



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Mittwoch, 13.07.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Christina Frank	
	○ Lars Schaade	!	FG36
	○ Esther-Maria Antao	○ Silke Buda	
!	Abt.2	○ Stefan Kröger	
	○ Michael Bosnjak	!	Presse
!	FG14	○ Susanne Glasmacher	
	○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel	
!	FG17	○ Marieke Degen	
	○ Ralf Dürrwald		
!	FG21	!	P1
	○ Patrick Schmich	○ Christina Leuker	
	○ Wolfgang Scheida		
!	FG25	!	MFI
	○ Christa Scheidt-Nave	○ Martina Fischer	
	○ Maria Silva de Almeida		
!	FG31	!	ZBS7
	○ Maria an der Heiden	○ Agata Mikolajewska	
	○ Amrei Wolter (Protokoll)		
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
!	FG32	○ Sofie Gillesberg Raiser	
	○ Claudia Sievers	!	BZgA
!	FG33	○ Andrea Rückle	
	○ Thomas Harder		





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 12.07.2022, Folien hier Mit Ausnahme von Afrika auf allen Kontinenten steigende Fallzahlen Europa berichtet die meisten Fälle (etwa 50%) Kleiner Rückgang der Todesfälle, die meisten gemeldeten Todesfälle aus Amerika Karte mit 7-Tage-Inzidenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12 Länder mit >40% Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche (Estland, Kosovo, Rumänien, Polen, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Ungarn, Bulgarien, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Slowenien) 2. 11 Länder mit Inzidenzen über 500/100.000 Einwohnern (Zypern, Frankreich, Italien, San Marino, Griechenland, Monaco, Luxemburg, Österreich, Malta, Deutschland, Andorra), davon nur Zypern, Italien und Andorra die gleichzeitig Fallveränderung >20% haben 3. Inzidenzen gehen in Portugal, England und Norwegen zurück 4. BA.5 Dominanz in den meisten EU Ländern in KW23 5. BA.5 Welle: sinkende Fallzahlen ab ca. KW28 erwartet <p>Andere Berichte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berechnungen aus Dänemark: Hybridimmunität (Omikron + Impfung) schützt besser als Impfung allein. Vergleich von Personen, die eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht haben während Omikron dominant war mit Personen, die in der gleichen Periode keine bestätigte SARS-CoV-2 Infektion hatten mit einer Odds Ratio von 0,075 7. Vorläufige Analysen deuten darauf hin, dass sich der Impfstatus der mit BA.4 und BA.5 infizierten Fälle nicht signifikant von dem der mit BA.2 infizierten Fälle unterscheidet, was darauf schließen lässt, dass der durch die Impfstoffe gewährte Schutz wahrscheinlich mit dem zuvor beobachteten vergleichbar ist. 8. Länderfokus Indien: Omikron Subvariante 2.7.5 erstmals in Indien sequenziert (KW21), Verlauf in Indien seit 10.02.22, Fallzahlen steigen wieder an. BA.2 und BA.5 wurden in Indien sequenziert. Bisher liegen noch keine Sequenzen aus dem Juli vor, letzte Sequenzen aus dem Juni. Dort lagen 4.000 Sequenzen vor, 155 hiervon waren BA.2.7.5. Verteilung in 13 Regionen. 13.-27.6 war BA.2 dominant (78%), gefolgt von BA.5 (20%). <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 29.308.100 (+127.611), davon 142.139</p>	<p>ZIG1 (Gillesberg-Raiser)</p>



	<p>(+104) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 691,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.714.929 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.338.510 (61,7%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 9. Effekt Kieler Woche mit hohen Fallzahlen in SH hat sich aufgelöst, Abnahme der Inzidenzen 10. In allen Bundesländern stabile Entwicklung/Plateau Phase Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis 11. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000 12. Abnahme in SH Heatmaps 13. Plateau, keine große Änderung zur Vorwoche 14. Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum 15. Plateau, keine Zuwächse Wöchentliche Sterbefallzahlen 16. Starke Übersterblichkeit auf starke Hitze im Juni zurückzuführen, nicht auf COVID-19</p> <p><i>Diskussion</i> Niedersachsen hat aufgrund technischer Probleme zu wenig Fälle gemeldet (18.000 erwartet, 6.000 gemeldet). NS hat sich an Pressestelle RKI gewendet. NS hat PM abgegeben, technisches Problem wurde gelöst.</p> <p>VOC-Bericht 17. BA.5 Anteil vergrößert sich auf 83% 18. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder rückläufig 19. Stagnation von BA.2.12.1 und BA.4 20. BE.1 und BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 21. Aufgrund der hohen Anzahl an Sublinien werden Grafiken nun anders aufbereitet. Einführung von zwei Graphiken. Erste stellt eine grobe Übersicht über VOC dar (Obervarianten), genauere Darstellung in zweiter Grafik. Hier werden die aktuell dominierenden Varianten diversifiziert in Sublinien dargestellt 22. Neue Linie BA.2.75 zunächst in Indien nachgewiesen. 5 Sequenzen, davon 3 in Stichprobe. Probenentnahme fand Anfang Juni statt. Aufgrund geringen Sequenzierungsumfangs und starker Verbreitung in verschiedenen Regionen, wird vermutet, dass es sich um eine Untererfassung handelt. Fälle verbreiten sich über Bundesländer, keine Reiseanamnese/Zusammenhang erkennbar 23. Keine Hospitalisierung der Fälle</p> <p>Syndromische Surveillance GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 27. KW 2022 bei 6.000 ARE (Vorwoche: 5.300) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 5,0 Mio. ARE in</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	--



	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (26. KW: ca. 4,4 Millionen).</p> <p>24. ARE gesamt: steigend 6 % (Vorwoche: 5,3 %); Vorwochenwert ist um 0,1 Prozentpunkte „gestiegen“</p> <p>25. Trend: kein Rückgang zu erkennen, nach stabiler Phase ansteigend</p> <p>26. Anstieg bei Kindern (von 10,5 % auf 12,1 %), bei Erwachsenen: 5,0 % (Vorwoche: 4,5 %)</p> <p>27. ILI gesamt: minimal gesunken (von 2,1 auf 1,9 %); (Wochenvorwert: 2,0 %);</p> <p>28. Rückgang bei den Kindern (bei Erwachsenen stabil) ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>29. In der 27. KW wurden bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche; aber: es gab für die Vorwoche noch eine Reihe von Nachmeldungen, sodass der Trend eher stabil ist</p> <p>30. Ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</p> <p>31. 27. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</p> <p>32. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: stabil, Liegt in KW 27 insgesamt mit 1.503 (Vorwoche: 1.554) minimal höher als in 26. KW ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>33. seit KW 22/2022 wird insgesamt wieder ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet, KW 27/2022 weitestgehend stabil im Vergleich zur Vorwoche SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe bis zur 27. KW 2022</p> <p>34. in KW 27/2022 sind die Werte in den Altersgruppen der 5- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche weitestgehend stabil geblieben, in den anderen Altersgruppen gesunken</p> <p>35. seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre ICOSARI</p> <p>36. SARI-Fallzahlen in KW 27 weiter eher stabil auf Sommerniveau</p> <p>37. SARI-ICU seit KW 24 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau</p> <p>38. Anteil COVID-19 an SARI ist in den letzten Wochen angestiegen, KW 27: 41 % (Vorwoche: 39 %)</p> <p>39. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 47 % (Vorwoche: 29 %), Anstieg im Vgl. zur Vorwoche Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>40. 3,7 COVID-SARI pro 100.000</p> <p>41. Entspricht ca. 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D. Entwicklung COVID-SARI 17. KW bis 27. KW 2022</p> <p>42. Seit KW 22 verzeichneter Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 hat sich abgeschwächt</p> <p>43. Anstieg Todesfälle in KW 24/25 in AG 80+ hat sich aktuell</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---------------------------------



	<p>nicht fortgesetzt</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>44. SARS-CoV-2 auf 26% angestiegen (5.höchster Wert im Sentinel), auffällig.</p> <p>45. Kein Nachweis von endemischen Corona Viren</p> <p>46. Alle AG betroffen, ältere AG nach wie vor am stärksten</p> <p>47. Influenza Viren H3N2 rückläufig (4% Positivenrate)</p> <p>48. Andere respiratorische Viren: PIV hohes Niveau (20%), gefolgt von Rhinoviren (14%), kein Nachweis von RSV</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>DIVI-Intensivregister</p> <p>49. Mit Stand 136.07.2022 werden 1.232 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>50. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung</p> <p>51. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.122 in den letzten 7 Tagen</p> <p>52. Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen</p> <p>53. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Anstieg der COVID-19-Patient:innen an den Betten liegt aktuell zwischen 3,5% und 7% 2. In Bremen liegt der Anteil aktuell um die 12%, in Hamburg um die 9% 3. SH Rückgang auf Plateau 4. NRW ist mit 3% auf 6% verhältnismäßig stark angestiegen <p>54. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil, die eine invasive Beatmung benötigen steigen an 2. 33% mit invasiver Beatmung 3. 43% unbekannte Behandlung, möglicherweise keine respiratorische Beatmung 4. Bei allen Behandlungsgruppen (außer ECMO) ist ein Anstieg zu verzeichnen. Absolut steigen die Zahlen der verschiedenen Behandlungsgruppen, prozentual zeigt sich nun insgesamt ein Trend, dass vor allem die leichten Behandlungen anteilig zunehmen und die schweren Behandlungen anteilig abnehmen 5. Der Zuwachs der Fallzahlen wird durch leichtere Behandlungs-Ebenen gesteuert <p>55. Einschätzung Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belastung und Personalmangel steigt, 60% der MB melden ganze oder teilweise Einschränkung der Betriebssituation 2. Personalmangel wird von 50% der Intensivstationen gemeldet <p>56. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben 2. Anteil der 60+ hat sich bei 75% eingependelt <p>57. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MFI (Fischer)</p>
--	---	---



	<p>Patient*innen Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p><i>Projekt-Vorstellung</i> Long-Covid-Aktivitäten am RKI-Überblick</p> <p>! Long COVID als Public Health Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sommer 2020: Erste Berichte in sozialen Medien zu „Long COVID“, zunehmend im Fokus von Wissenschaft und Politik o Frühjahr 2021: Initiativbericht und Etablierung einer Arbeitsgruppe zu Long COVID am RKI o Mai 2021: erste Inhalte zu Langzeitfolgen im SARS-CoV-2/COVID-19-Steckbrief, FAQs o Juni-Dezember 2021: Interministerielle Arbeitsgruppe Long COVID (IMA) unter Vorsitz des BMG o Dezember 2021: Projekt „Post-COVID-19“ BMG <p>! Epidemiologie und Public Health zu Long COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> o Regelmäßige Aktualisierung der wissenschaftlichen Evidenz, Literaturrecherche o Systematische Evidenzsynthesen zu Long COVID o Systematisches Review: schützt SARS-CoV-2 Schutzimpfung vor Long-COVID? (Zeitraum März-November 2022) <p>! Primärdatenerhebung: Seroepidemiologische Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> o CoMoLo-Follow-up und CoMoBu-Welle 2, Ergänzung von Befragungen für die Long Covid Forschung zu mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen der Pandemie im Vergleich von Erwachsenen mit und ohne SARS-CoV-2-Infektion <p>! Projekt: „Post-COVID-19“</p> <ul style="list-style-type: none"> o Dez.2021-Dez.2023, Analyse von Versorgungsdaten, Befragung Haus- und Kinderärzteschaft zu Long-COVID, Ausbau der Zusammenarbeit zwischen RKI und Partnern in Public Health und Gesundheitsversorgung, Selbsthilfeorganisation <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akute Infektionslage <ul style="list-style-type: none"> o Aus syndromischer Surveillance entsteht der Eindruck, dass die momentane Aktivität der Infektion/Verbreitung in der Bevölkerung ihren Höhepunkt erreicht hat. Wann zeichnet sich Rückgang ab? Es dauert, bis es bei sich Trend bei Älteren abzeichnet, kann dies an Hospitalisierung und tatsächlichen Todesfällen festgemacht werden? o Fallzahlen befinden sich derzeit auf einem Plateau. Zahlen auf Intensivstation und Hospitalisierung im Meldesystem verzeichnen noch Zunahmen. Daher kein Signal der Entspannung geben, sondern gleichbleibendes Niveau kommunizieren o Nach wie vor ist es eine Übertragung auf hohem 	<p>FG25 (Scheidt-Nave)</p>
--	---	---



	<p>Niveau. Seitwärtsbewegung reicht nicht aus, um eine Lage zu entspannen. Tenor für Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syndromische Surveillance soll in den Vordergrund (und vor Inzidenz) gestellt werden. Gut angekommen im letzten Wochenbericht. 	
2	<p>Update Impfen</p> <p>Veröffentlichung des Monatsberichtes letzte Woche Bearbeitung von Pressearbeit im Nachgang, keine große Reflektion in Presse, Bericht wurde von dpa aufgenommen. Presseanfrage der WELT mit 26 Fragen, bereits beantwortet, wurde bisher noch nicht publiziert Vorbereitung STIKO Treffen nächste Woche. Themen: ECDC Verlautbarung zweiter Booster Tendenz, ob STIKO ab 60 Jahren empfiehlt noch unklar Hr. Mertens am Montag im Gespräch mit Minister Voraussichtlich keine 4. Impfung für alle, eher Präzisierung der Risikogruppe</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Soll 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden? ! Ob 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden soll, wird im STIKO Treffen nächste Woche besprochen ! Angepasste Impfstoffe werden vermutlich September/Okttober geliefert. Begrenzte Datenlage zum Nutzen der angepassten Impfstoffe beruht auf immunologischen Bridging Überlegungen. ECDC Verlautbarung wird so verstanden, dass nicht auf angepasste Impfstoffe gewartet werden soll ! Frage nach Zeitpunkt/Wirksamkeit: bei anderen Impfstoffen werden Variationen nicht in großen Studien untersucht. Intensiver Teil der Diskussion ist das Risiko der Einschränkung der Immunantwort, wenn immer wieder mit dem gleichen Impfstoff geboostert wird ! Frage zu anderen gebildeten Antikörpern: hierzu gibt es erste Daten von Moderna, werden in STIKO-Treffen nächste Woche vorgestellt. Erste Laborstudien (Klonalitätsfrage) werden dort ebenso diskutiert. 	<p>FG 33 (Harder)</p>
3	<p>Update digitale Projekte</p> <p>Verhandlungen/Prüfungen, wie lang CWA über den 31.12 hinaus noch aktiv sein kann (finanziell/rechtlich) Handlungsempfehlungen in CWA aktualisiert Bewertung beim BMG angesiedelt</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
4	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Kein Aktualisierungsbedarf</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>



	<p>Kontaktpersonen zu verschärfen?“ Ist eine Empfehlung des Bundes, wird zu gegebenem Zeitpunkt aktualisiert. Mit Blick auf Herbst Absonderungsempfehlungen so lassen. Kein aktives eigenständiges Anfassens derzeit Umgang mit „Erlassen“ von Consulting Firmen, hier Scholz&Friends Vermehrt Abstimmungsbegehren von Scholz&Friends (vom BMG beauftragte Agentur für Informationskampagnen) Gespräch mit BMG und Bitte um Abbestellung der Antragsstellungen durch Firmen Rücksprache mit Herrn Kautz; läuft normalerweise über Steuerungsgruppe Impfkampagne, diese sind urlaubsbedingt nicht zu erreichen, da sie einen neuen Adressaten benötigen, ging es an die Koordinierungsstelle Bitte vom BMG ans RKI, sich bezüglich der Aufgabenübernahme zu organisieren Beantwortung erforderte enorme Ressourcen Erneutes Vortragen durch VPräs in Jour Fixe, bis dahin Bitte um weitere Bearbeitung</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Zwischenbericht Übersendung der Entwurfsfassung an wissenschaftlichen Beirat am Freitag, 15.07.22 Bericht geht an Abteilungsleitungen für Rückmeldung, Frist bis 01.08.</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>
9	<p>Andere Themen</p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:47 Uhr