



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 21.12.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda

Teilnehmende:	!	FG33	
!	Institutsleitung	○ Jonathan Fischer-Fels	
	○ Lothar H. Wieler	!	FG36
	○ Lars Schaade	○ Udo Buchholz	
!	Abt. 1	○ Silke Buda	
	○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Julika Loss	○ Sebastian Haller	
!	Abt. 3	○ Werner Espelage	
	○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS7
!	FG14	○ Michaela Niebank	
	○ Marc Thanheiser	!	MF4
!	FG17	○ Janina Esins	
	○ Ralf Dürrwald	!	P4
!	FG21	○ Pascal Klamser	
	○ Wolfgang Scheida	!	Presse
!	FG31	○ Ronja Wenchel	
	○ Ute Rexroth	!	ZIG
	○ Maria an der Heiden	○ Johanna Hanefeld	
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
	○ Alexandra Hofmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG32	!	ZIG2
	○ Michaela Diercke	!	Charbel El Bcheraoui
	○ Justus Benzler	!	Francisco Pozo Martin
		!	BZgA
		○ Andrea Rückle	





	<p>Todesfälle: stagnierend</p> <p>Testzahlen Nicht berichtet</p> <p>ARS-Daten Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Testungen/100T: bei 0-4- und 5-14-Jährigen stabil über die letzten 10 Wochen. - Anzahl pos. Getestet/100T: Kein Anstieg bei 0-4 und 5-14 Jährigen, in allen anderen Altersgruppen: Anstieg; - Konstant hohe Anzahl an Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen (250- Vorwoche: 230), und Alten- und Pflegeheimen (379- Vorwoche: 328): <p>VOC-Bericht Nicht berichtet</p> <p>Molekulare Surveillance Nicht berichtet</p> <p>Syndromische Surveillance Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - GrippeWeb: ARE-Raten nicht weiter ansteigend, aber weiterhin auf sehr hohem Niveau, 10.800 ARE (Vorwoche: 11.200) pro 100T; entspricht einer Gesamtzahl von 9,0 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (49. KW: ca. 9,3 Millionen); - Ambulanter Bereich: vergleichbares Bild; die Konsultationsinzidenz ist nicht weiter gestiegen, aber auf einem sehr hohen Niveau, bei den 0-14-Jährigen zeigt sich ein verlässlicher Rückgang, in allen anderen Altersgruppen wohl auch, allerdings noch abhängig von Nachmeldungen, es wird hier kein steiler Anstieg mehr erwartet. - SEED-ARE mit COVID Konsultationsinzidenzen: leichter Anstieg bei allen Ü15. - ICOSARI: SARI-Inzidenz: Niveau so hoch wie bei schwerer Grippewelle 2017/18. Kontinuierlicher Anstieg auf den ITS; Werte liegen allerdings noch unter den Spitzenwerten des COVID-Winter 2020/21. - Anteil COVID-spez. Diagnosen an SARI Fällen stationär und mit ITS-Behandlung bis KW50: 11, RSV Rückgang (18%), Influenza mit höchstem Anteil (28%); bei ITS-behandelten Fällen ähnliches Bild. - Im Moment mehr SARI PatientInnen mit Influenza und RSV auf den ITS als im Vergleich zu den Vorjahren. - Influenza spielt in allen Altersgruppen eine sehr große Rolle; auf völlig neuem Niveau bei Schulkindern; Ü80: starker Anstieg zu beobachten - Belastung durch SARI-COVID PatientInnen in Krankenhäusern nach wie vor hoch: 3700 neuen KH-Aufnahmen aufgrund von COVID-SARI in KW50; <p>Darstellung der „GrippeWeb-COVID-Inzidenz“ im</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



	<p>GrippeWeb-Wochenbericht, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">- Neu: Berechnung COVID-Inzidenz: Anzahl Meldende pro Woche mit SARs-CoV2- Nachweis/Anzahl Meldender- Schnelltests werden hier miterfasst- Unterschied zu vorher (ohne COVID-Inzidenz) und jetzt (mit COVID-Inzidenz): 2-3-fache Inzidenzerhöhung- Fragen:<ol style="list-style-type: none">1. Ab wann soll GrippeWeb-COVID-19-Rate gezeigt werden? - Vorschlag: ab KW01/2023 ab 2. GW-Wochenbericht 20232. Soll die 7-Tages-Inzidenz in derselben Abbildung gezeigt werden? - Falls ja, dauerhaft? <p>Diskussion: Abhängig von strategischer Ausrichtung (Pandemie geht dem Ende zu). Neue Abbildungen müssen kommunikativ sehr gut begleitet werden, da Fehlinterpretationen möglich; Stichprobe repräsentativ? -Es wird adjustiert für BL, Altersgruppe und Geschlecht, wobei keine großen Unterschiede zu beobachten sind. Vorgehen: sobald Daten maschinenlesbar verfügbar sind, Journalisten ein Hintergrundgespräch anbieten, danach Daten öffentlich bereitstellen</p> <p>Es wurde keine Entscheidung, über weiteres Vorgehen und Beantwortung zu Fragen 1 und 2 getroffen. Wird auf neues Jahr verlegt.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien hier (ab Folie 13)</p> <ul style="list-style-type: none">- 332 Proben aus 74 Arztpraxen und 14 BL eingesendet, sehr stabil und auch repräsentativ; 85% Positivenrate;- SARS-CoV2 mit 5% stabil; OC43 in KW50 bei 6%; andere Coronaviren spielen momentan keine Rolle.- Influenza-Aktivität: dominiert von H3N2, Nachweisraten über 50%; leichter Anstieg H1N1 (3%), 2 Nachweise von B-Viktoria in KW50;- Bei anderen resp. Viren dominiert RSV; Trend rückläufig; Rhino: relativ niedrig, Parainfluenza: starker Rückgang, hMPV: schwache Aktivität.- Altersgruppenverteilung über die letzten 3 Wochen: Influenza dominiert das Geschehen. Leichter Rückgang bei 5-15-Jährigen- International: H1N1 Anstieg, H3N2 dominierend. B Viktoria könnte sich weiterhin entwickeln. <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">- Mit Stand 21.12.2022 werden 1.216 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.- Erneuter Anstieg der COVID-ITS-Belegung- ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.028 in den letzten 7 Tagen; 884 vor 14 Tagen. Verstorbene: aktuell gleichbleibender Trend- Behandlungsschwere: Anstieg auf über 6.000 PatientInnen	<p>FG17</p> <p>MF4</p>
--	---	------------------------



	<p>seit Ende November. Gemeldete freie invasive Möglichkeiten auf einem Minimum. Anzahl freier ITS ebenfalls abnehmend;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absolute Zahlen an COVID-PatientInnen, die beatmet werden, nehmen nicht zu, es wird hingegen eine Zunahme an beatmeten Nicht-COVID PatientInnen beobachtet; - Meldungen der Belastung sowie Personalmangel stark ansteigend; - COVID--Altersverteilung (absolute Zahlen): Aufwärtstrend ab Ü60; - Pädiatrische ITS: angespannt, freie Betten und Kapazitäten zur invasiven Beatmung nehmen weiterhin stark ab. RSV-Fälle ITS-pflichtig abnehmend, dafür nehmen Influenza-Fälle zu ; hier größter Mangel: Personal und Räumlichkeiten; - COVID-Prognose für die nächsten 20 Tage; Mehr oder weniger starker Anstieg für alle Kleeblätter, für D insgesamt Seitwärtsbewegung erwartet, diese Info wurde zum letzten Mal berichtet; <p>Modellierungen Nicht berichtet</p> <p>Kommentare/Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es muss klar kommuniziert werden, wie wichtig die syndromische Surveillance für die Lageeinschätzung ist. Es kommen weiterhin Anfragen nach mehr Daten; Wenn Daten (u.A. für Modellierungen) angefragt werden, müssen eine konkrete Fragestellung und der Erkenntnisgewinn klar formuliert werden. Es sollte zudem darauf verwiesen werden, dass international anerkannt wird, wie qualitativ hochwertig die RKI (Sentinel)-Daten sind. ARE Daten sollen maschinenlesbar zur Verfügung gestellt werden – wurde Pandemie-bedingt gestoppt. IT-Unterstützung bei Datenerhebung und Bereitstellung hier dringend notwendig. 	Alle
2	<p>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Statische Texte im Wochenbericht zum Pandemieradar: sollten diese entfernt werden? – Ja für Anfang 2023 vorbereiten, BMG muss zuvor darüber informiert werden. - Tweet zu Wochenbericht: Hinweis zum Nichterscheinen des Wochenberichts in der nächsten Woche finalisiert. <p>Kommentare und Aufgabe: Deutlichen Zunahme der Beatmung von Non-COVID-Fällen. Es sollten nicht nur Einzelerreger beachtet werden. Pneumokokken Zunahme erwartet. Wo und wie sollte diese Info verbreitet werden? – Info hierzu in ersten Teil COVID-Wochenbericht mit aufnehmen! – FG36 und FG37 Absprache und Weiterleitung and nCov-Lage</p>	Alle Presse
3	<p>Update Impfen</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33



4	<p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p>Update digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> - CWA: Abkündigungsprozesse mit BMG in Bearbeitung – CWA wird offiziell zum 31.05.2023 eingestellt. - Update Version 3.1 am 18.01 erwartet: Möglichkeit mit Selbsttests andere zu warnen 	FG21
6	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Verschoben auf 2023</p>	Alle
7	<p>Expertenbeirat (<i>Treffen alle 4 Wochen</i>)</p> <p>Stellungnahme im Hinblick auf Gesamt-Atemwegsinfektionslage geplant. Entwurf sollte letzte Woche zirkuliert werden; es war geplant, Abschnitte aus ARE Wochenbericht zu übernehmen; Expertenrat wird weitergeführt. Fachliche Ausrichtung wurde bisher nicht diskutiert.</p>	Wieler
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Einige Aktivitäten zu sonstigen Atemwegserregern, Erregersteckbrief RSV publiziert; Mailing hier an GÄ und Kitaträger erfolgt, zudem Verbreitung über Social Media. Scharlach wird thematisiert, Erregersteckbrief hierzu liegt bereits vor.</p> <p>Presse</p> <p>Disclaimer zu Berichterstattung über Feiertage wurde von verschiedenen FG kommentiert und wird heute an BMG versendet; Frage: welche Datentabellen werden zwischen den Feiertagen aktualisiert – Info für Datenjournalisten? Wochenberichtstabellen sind nicht verfügbar; Zur Verfügung stehen: Daten Pandemieradar, sowie tägliche Daten COVID-Dashboard,</p> <p>P1</p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
9	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchsicht von Agenden/Protokollen des Krisenstabs <p>Es wurde eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) gestellt, die die Herausgabe von Lage-Protokollen fordert, und zu einem Prozess beim Verwaltungsgericht Berlin geführt hat. 233 Protokolle von Anfang 2020 bis April 2021 müssen gesichtet werden</p>	<p>Alle</p> <p>Alle</p>



	<p>und evtl. herausgegeben. Diese werden vorab von einer Gruppe von Personen am RKI geprüft und diverse Passagen nach vereinbarten Kriterien (z.B. personenbezogene oder vertrauliche Daten, Beratungsgeheimnis, Drittbeteiligung, Sicherheitsrisiko, u.a.) geschwärzt. FG31 hatte Unterstützung aus allen Abteilungen erbeten.</p> <p>To Do. Bei FG31 melden, falls Vakanzen über Feiertage zur Unterstützung bei Durchsicht bestehen;</p> <p>RKI-intern</p> <p>Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung, s. Bericht aus Großbritannien (Chris Whitty et al), Email nCoV-Lage 07.12.2022 um 13:41</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sollten wir einen inhaltlich ähnlichen Bericht verfassen? - Evaluationen auf kleineren Ebenen laufen bereits - After Action Review mit kurzer Lessons Learned von Seiten sollte mit ausgewählten Partnern erfolgen. Ansicht der technischen Krisenreaktion und Outputs (relevante Dokumente) aufzeigen; Kollateralschäden (nicht nur Infektionsschutz) mit einbeziehen; - Anfang 2023 damit beginnen, zunächst ohne externe Beteiligung. - Gesamtevaluation der Response in D wäre wünschenswert, kein RKI Mandat <p>Vorstellung des Berichts „Zusammenfassung der Effektivität nichtpharmazeutischer Interventionen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie“</p> <p>Folien hier und hier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übersichtsarbeit Brockmann, noch nicht publiziert (auch kein Preprint), liegt dem BMG aber bereits vor – hausinterner Dienstweg sollte hier beachtet werden - Es wurden nur Reviews verwendet und systematisiert, - 9 Review-Artikel, inkl. eines RKI-inhouse Artikels wurden herausgefiltert - Primärquellen aus Reviews wurden unter bestimmten Kriterien angeschaut mit restriktiv starkem Filter. - Primärquellen wurden den einzelnen NPIs zugeordnet (9 Gruppen). - Ergebnisse, siehe Folie 3 <p>Fragen/Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testkapazitäten und Testungen sollten von Interventionen getrennt werden; andere Interventionen haben eher direkte Effekte; dieser Punkt sollte in der Einleitung nochmal aufgegriffen werden. Maßnahmen und Effektstärken sollten unterschiedlich bewertet werden. - R-Wert Effekt der Maßnahmen betrachtet; eine wesentliche Zielgröße sollte sein: Effekt der Maßnahme auf Anzahl von Ausbrüchen? Effekt auf Zahl der Hospitalisierten und Todesfälle? - von Primärquelle abhängig, hier oft auf R-Reduktion fokussiert; sofern Einfluss auf 7TI, Mortalität oder Hospitalisierung betrachtet, wurde dies auch angegeben. - Effektivität Contact Tracing: Review hierzu von ZIG gerade 	<p>Alle</p> <p>P4</p> <p>Alle</p>
--	--	-----------------------------------



	eingereicht; Beobachtungsstudien sowie math. Modellierungen betrachtet; Effekt war zu beobachten: Kontaktaufnahmen ZIG mit P4 hierzu; <ul style="list-style-type: none"> - Wurden verschiedene Phasen der Pandemie untersucht? –Auf Anfangsphase der Pandemie hauptsächlich bezogen; - Berücksichtigung digitaler Tools? – Nur wenn hierfür Publikationen vorlagen 	
10	Dokumente (nicht berichtet)	Alle
11	Labordiagnostik Nicht berichtet, virologische Surveillance: Punkt 1 (Nationales)	FG17
12	Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)	ZBS7
13	Maßnahmen zum Infektionsschutz nicht berichtet	FG14
14	Surveillance nicht berichtet	FG 32
15	Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet	FG31
16	Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet	FG31
17	Wichtige Termine keine	Alle
18	Andere Themen Nächste Sitzung: 04.01.2023, 11 Uhr, via Webex	

Ende: 13:00 Uhr