielsetzung DIVI: Monitoring von Ressourcen.</p> <p>To Do:</p> <p>Initiativbericht BMG: kein Wochenbericht und keine Aktualisierung der Daten über die Feiertage; Bericht auf Surveillance-Systeme beschränken.</p> <p>RKI-intern</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>FG31</p>



11	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
12	Labordiagnostik FG17 und ZBS1 Keine Ergänzungen	
13	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
14	Maßnahmen zum Infektionsschutz Letzte Woche KRINKO Stellungnahme zu § 28b, Stärkung besonders vulnerabler Gruppen (Masken und Testkonzepte in Einrichtungen). Bisher keine Reaktionen von der Presse eingegangen.	FG14
15	Surveillance Erlass Abwassersurveillance. Vorhabensbeschreibung, mit Frist heute; Rahmenbedingungen haben sich heute erst geklärt. Bis Freitag Verlängerung beantragen; M. Diercke federführend mit Herrn Möhl;	FG 32
16	Transport und Grenzübergangsstellen DEA, Punkt 5	FG38
17	Information aus der Koordinierungsstelle Berichterstattung, siehe vorher	FG38
18	Wichtige Termine keine	Alle
19	Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:12 Uhr