

Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Anlass: | COVID-19 |
| Datum: | Wochentag, 10.08.2022, 11:00 Uhr |
| Sitzungsort: | Webex-Konferenz |

Moderation: Martin Mielke

Teilnehmende:

- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------|
| ! Institutsleitung | ! FG33 | o Timo Greiner |
| o M. Mielke i.V. | o Ole Wichmann | |
| o | ! FG34 | |
| ! Abt. 1 | ! FG35 | |
| o Martin Mielke | o Christina Frank | |
| ! Abt. 2 | ! FG36 | |
| ! Abt. 3 | o Walter Haas | |
| o Osamah Hamouda | o Kristin Tolksdorf | |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! FG37 | |
| o Janna Seifried | o Julia Hermes | |
| ! FG11 | ! ZBS1 | |
| ! FG12 | ! ZBS7 | |
| ! FG15 | ! MF2 | |
| o Sindy Böttcher | ! MF3 | |
| | ! MF4 | |
| ! FG14 | o Martina Fischer | |
| o Melanie Brunke | ! P1 | |
| ! FG17 | o Sonia Boender | |
| o Barbara Biere | o Christina Leuker | |
| ! FG21 | ! P4 | |
| o Patrick Schmich | ! Presse | |
| o Wolfgang Scheida | o Susanne Glasmacher | |
| ! FG22 | o Ronja Wenchel | |
| o Martin Schlaud | ! ZIG | |
| o Cănă Kußmaul | o Johanna Hanefeld | |
| ! FG23 | ! ZIG1 | |
| ! FG 24 | o Anna Rohde | |
| ! FG25 | ! ZIG2 | |
| ! FG31 | ! ZIG4 | |
| o Ulrike Grote | ! BZgA | |
| o Ariane Halm | o Andrea Rückle | |
| ! FG32 | ! | |
| o Claudia Sievers | | |







| TO P | Beitrag/ Thema | eingebracht von |
|---------|---|-------------------------|
| 1 | <p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Folien hier WHO Datenstand 09.08.22 Stagnation bzw. Rückgang der Fallzahlen weltweit (mit Ausnahme Asien). Weiterhin die meisten Fälle in Western Pacific und European Region. Todesfälle ebenfalls (mit Ausnahme Asien) fallend; 7TI/100T EinwohnerInnen: mit wenigen Ausnahmen (Japan, Südkorea, Russland) Abschwächung, noch hohe 7TI/100T in Neuseeland, Australien, Südkorea und Japan zu beobachten. Russland: 85/100T, wenn auch insgesamt als niedrig anzusehen, handelt es sich hier aufgrund der hohen Bevölkerungszahl um eine relevante Anzahl an Infektionen. + 62% im Vergleich zur Vorwoche. Info über ECDC, dass Hospitalisierungen um 27% gestiegen sind im Vergleich zur Vorwoche. Dominanz BA.5 seit Ende Juni. Europa: Daten über Sommer werden nicht sehr zuverlässig gemeldet, Verzögerungen u.A. bei Griechenland und Finnland.</p> <p>ToDo: Für nächste Woche vorbereiten: Übersicht über aktuelle Maßnahmen innerhalb der EU.</p> <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier Im Vergleich zur Vorwoche überall Rückgang in Infektionszahlen zu beobachten. SurvNet übermittelt: 31.379.757 (+72.737), davon 145.241 (+213) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 366,8/100.000 Einw. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Überall deutlicher Rückgang zu beobachten; Nur noch 2 LK mit einer 7TI höher als 1000. Anhand der Heatmap ist ebenfalls zu sehen, dass der Peak der Welle überschritten ist. Todesfälle: Nachmeldungen erwartet. Sterbefallzahlen/Übersterblichkeit Destatis: Momentaner Anstieg der Übersterblichkeit KW29/30 vermutlich auf Hitzetage zurückzuführen, da es nicht einher geht mit deutlichem Anstieg der COVID-bedingten Todesfälle. Sonderauswertung Todesfälle Destatis (Folien 8 und 9): Januar 2020-August 2021: 20 Todesfallkategorien wurden zusammengefasst, und in den Vergleich zu COVID-Todesfällen gesetzt. Anteil der jeweiligen Todesfälle an der Gesamtzahl abgebildet.</p> <p>Testkapazität und Testungen, Folien hier 15% Rückgang bei Testungen (knapp über 600T in KW31). Positivquote Rückgang von 54% (KW29) auf 45% (KW31);</p> | <p>ZIG1</p> <p>FG32</p> |



| | | |
|--|---|--|
| | <p>etwas weniger Labore berichteten. KVen vergüten momentan Antigentests nicht, da sie Problem mit Abrechnungen sehen aufgrund möglichen Betrugs.</p> <p>ARS-Daten, Folien hier Testungen und Anteil der pos. Testungen auch hier rückläufig. Regional überall ähnliches Bild; keine Ausreißer in bestimmten Altersgruppen zu beobachten. Ausbrüche: Kein deutlicher Anstieg zu beobachten. Im Vergleich zur Vorwoche 104 Ausbrüche med. Einrichtungen (150 in Vorwoche), 290 in Alten-/Pflegeheimen (370 Vorwoche). Todesfallzahlen ähnliches Bild: Plateau</p> <p>VOC-Bericht und molekulare Surveillance, Folien hier Keine große Änderung. Leichter Zuwachs BA.5 auf 94%. Abnahme BA.2 und BA.4 Fälle. BA2.75 leichter Zuwachs von 5 auf 17 Proben.</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">○ ARE: Rückgang in den letzten Wochen. Etwa 2.8 Mio ARE unabhängig von Arztbesuchen. In allen Altersgruppen U60 Rückgang zu beobachten. Ü60 Plateau.○ Ambulanter Bereich ebenfalls Rückgang (in allen Altersgruppen). Unter 1 Mio. Arztbesuche aufgrund von ARE. Kinder bis 14 wieder auf vorpandemischem Niveau. Erwachsene (ab 15) sehr viel höhere Konsultationsinzidenz, bis zu 3x erhöht im Vergleich zu den Vorjahren.○ ARE mit COVID Diagnose: in jüngeren Altersgruppen deutlicher Rückgang, ab 35 Rückgang etwas abgeschwächt, Ü80 leichter Anstieg.○ Stationär: SARI insgesamt und SARI auf ITS: Rückgang aber stabil, mit vorpandemischen Jahren vergleichbar. Erhöhung der Fallzahlen aus Vorwochen: Ü60 hauptsächlich betroffen, aber hier auch wieder Rückgang. Ü80: über 40% der COVID- Diagnosen bei SARI Patienten/innen.○ Vergleich Hosp-Inzidenzen Meldedaten und COVID SARI: starker Rückgang in KW30 hat sich etwas abgeschwächt. Stabile Zahlen vor allem in älteren Altersgruppen. <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien hier (Folien 13 und 14) Ausschließlich SARS-CoV-2 Nachweise, keine anderen Coronaviren. 30% SARS-COV-2 (deutlicher Anstieg). Keine Influenza Viren nachgewiesen. Sonstige Atemwegsviren: insgesamt Rückgang. PIV und Rhino mit sinkenden Anteilen. RSV und hMPV nicht nachweisbar.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien hier</p> <ul style="list-style-type: none">○ 1250 Patienten auf ITS. Rückgang in Belegung.○ 1060 COVID Neuaufnahmen; hier eher Plateau zu beobachten.○ Verstorbenezahlen: Seitwärtsbewegung in den meisten BL. | |
|--|---|--|



| | | |
|--|--|--|
| | <p>ST, BB Anstieg. Rückgang: NRW, SN, SH, BE und SL. Andere BL Plateau bzw. Seitwärtsbewegung.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Alle Behandlungsgruppen: Belegungen gehen zurück.○ Gesamtblick belegte ITS-Betten (COVID und Non-COVID) – Vergleich Januar 2021: Gesamte Behandlungs- und Belegungszahlen von knapp 21T auf knapp 18T gefallen. Abfall freier Kapazitäten vor allem im High-Care-Bereich; Stark korreliert mit Betriebseinschränkungen aufgrund von Personalmangel.○ Prognose: Eher weiter Seitwärtsbewegung bzw. leichter Rückgang zu erwarten. <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Personalmangel: Hat die seit März 2022 geltende einrichtungsbezogenen Impfpflicht hier einen Einfluss? – Nein, hier wird kein Einfluss beobachtet. Betriebssituation ist generell eingeschränkt und diese Einschränkung verstärkt sich nach IST-Belegungsspeak, d.h. COVID-Belastung vermutlich der Haupteinflussfaktor | |
|--|--|--|

| | | |
|-----------------|--|--------------|
| <p>2</p> | <p>Update Impfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnerstag oder Freitag dieser Woche: nächste Erhebung KROCO-Studie (Krankenhausbasierte Online Befragung): Impfquote Personal. Stand Ende Mai 2022: 9% des Klinikpersonals bisher 4. Impfung. Von bisher Ungeimpften sagen 95%, dass sie sich nicht impfen lassen werden. <p>STIKO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute findet ein Treffen statt; ○ Themen: Novavax- Impfpfempfehlung, Ausdehnung auf 12-17-Jährige. Monoklonaler AK als PrEp; Beschlussentwurf zur Empfehlung der 4. Impfung für Ü60 Jährige; Ausweitung auf andere Altersgruppen? Entwurf wird morgen an 25 Fachgesellschaften versandt, ○ Voraussichtlich werden Empfehlungen nächste Woche im EpiDBull veröffentlicht, begleitet von Pressemitteilung. ○ In 2 Wochen soll PEIKO-AG konstituiert werden. (AG für COVID-Impfpfempfehlungen gab es bei STIKO bereits seit Beginn der Pandemie, also keine wirkliche Neuerung); Externe ExpertInnen werden eingeladen (Hr Sander, Fr Priesemann, Fr Falk, Hr Berner). Minister möchte auch teilnehmen. <p>Fragen: wie sieht die momentane Dauer Impfschutz gegen schwere Infektionen aus? - Eigene Daten zeigen sehr konstanten Schutz nach 3 Impfungen im Bezug auf Hosp. (85%). WHO hat ähnliches vorgestellt - Review mit 96 Studien, alle Studien zeigen auch hier, dass 3 Dosen in Bezug auf schwere Infektionen weiterhin wirksam. Rückgang bei Omikron im niedrigen Prozentbereich.</p> <p>Wirksamkeit Varianten -adaptierter Impfstoffe? Bisher keine Daten; ob Transmission verhindert wird, ist nicht bekannt.</p> | <p>FG 33</p> |
| <p>3</p> | <p>Internationales</p> <p>(nicht berichtet)</p> | <p>ZIG</p> |
| <p>4</p> | <p>Update digitale Projekte</p> <p>Nicht berichtet</p> | <p>FG21</p> |
| <p>5</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Allgemein: Zwischenerhebungen: deutlicher Rückgang der AK ○ AK-Konz. nach Anzahl der Antigenkontakte? – 3 AG-Kontakte: höchste AK-Konz. ○ Welche Variablen hängen mit AK-Konz nach Impfung/Infektion zusammen? –Anzahl der AG-Kontakte; einmal geimpft höhere AK-Konz als nie geimpft und einmal | <p>FG22</p> |



| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| | <p>infiziert. Je mehr Impfungen bzw. AG-Kontakte desto höhere AK-Konz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Impfungen und AK-Konz: Moderna am effektivsten, AZ am schlechtesten ○ Einflussfaktoren auf AK-Konz: Zeit seit letzter Infektion/Impfung: je länger zurückliegend, desto niedrigere AK-Konz, höheres Lebensalter niedriger AK-Konz., Frauen erhöhte Konz. Im Vergleich zu Männern. ○ T-Zell Aktivität/Reaktion: ähnliches Bild. <p>Fragen: Wie werden die Daten zeitnah kommuniziert werden? Haben sie einen Einfluss auf bereits bestehende Empfehlungen? - Factsheet diesen Monat publizieren in Abstimmung mit BMG. Wichtig hierbei: Es werden Fragen kommen, WAS diese Daten im Hinblick auf den Schutz vor einer Reinfektion aussagen. Höhe der AK sagt nach wie vor nichts über Schwere der Infektion oder Schutz vor Reinfektion aus. Ergebnisse werden in Übereinstimmung mit bereits bestehenden Empfehlungen gesehen. Keine Anpassungen notwendig.</p> | |
| 6 | <p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Kein Änderungsbedarf</p> | Abt. 3 |
| 7 | <p>Expertenbeirat (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>) (nicht berichtet)</p> | Präs. |
| 8 | <p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Nochmal aufgegriffen und aktualisiert: Korrektes Verhalten bei häuslicher Isolation nach SARS-CoV-2-Infektion, sowie Verhalten bei pos. Testergebnis. (Merkblatt und FAQ in Überarbeitung) Überarbeitung Erregersteckbrief Haas: Bitte nochmals darauf achten, dass der Begriff „Quarantäne“ nicht mehr in der Kommunikation verwendet wird! Änderungen an Empfehlungen für Herbst/Winter? – Fr Leuker</p> <p>Presse</p> <p>Nicht berichtet</p> <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise für die Bevölkerung: Was ist jetzt wichtig? Flyer Stand 05.07 „sicher durch den Sommer“- noch aktuell ○ Hinweise für Herbst/Winter: Anpassung vorgestellt: ○ Es ist geplant, den Flyer Ende Sept online zustellen. ○ Änderungen: Nicht auf COVID-19 alleine, sondern auf | <p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> |



| | | |
|----------|--|---|
| | <p>Atemwegserkrankungen allg. eingehen. – Wird einstimmig als sinnvoll angesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Themen des Flyers: <ul style="list-style-type: none"> - bei Symptomen zu Hause bleiben und an eigenes Umfeld denken (Risikokontakte), - Smartes Lüften in Innenräumen, - MNS in Innenräumen – sollte Maskenart benannt werden? – Nein, keine Einmischung in pol. Diskussionen, allgemein weiterhin bleiben mit „medizinischem MNS“; - Impfungen schützen vor schweren Erkrankungen (Verlinkung auf BMG Impf-Guide); - Infektionen behandeln und wissen wo es Hilfe gibt. ○ Weitere Begleittexte mit Details können optional erstellt werden (z.B. Wie genau lüften) <p>Thema im Herbst (Energie sparen und gleichzeitig Lüften): Smart Lüften wird als gute Wortwahl angesehen Frage: Testen vor Treffen mit Anderen aufnehmen? Oder vor Treffen mit Risikogruppen im privaten Umfeld? Hier müsste ergänzt werden „auf COVID“; Für Influenza sind Testangebote nicht verfügbar. In einem Flyer evtl kein triviales Problem Beim Lüften auf UBA hinweisen.</p> | |
| <p>9</p> | <p>RKI Kommunikationsstrategie: Es sollten keine Schreckensszenarien für Bevölkerung herbeigeredet werden. Flexible Anpassung je nach Infektionslage und Einsatz präventiver Maßnahmen sollten klar kommuniziert werden</p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! "Pandemieradar": Verständnis, dass neben den bereits vorhandenen Meldedaten Minister damit zusätzlich Hospitalisierung aufgrund von COVID, Bettenbelegung und Abwassersurveillance meint. ! "Krankenhauspanel" (Begriffe des BMG im Rahmen der IfSG-Novelle und der Surveillance); „Panel“ wird nicht als geeignetes Wording angesehen; Krankenhaussentinel wäre der geeignete Begriff; Syndr. Surveillance (und hier auch ICOSARI) sollte ausgebaut werden; bisher weder Hausmittel noch Mittel vom BMG erhalten. ! Abwassersurveillance: BMG hat deutlich gemacht, dass neben dem bereits laufenden Pilot, die Surveillance ausgeweitet werden soll. Erwartungen sind hoch; ob es ein geeignetes System zur Früherkennung ist, sollte im Rahmen des Pilot evaluiert werden. Verknüpfung der Abwasser- mit Ges. daten läuft (neue Softwarelösung). Standardisierung, Harmonisierung, Bewertbarkeit, Aussagekraft - diese Infos können noch nicht geliefert werden. Aber Umstellung in Realmodus soll bereits jetzt erfolgen. Personelle Ressourcen benötigt; RKI hat momentan den Auftrag die Architektur für das Monitoring zu liefern. UBA stark involviert. Wo sollen Daten generiert, wo gesammelt und ausgewertet werden? Noch nicht geklärt. Wichtig, das hier offen und klar mit dem BMG kommuniziert wird, was das Pilotprojekt bisher | <p>FG33, Alle</p> <p>Alle FG32, 36, 37</p> |



| | | |
|-----------|--|------------------|
| | liefern kann. | |
| 9 | Dokumente (nicht berichtet) | Alle |
| 10 | Labordiagnostik DGAM-Teilnahme an AG Diagnostik am BMG; Klärung: Rolle der Labordiagnostik z.B. bei Indikation Paxlovid ZBS1 Nicht berichtet | FG17 ZBS1 |
| 11 | Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nicht berichtet) | ZBS7 |
| 12 | Maßnahmen zum Infektionsschutz Stellungnahmen: DGKH zum Lüften in Schulen. Inhaltlich deckt sich Empfehlung prinzipiell mit der des RKI und des UBA, die Herleitung ist nur etwas speziell. https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2022_07_11_Stellungnahme-Luftreinigung-COVID-V2.pdf Entspricht Diskussionen um Leitlinien: gegen alleinige Lüftungsgeräte in Räumen - Additives nicht exklusives Einsetzen von Raumlüftungsgeräten. Techniken sehr unterschiedlich, daher RKI immer zurückhaltend geäußert. Technik nicht immer validierbar. RKI empfiehlt generell keine Lüftungsgeräte, hat sich aber auch nie explizit dagegen ausgesprochen. | FG14 |
| 13 | Surveillance Es wird von pol. Seite erwartet, dass eine stärkere Aussage zur Frage: „Hospitalisierung mit oder aufgrund von SARS-CoV-2?“ getroffen werden kann. Frage: sind Ausführungen dazu im jetzigen Entwurf des IfSG ausreichend, damit Daten von RKI Seite erhoben werden dürfen? | AL3 |
| 14 | Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet | FG31 |
| 15 | Information aus der Koordinierungsstelle nicht berichtet | FG31 |
| 16 | Wichtige Termine keine | Alle |
| 17 | Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex | |



Ende: 12:57 Uhr