

Lage-AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	Mittwoch, 07.09.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
 - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Wolfgang Scheida
- ! FG25
 - Christa Scheidt-Nave
 - Rebekka Mumm
- ! FG31
 - Ute Rexroth
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG32
 - Jakob Schumacher
- Miriam Beneragama
- ! FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
 - Stefan Kröger
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Muna Abu Sin
- ! ZBS7
 - Michaela Niebank
- ! P1
 - Christina Leuker
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Marieke Degen
- ! ZIG1
 - Anna Rohde
- ! BZgA
 - Andrea Rückle





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier Weltweit: Fall- und Todesfallzahlabnahme (Datenstand: WHO, 06.09.2022) Todesfall-Zuwachs auf dem amerikanischen Kontinent (13%) 7-T-I in Russland, ein paar osteuropäischen Ländern, Australien, Südkorea und Japan hoch Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz: Im Vergleich zur Vorwoche leichte Entspannung<u>weitere Entspannung in den meisten europ. Ländern</u>, in DK und Schweden <u>auch durch hellere Kategorie auf Karte zu sehen</u>, Probleme mit Meldungen aus Griechenland und Schweiz Russland und Ukraine In beiden Ländern Fallzahlanstieg im Vergleich zur Vorwoche Russland: Anstieg lässt nach, Gipfel scheint sich abzuzeichnen Ukraine: 7-T-I zeigt einen 41% Anstieg im Vergleich zur Vorwoche, Datenstand jedoch etwas unklar (KW-35?)<u>06.09.2022 (Der DS aus dem Report im WHO AEM meeting war unklar, vermutlich KW 35, dort Trend +26%)</u> Verfügbare Informationen zur Krankenhaus (KKH)-Belegung zeigen einen 20% Anstieg, 40% der PCR und 14% der durchgeführten Antigentests sind positiv ECDC Guidance: Projektion der Pandemie bis 2032 (29.08.2022) Berechnung von Langzeitszenarien basierend auf mehreren Einflüssen, Pathogeneigenschaften, Immunologie, Virologie, gesellschaftliche Faktoren, medizinische Interventionen Kontinuum mit Variationen der möglichen Szenarien Bestenfalls: Gefahr verringert, alle EU/EEA Länder können gut mit der Situation umgehen, bis schlimmstenfalls neue Pandemie Daran anschließend EMA und ECDC Empfehlungen, inkl. bezüglich des Einsatzes von adaptierten Impfstoffen: Sollten nach Prioritätsgruppen (mit erhöhtem Risiko eines schweren Verlaufs) verabreicht werden, immunsupprimierte, ältere Menschen, Bewohnende und Arbeitende in Einrichtungen, schwangere Frauen, etc.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Parameter sind generell weiter rückläufig SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.344.032 (+46.495), davon 147.981 (+120) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 217,2/100.000 Einw. DIVI Intensivregister 741 (-25) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.768.042 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.439.225 (76,3%),</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL3</p>



	<p>Auffrischimpfungen 51.586.068 (62,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Abnahme ist verlangsamt aber stetig, um ca. 10-12% Geografische 7-T-I Verteilung 1 Kreis mit >500 (aktuell keine weiteren Informationen verfügbar), 70% unter 250 Aktuell möglicherweise Kreise mit hohen Inzidenzen aufgrund stattfindender Bierfeste Altersgruppen Rückgang in allen AG, einschließlich Schulkinder 5-15 Anstieg nach Ferienende scheint vorbei zu sein Auch bei hochaltrigen (75+) Inzidenz deutlich rückläufig Todesfälle Rückgang der Zahlen Etwas erhöhte Werte in den letzten 2 Wochen aber insgesamt abnehmender Trend Wöchentliche Sterbefallzahlen immer noch leicht erhöht aber keine deutliche Übersterblichkeit ITS-Belegung und Spock (14-tägig) (nicht berichtet) Syndromische & virologische ARE-Surveillance, Folien hier GrippeWeb Werte im Vergleich zu letzter Woche leicht angestiegen, aber im Bereich von früheren Saisons nach Ende der Ferienzeit und somit nicht unüblich Insbesondere bei Schulkindern Anstieg, dies ist ebenfalls vor dem/mit dem Herbst nicht unerwartet ARE-Konsultationen Zahlen insgesamt im Vergleich stabil ARE-Konsultationen mit COVID-19-Diagnose: in meisten AG COVID-19 spezifische Besuche rückläufig, entsprechend dem Rückgang in der generellen Welle ICOSARI Insgesamt aber auch intensivmedizinische SARI-Inzidenz stark zurückgegangen, etwas erhöhtes Sommerniveau, aber auch in früheren Saisons üblich Anteil COVID- an SARI Fällen zurückgegangen (-19%), bei Intensivpatienten -17% Zu Influenza noch nichts Bedeutsames zu erkennen SARI-Fälle nach AG In allen AG auf Sommerniveau Leichter Anstieg bei <15-jährigen Bei 80-jährigen über den Werten der Vorjahre Anteil COVID-19-Diagnosen bei >80-jährigen leicht gesunken Meldedatenvergleich mit Hospitalisierungsinzidenz Meldedaten- liegen oberhalb von COVID-19-SARI-Fällen Deutlicher Rückgang von COVID-19-Fällen bei AG 80+ AGI virologische Surveillance Deutlicher Rückgang von SARI-Nachweisen auf 7% Dennoch SARS-CoV-2 in diesem Jahr stärkste Zirkulation im Sentinel In KW35 kein einziger Nachweis endemischer Coronaviren, generell überschaubare Anzahl dieser Influenzaviren:</p>	<p>FG36</p> <p>FG17</p>
--	---	-------------------------



	<p>leichter Rückgang von H3N2 seit langem in KW35 1. Nachweis von H1N1 bei Influenza eher unüblich, das ganze Jahr eine Zirkulation zu haben Rhinoviren am häufigsten nachgewiesene Viren (23%), dann Parainfluenza (~13%) dann SARS-CoV-2 Insgesamt keine Besonderheiten Testkapazität, Testungen, ARS, Folien hier Testzahlen In absoluten Zahlen leichter Rückgang (-3%) Positivenanteil von 34 auf 32% zurückgegangen Testkapazität bei 2,7 Mio. pro Woche, gleichbleibend Knapp halbe Mio. PCR-Tests in KW35 Insgesamt seit Beginn >140 Mio. PCR-Tests erfasst SARS in ARS Generell in den BL leichter Rückgang, mancherorts gleichbleibend Positivenanteil geringfügig rückläufig mit gewissen regionalen Unterschieden Nach Einrichtungen -In Arztpraxen seit ein paar Wochen deutliche Rückgänge -Langsamere Abnahme in KKH -Positivanteile in allen drei Bereichen rückläufig -Insgesamt rückläufiger Trend zu Testungen hat aber keinen Einfluss auf Turnaround-zeit (zwischen Abnahme und Test) Altersverteilung -In jüngeren AG (Kinder & Jugendliche) Tests auf niedrigem Niveau aber stabil durchgeführt -In anderen AG leichter Rückgang - Positivanteile parallel in allen AG rückläufig Ausbrüche in Einrichtungen: Rückgang der aktiven Ausbrüche im Vergleich zur Vorwoche, ebenso Abnahme der Anzahl von übermittelten Todesfällen in beiden Einrichtungstypen Molekulare Surveillance, VOC, Folien hier Gesamtbild ist unverändert Gleichbleibend hoher Anteil von BA.5 mit 96,4%, minimal gesunken, minimale Steigerung von BA.2 (0,9%) Nachgewiesene Hauptsublinien: BA.5.1 (26%) und BA.5.2 (25%), gefolgt von BA.5.2.1 (14%) Mutation S:R346X: siehe Folie zu BA.4 und BA.5 Sublinien, die diese Mutation aufwiesen haben</p> <p>Diskussion Bierfeste und LK-Inzidenzen Sollte dies vor Oktoberfest thematisiert werden? Nein, jede/r sollte wissen, dass Maske tragen sinnvoll ist, RKI empfiehlt Tragen von Masken in Innenräumen Bier trinken ist mit Maske nicht möglich, jede/r entscheidet aktiv, sich dem auszusetzen (oder nicht) Übergeordnetes Ziel ist, schwere Erkrankungen in der Bevölkerung zu verhindern Bei Ausbleiben von neuer, gefährlicherer Variante, besser nicht zu viel Aufregung produzieren</p>	<p>AL3</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	------------------------------------



	<p>Auftretende Todesfälle: wo treten diese auf, in Heimen oder im KKH? Kommen Patienten aus Heimen gar nicht mehr ins KKH?</p> <p>>80-jährige generell deutlich höheres Risiko, versterben ggf. mit Verzug aber zum Großteil im KKH</p> <p>Zunahme von Todesfällen erscheint vergleichsweise hoch</p> <p>Eine deutliche Änderung würde registriert werden, so lange parallel (in Testungen und Ausbrüchen) ein Rückgang zu sehen ist, ist ein solcher nicht wahrscheinlich</p> <p>Präsentation „Veränderung der Symptomatik bei den verschiedenen SARS-CoV-2 Varianten, Folien hier</p> <p>Analyse der Angaben zu Symptomen in den Meldedaten bei unterschiedlichen Varianten von SARS-CoV-2</p> <p>Methode</p> <p>Vergleich von 3 Datenquellen mit einander</p> <p>IfSG-Meldedaten Deutschland</p> <p>CIS aus UK (Zufallsstichprobe von Personen von Adresslisten und frühere Umfragen, Selbstbeprobung)</p> <p>REACT-1 aus UK (Zufallsstichprobe NHS-Patientenregister, nicht dieselben Personen, die sich mehrmals beproben aber auch Selbstbeprobung)</p> <p>Analyse des Verlaufs des Anteils von berichteten Symptomen symptomatischer Fälle</p> <p>Ergebnisse der wichtigsten Symptome aus Meldedaten</p> <p>Allgemeinsymptome relativ stabil</p> <p>Halsschmerzen Anstieg bei Omikron</p> <p>Husten und Schnupfen Anstieg seit Pandemiebeginn</p> <p>Fieber Hoch während Alpha, bei Omikron ebenso höher</p> <p>Deutlicher Anstieg von Durchfall und Dyspnoe</p> <p>Rückgang von Pneumonien</p> <p>Deutlicher Abfall von Geschmacks- und Geruchsverlust mit Omikron</p> <p>Vergleich mit UK Daten</p> <p>Geruchs- und Geschmacksverlust hat mit Omikron deutlich nachgelassen, etwas unterschiedlich in verschiedenen AG</p> <p>Halsschmerzen: kontinuierlicher Anstieg auch in UK mit Omikron, gewisse Variationen nach AG</p> <p>Husten Anstieg über den Pandemieverlauf</p> <p>Fieber unterschiedlich: in DE Abfall, bei REACT-1 Anstieg, bei CIS eher gleichbleibend</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Meist Übereinstimmung in allen drei Erhebungssystemen, gegenseitige Validation über verschiedene Methoden hinweg</p> <p>Veränderte Symptomatik zwischen Varianten und unterschiedlich je nach AG</p> <p>Omikron: deutliche Abnahme von Geschmacks- und Geruchsverlust, jedoch Zunahme von Erkältungssymptomen</p> <p>Diskussion</p> <p>Ist hierzu eine Publikation vorgesehen? Eine short communication ist geplant</p> <p>Ist eine Zunahme von Dyspnoe bei Abnahme von Pneumonien</p>	<p>FG36</p>
--	--	-------------



	<p>plausibel? Ja, diese können dissoziiert werden (z.B. vaskulär bedingte Dyspnoe) Frage BZgA: Werden die dargestellten Ergebnisse zu den Symptomveränderungen im Verlauf auch in RKI-Dokumenten widergespiegelt werden, z.B. durch aktualisierten Erregersteckbrief? Steckbrief ist aktuell eingefroren (Ressourcenmangel), die Ergebnisse dieser Analyse sollen rasch der Fachöffentlichkeit präsentiert werden</p>	
2	<p>Update Impfen (nicht berichtet)</p>	FG 33
3	<p>Internationales (nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p>Update digitale Projekte (nicht berichtet)</p>	FG21
5	<p>Ziele: Evidenzsynthese von Häufigkeit, Dauer und Beeinträchtigungsgrad, Risiko- und Schutzfaktoren, Identifizierung von Forschungslücken, etc. Ergebnisse Meist unkontrollierte Kohortenstudien 70% in high income countries 10%/nur wenige der Studien enthielten Kinder und Jugendliche Ergebnisnutzung: Visualisierung durch Evidence Maps, Studienrepositorium Nutzung der Ergebnisse für Fachöffentlichkeit Systematisches Review Manuskript wurde eingereicht Höheres Risiko für gesundheitliche Langzeitfolgen im Vergleich zu Grippefällen oder test-negativen Kontrollen Nächste Schritte Folgeprojekt im Rahmen des 9PP Maßnahme 6 wurde beantragt und bewilligt, kontinuierliche Zusammenarbeit Vertiefendes Update, nun Fokus auf Erwachsene (WHO Falldefinition für Kinder ist noch in Arbeit): Häufigkeit, Dauer, Auswirkung von Long COVID-19, besonders betroffene Personen Diskussion Ergebnisse und Aktivitäten sollten sichtbar gemacht werden Variantenspezifischen Unterschiede Durchseuchung der Bevölkerung wurde bis zu Omikron verhindert, die meisten Menschen wurden mit Omikron infiziert Ergebnisse beziehen sich auf Varianten vor Omikron Bei Symptomgegenüberstellung scheint Omikron in mehreren Aspekten ganz anders zu sein Disclaimer hierzu ist in der Publikation enthalten und</p>	FG 25 (Rebekka Mumm)



	<p>diskutiert, ebenso in den FAQs Bisher gibt es wenige Studien, die zu Omikron und Long COVID-19 aussagekräftig sind Symptome scheinen sich zu ändern, auch bei Omikron gibt es Long COVID-19, angesichts der Massen von Infektionen bleibt dies ein Risiko und PH Problem Auch die Impfung bringt eine andere Dynamik mit hinein, auch hier zu dünne Evidenz/Studienlage, viel ist noch unklar Evidenzsynthesen sind sehr wichtig, trotz vorherrschender Ressourcenprobleme</p>	
6	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kann das RKI eine Anpassung dieser, z.B. Herunterstufung der Gefährdung, entscheiden? Dies müsste mit dem BMG abgestimmt werden Eine Verlangsamung des Rückgangs ist sichtbar, erneuter Anstieg in 2-3 Wochen ist nicht ausgeschlossen, wird aktuell nicht angepasst</p>	Alle
7	<p>Expertenbeirat</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs
8	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Vorbereitung der Inhalte auf Impfempfehlung für angepasste Impfstoffe Frage: (wie) soll Möglichkeit der antiviralen Behandlung kommuniziert werden? RKI hat Empfehlungen hierzu veröffentlicht, diese werden regelmäßig überarbeitet, kein zusätzlicher, intensiver Kommunikationsbedarf Medizinische Gabe eines Antiinfektivums sollte nicht pauschal empfohlen oder beworben werden, Existenz der Medikamente jedoch bekannt sein, Klärung über Indikation liegt bei der Ärzteschaft Informationsmaterial für behandelnde Ärzte ist vorhanden, beinhaltet auch unterschiedliche Bewertungen, sollte allen zur Verfügung stehen Könnte ggf. erneut über die Ärztekammern kommuniziert werden, ZBS7 nimmt dies mit</p> <p>Presse</p> <p>Hinweis A bis Z Seite zu COVID-19 ist aktuell in Überarbeitung, Dank an die Personen, die die unterstützen IT4 stellt Wochenenddienste ein, montags ist die Fallzahlentabelle aktuell leer (Nullen in der Tabelle), soll sich hier etwas ändern? Nein, bleibt wie gehabt erhalten Grund: Die meisten Gesundheitsämter übermitteln am Wochenende nicht mehr, bisher gab es einen IT4 Dienst am Sonntag um diese wenigen Daten einzufügen, dies wird nun nicht mehr der Fall sein</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>Tägliche Situationsberichte auf Deutsch und Englisch noch notwendig? Könnten diese abgeschafft werden? Nein</p> <p>P1</p> <p>Flyer ist in Arbeit</p> <p>Anfragen/Aufgaben vom BMG</p> <p>Wie kann mit Aufträgen bzw. Beiträgen zur Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen am Institut besser umgegangen werden? Beispiel von FG36: Von FG33 erhaltener, durch eine Agentur (Aufgabenstellung durch BMG an Agentur ist RKI unklar) vorbereiteter Beitrag zu COVID-19 zur Kommentierung Dieser beinhaltet gewisse problematische, jedoch keine infektionsepidemiologischen Aspekte, es geht mehr um die Kommunikationsart und Botschaftensteuerung (keine fachliche Frage) Sollten dieserart kommunikative Aufgaben zunächst an RKI-Kommunikationsexperten gehen? Wie kann dies in der Abstimmung verbessert werden? Marieke Degen bespricht mit Presse und Christina Leuker in P1, wie es anders organisiert werden könnte</p> <p>Wochenbericht</p> <p>Tenor Entspannung der Lage wird darin umgesetzt Risikoeinstufung ist jedoch im Bericht mitbeinhaltet und könnte ggf. als Diskrepanz in der Einschätzung wahrgenommen werden Inzidenz liegt noch stets bei 230, Infektionsdruck bleibt bestehen Absatz wird weggestrichen, auf Nachfrage folgt Erklärung, dass Betonung nicht erwünscht war, aber Risikobewertung bestehen bleibt</p>	<p>P1</p> <p>FG36/Presse /P1/VPräs</p>
<p>9</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <p>Definition Reinfektion Definition der Reinfektion wurde vor einiger Zeit von FG36 mit FG32 abgestimmt Nachfrage in der EpiLag diese Woche weist auf, dass aktuell eine veraltete Definition online ist, diese sollte entfernt und durch eine fachlich besseren Definition ersetzt werden Sollte damals noch einmal an das BMG geschickt werden, unklar, wie weit dies gekommen ist damals FG32 und FG36 stimmen die Definition ab, muss diese vor Publikation ans BMG geschickt werden? (tut mir leid, Antwort habe ich nicht gehört)</p>	<p>Alle</p> <p>FG36</p>



	<p>Wunsch aus AGI am Dienstag an Abt. 2 Abt 2. soll am Freitag in einer Gruppe zur Indikatorendiskussion und notwendigen Informationen, sowie der technischen Umsetzung vertreten sein Ute Rexroth schickt eine Email an AL2</p>	FG31
10	<p>Dokumente (nicht berichtet)</p>	Alle
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p>Surveillance Status Pandemieradar</p> <p>Wird seit Montag durch FG32 koordiniert, Folien hier Minister hat im 7-Punkte-Plan einen Pandemieradar angekündigt und beworben Identifizierte notwendige Schritte: Auftrag existiert noch nicht Bearbeitende OEs am RKI Auswahl Indikatoren: Indikatoren-Vorschlag erstellt, Minister hat noch nicht entschieden Veröffentlichung als OpenData Visualisierung wird als problematischster Schritt gesehen Wahrscheinlich Nutzung der RKI-Trendseite Anpassung von Indikatoren und Layout Risiko, dass es nicht genau den Wünschen/Versprechungen entspricht Wissenschaftliche Aufbereitung im Wochenbericht Journalistische Aufbereitung 2 Indikatoren sind noch zu klären Viruslast im Abwasser, Datenfluss noch in Diskussion, Abstimmung UBA und BMUV, Klärung von Datenschutz/-weitergabe Bettenbelegung, neues Gesetz erlaubt Erhebung über Konfort-Client, genaue Kennzahlen noch nicht klar, Nenner nicht bestimmbar Diskussion BMG hat offene Ausschreibung abgelehnt und das RKI aufgefordert dies zu entwickeln Einzige zeitnahe Alternative ist, den aktuellen Trendbericht zum Pandemieradar zu erweitern, zunächst kein Widerspruch vom BMG (auch angesichts der Zeitknappheit) Abstimmung FG32 und AL3 was noch möglich ist in der kurzen Zeit Bei unspezifischen Vorgaben entwickelt RKI, was es für sinnvoll hält, 80% des Pandemieradars ist bereits im RKI Trendbericht beinhaltet</p>	FG32



14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <p>Wegen Einreise-VO steht ein baldiger Austausch an</p>	FG31
15	<p>Information aus der Koordinierungsstelle</p> <p>Koordinierungsstelle Weiterhin sehr schwierig, die Schichten der KS zu besetzen, nicht genügend dauerhaftes Personal, um mehrere KS zu betreuen Unterstützung durch AL und FG ist wichtig Ggf. Abordnung von anderen Abteilungen? Solange die Aufgaben und Anfragen in so hoher Dichte kommen, wird dies ohne KS direkt in die fachlichen OEs einschlagen, möglicherweise erneut gesteigert im Herbst Dies ist Institutsaufgabe, viele sind überlastet, vom Grundsatz besteht Verständnis, aber Repriorisierung ist möglicherweise notwendig VPräs geht dies erneut an</p> <p>BMG Aufträge Gespräch VPräs & BMG letzte Woche (Rottmann und Teichert) Diskussion der Art wie aktuell Aufträge ans RKI erteilt werden Gewisses Verständnis am BMG vorhanden Wird sich nicht sofort ändern, aber Sorge ist angekommen</p> <p>Medienleak 2 Interne Vorgänge zwischen BMG und RKI wurden der Presse zugespielt (Bsp. Wörtliche Zitierung in der Süddeutschen) VPräs hat BMG gesagt, dass dies nicht ausschließlich vom RKI kommen muss Bitte alle zur Kenntnis nehmen, dass es nicht akzeptabel ist, dieserart Kommunikation an die Presse weiterzugeben RKI-MA sind der Verschwiegenheit verpflichtet und Leaks sind keine Bagatelle, sondern ein Verstoß gegen die Dienstpflicht</p>	<p>FG31/VPräs /FG36</p> <p>VPräs</p> <p>VPräs</p>
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>keine</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.09.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:13