



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 07.12.2022 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Alexandra Hofmann
  - Amrei Wolter (Protokoll)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Janina Esins
  - Kerstin Bischoff
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Pascal Klamser
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Oliver Ommen
- ! ZfKD
  - Klaus Kraywinkel









	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. seit 45. KW wieder Anstieg zu verzeichnen</li><li>5. ARE-gesamt: höher als jemals bei GW (höchste Wert: bis her: 11,1 in der 5. KW 2013)</li><li>6. Zur Vorwoche: Anstieg bei Schulkindern (5-14 J.); Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen</li><li>7. Kinder (0 bis 14) sehr viel höher als zur Grippewelle 17/18, Erwachsene etwa gleiche Größenordnung (obwohl die jungen Erw. auch etwas höher liegen).</li><li>8. ILLI gesamt: ebenfalls gestiegen: 3,6 % (Vorwoche: 3,4 %) ARE-Konsultationen/100.000 Einw. Bis zur 48.KW 2022</li><li>9. In der 48. KW wurden bundesweit mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche (Anstieg 7 %), wobei sich der Vorwochenwert noch erhöht hat (von 2.003 auf 2.213)</li><li>10. In 48.KW 2022: ca. 2,0 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</li><li>11. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gestiegen</li><li>12. in KW 48: 2.368 (Vorwoche: 2.213)</li><li>13. Insgesamt über dem Wertebereich der Vorjahre zur 48. KW, teilweise höher als die Werte in Grippewelle</li><li>14. (leichter) Rückgang bei den 0-4-Jährigen (um 9 %); bei den Schulkindern Anstieg um 11% , bei den Erwachsenen zwischen 7 und 12 %</li><li>15. -Werte bei den allen AG höher als zur jeweiligen 48. KW</li><li>16. Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen kann auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) zu höheren Werten beitragen</li></ol> <p>Arbeitsgemeinschaft Influenza-SEED ARE</p> <ol style="list-style-type: none"><li>17. ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 48.KW 2022</li><li>18. Rund 150 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einwohner, nicht weiter zurückgegangen seit 42/2022</li></ol> <p>SEED<sup>ARE</sup> – ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none"><li>19. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE seit KW 42/2022 insgesamt zurückging, kam es in KW 48 zu keinem weiteren Rückgang</li><li>20. in KW 48/2022 sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche bei den 35- bis 79-Jährigen erstmalig wieder angestiegen, in den anderen Altersgruppen weiter gesunken</li><li>21. (letzte Erkrankungswelle hat sich insbesondere bei den Erwachsenen (AG ab 15 Jahren) widergespiegelt)</li></ol> <p>ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none"><li>22. Anteil COVID-19 an SARI sinkt kaum noch: 9 % (Vorwoche: 12 %), dagegen steigender Anteil Influenza</li><li>23. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung bleibt stabil: 15 % (Vorwoche: 14 %),</li><li>24. ! weiter relativ noch etwas höherer Anteil an Intensivbehandlungen bei SARI mit COVID-19 als bei SARI mit Influenza</li><li>25. Anteil Influenza an SARI 18% (Vorwoche 13 %), 10 Influenza-Fälle (10%) unter SARI mit Intensivbehandlung;</li></ol>	
--	--	--



	<p>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022</p> <p>26. weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier sowie in AG 15-34 bereits sehr hohe Fallzahlen;</p> <p>27. Anteil RSV in der AG 0-4 stabilisiert sich, weiterhin auch in anderen Altersgruppen Nachweise;</p> <p>28. Verdopplung des Anteils Influenza an SARI in AG 0-4</p> <p>29. Ebenfalls deutlich steigender Anteil Influenza in den AG 15-69 Jahre</p> <p>30. In AG 80+: Kein weiterer Rückgang der SARI-Fälle in den AG 80+ und kein weiterer Rückgang des Anteils COVID-19</p> <p>31. Intensivbehandlung: SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022 bei Kindern 0 bis 4 Jahren 71% RSV</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI in 2022</p> <p>32. Kein weiterer Rückgang in KW 48/2022: 2,9 je 100T (Anstieg Vorwoche von 3,0 auf 4,2),</p> <p>33. Kein weiterer Rückgang in AG 80+</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>34. In den letzten beiden Wochen höchste Einsendungen Influenza</p> <p>35. In 48.KW 326 Einsendungen von 74 Arztpraxen und 15 Bundesländern</p> <p>36. 81% Positivenrate (264/326)</p> <p>37. Höchster Positivenanteil in Altersgruppe 5-15 Jahre (hier auch Grippewelle am stärksten)</p> <p>38. Coronaviren: SARS-CoV-2 Nachweis um die 4%, OC43 auf 4% angestiegen, andere endemische Coronaviren weniger nachgewiesen</p> <p>39. Influenzaviren: massiver Anstieg A(H3N2), das letzte Mal diese Höhe in der Grippewelle 17/18 erreicht (allerdings im Februar, nicht im Dezember)</p> <p>40. Sonstige Atemwegsviren: leichter Rückgang von RSV in 48.KW, Positivenrate von RSV war letztes Jahr stärker</p> <p>41. Mögliche Gründe der höheren Belegung der Intensivstation der Kinder:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Es gibt zwei Gruppen von RSV, A und B, die sich in der Antigenstruktur des G-Proteins unterscheiden. Letztes Jahr zirkulierte RSV A zu 72% und dieses Jahr RSV B zu 83%. Verschiedene Studien zum Vergleich der Stärke im Vergleich untereinander, höhere Virulenz kann noch nicht eindeutig gesagt werden. Ggf. auch Assoziation mit der Grippewelle</li></ol> <p>42. Am meisten betroffen sind Kinder zwischen 5 und 15 Jahre</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>43. Mit Stand 07.12.2022 werden 995 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>44. Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung</p> <p>45. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +884 in den letzten 7 Tagen</p> <p>46. Gleichbleibender Trend bei Anzahl verstorbener positiver SARS-CoV-2-Patient:innen auf ITS</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	----------------------------



	<p>47. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: nördliche Bundesländer bei 5%, restliche Bundesländer bei 2,6 bis 5,6%</p> <p>48. Seitwärtsbewegung bei Verteilung Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>49. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung Intensivstation steigt an, Personal wird auf Kinderintensiv verlagert</p> <p>50. Altersverteilung absolut: Aufwärtstrend ab 60 Jahren. 82% sind 60 Jahre oder älter</p> <p>51. Altersverteilung prozentual: Anstieg bei 0-17-Jährigen                  Kinder-ITS: Abnahme freier Betten, Zunahme belegter Betten.                  Gründe: steigender Anteil intensivpflichtiger RSV-Fälle, deutlicher Anstieg der Influenzafälle                  Notwendige Behandlungen RSV: 80% benötigen respiratorische Unterstützung                  SPoCK: in allen Kleeblättern Anstieg, die nächsten 10 Tage sind am verlässlichsten. Prognosen berücksichtigen prognostizierte Inzidenzen. Interaktion zwischen den Kleeblättern wurden einmodelliert.                  Hinweis: Prognosen werden zum Ende des Jahres abgestellt.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Unterschiede in Nord/Süd Verteilung können nicht geographisch auf Unterschiede in den Sublinien zurückgeführt werden. Visualisierungen der Sublinien in Deutschland liegen nicht vor</li> <li>! Breite der Wellen nimmt ab, lokal begrenzte spitze Wellen nehmen zu</li> <li>! Frage, ob aus syndromischer Surveillance eine Prognose abgegeben werden kann.</li> <li>! Daten aus GrippeWeb ist schon ein Blick in die Zukunft (etwa 1-2 Wochen)</li> <li>! Internationaler Konsens:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fortschreibung Entwicklung aus anderen Modellierungen sind von sehr starker Ungenauigkeit geprägt und sind nur eine Fortschreibung des gegenwärtigen Status Quo. Ausgangslage ist die derzeitige Lage mit derzeitigen Annahmen, dies ist gleichzeitig auch eine Limitation der Modellierung. Ungenaue Abbildung bei dynamischen Geschehen mit unterschiedlichen Erregern. RKI bildet derzeit aber sehr gut ab, es wurde frühzeitig auf eine RSV-Welle hingewiesen (bevor die Kliniken überlastet waren)</li> </ul> </li> <li>! Pandemieradar soll nicht zu komplex gestaltet werden, insbesondere wenn das BMG es auch an ihren anpassen muss</li> <li>! Nicht nur Fortschreibung, sondern Inzidenzen reinzubringen, um Wendepunkte in den Trends vorherzusagen</li> <li>! Eine Modellierung von RSV und Influenza wird erwartet sowie den Wunsch des Zugriffs auf die Daten der Surveillance</li> <li>! Erweiterter Bericht von FG36 (Haas und Buda) an BMG über ARE und RSV. Bitte von Herrn Schaade, Folien 8 und 10 zu ergänzen, Folie 15 zu RSV-A und RSV-B nicht mitaufnehmen</li> </ul>	<p>MF4 (Esins)</p>
--	--	------------------------



	<p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Erweiterung Abfrage Intensivregister um „intensivmedizinische Manifestation“; Frage um Aufnahme der Zahlen in den Wochenbericht.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zahlen werden abgewartet, dann entschieden</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ToDo:</b>                  Aufnahme Folie 8 und 10 im erweiterten Bericht an BMG (FG36, Haas&amp;Buda)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tenor: Leichter Anstieg (10% Anstieg), lokal begrenzt</li> <li>! „lokal begrenzt“</li> <li>! Nicht auf Unschärfe in Meldedaten hinweisen (wegen Zunahme ARE und Testen). Erstmal warten.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p>Neu: „Kann“ Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu Personen, die selbst keinen ausreichenden Immunschutz aufbauen können                  „Die STIKO relativiert ihre bisherige Empfehlung und rät dazu, nach individueller Abwägung und unter Berücksichtigung des Wunsches der Eltern zu entscheiden, ob eine Impfung durchgeführt werden sollte“                  Novavax-Booster ab 18 Jahren als Alternative bei Kontraindikationen gegen mRNA</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. (off-label auch für Jugendliche 12-17)</li> <li>5. Novavax Booster ist im Vergleich zu Omikron-adaptierten mRNA unterlegen (Immunogenitätsdaten)</li> </ol> <p>Angepasste Omikron-Impfstoffe für Kinder (5-11 Jahre) präferenziell empfohlen                  Themen für 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Überführung der COVID-Impfungen ins Regelsystem</li> <li>7. VidPrevtyn Beta</li> <li>8. Booster für Schwangere zum Nestschutz des Neugeborenen</li> <li>9. Evusheld (wirkungslos gegen BQ1.1)</li> </ol> <p>Impfdurchbrüche: größte Gruppe ab 60 Jahre                  Sonderauswertung: „ungeimpft“ größter Anteil der hospitalisiert/intensivmedizinisch Versorgten                  Impfverordnung soll zum 31.12 bis 07.4 verlängert werden                  Heute soll die Ressortabstimmung im BMG gestartet werden                  DIM soll weiterlaufen (Meldepflicht (§4) soll weiter bestehen                  Finanzierung der Impfungen soll neu geregelt werden                  Impfzentren können von den Ländern weiter betrieben werden                  Mobile Impfteams können von den KVen weiter betrieben werden                  Überführung der COVID Impfung ins Regelsystem geplant zum</p>	<p>FG 33                  (Fischer-Fels)</p>





	<p>7.4.2023</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schutz vor Hospitalisierung: Effektivität muss kleiner werden</li> <li>! Vergleichsgruppe (ungeimpft) ist nach einer durchgemachten Infektion im Grunde immun, schwierig im Vergleich: schützt eine 3-fache Impfung genauso wie eine 3-fache Covid-19-Infektion? Wäre die Impfeffektivität hier bei 0? Betrifft die Visualisierung</li> <li>! Virologische Sentineldaten im europäischen Projekt zur Berechnung der Impfeffektivität COVID-19: ECDC hat hierzu einen neuen Bericht zur Impfeffektivität veröffentlicht: Schutz geht hier runter, da Immunnaive nicht mehr gegen Geimpfte verglichen werden. Komplex, dies bei COVID-19 zu berechnen und zu kommunizieren</li> </ul>	
4	<p><b>Internationales</b>                  (nicht berichtet)</p>	
5	<p><b>Digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Austausch (CWA, Abt.3, ZBS) in der 2. Januarwoche in Bezug auf Optionen, die durch die CWA gegeben sein könnten                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o Etablierung einer neuen App „allgemeine Gesundheitsapp“                                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elementen von Befragungen</li> <li>▪ Elementen zur Information der Teilnehmenden (Handlungsempfehlungen, Warnungen), weitere epidemiologische Fragestellungen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! DEA: aktuell CR in Arbeit um Betrieb bis März aufrecht zu erhalten. Parallel Umstieg auf EU dplf, hier IT5 und FG33 im Lead.</li> </ul>	<p>FG21                  (Schmich)</p>
6	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie                  „Beeinträchtigung onkologischer Diagnostik u. Versorgung: Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zum Thema, Ausblick auf kommende Projekte“</p> <p>Bei einige Krebsdiagnosen und in bestimmten Krankheitsphasen besteht ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf                  Krankenhaussterblichkeit bei Patient:innen mit COVID-19 und Nebendiagnose Krebs ca. 50% höher als bei Gleichaltrigen ohne Krebsdiagnosen                  Deutlicher Rückgang von Krebsdiagnosen in der ersten Pandemiewelle (2020)                  Stationäre Fallzahlen werden im Verlauf 2020/21 nur teilweise aufgeholt                  Auffallender Rückgang v.a. bei Diagnose und OPSs von Darmkrebs                  Bisher keine Hinweise für zwischenzeitlich von einigen</p>	<p>Abt. 2                  Klaus                  Kraywinkel                  (ZfKD)</p>



	<p>Expert:innen befürchtete Bugwelle                  Quartale mit Vorherigem Quartal vergleichen                  Erste Ergebnisse aus Krebsregistern: Fallzahlen erst 2020 aus 4 BL veröffentlicht:                  Krebs gesamt: -0,4 % bis -6,1%                  Darmkrebs -4,3% bis -17,4%                  Mögliche Gründe für Rückgänge:                  Vermindertes Angebot/verminderte Inanspruchnahme                  Verzögerte Abklärung symptomatischer Patient:innen                  Verlagerung von Therapien in den ambulanten Bereich zur Vermeidung der Überlastung der Krankenhäuser                  Verringerung des Infektionsrisikos der Betroffenen; für Krebsoperationen unwahrscheinlich                  „Übersterblichkeit“ unter an Krebs erkrankten Personen durch SARS-CoV-2 Infektion                  Beeinträchtigung der Meldetätigkeit in Krebsregistern                  Offene Fragen:                  inwieweit haben sich die Behandlungs- und Überlebenschance für Krebspatientinnen während der ersten/späteren Phase der Pandemie verschlechtert? (durch Verzögerung der Diagnose/Therapie/SARS)                  Aktivitäten des ZfKD                  Nächstes Jahr kommen Daten aus 2020 und 2021, Antrag geschrieben, mit diesen Daten systematisch mit Problemlage zu beschäftigen. Schwerpunkt: Auswertung der bundesweiten Krebsregisterdaten. Weitere Daten werden hinzugezogen. (z.B. Bfarm)                  BIPS (finanziert aus 9-PP)</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie normal ist das Vergleichsjahr 2019?</li> <li>! Bei Krebs treten normalerweise nicht so starke Veränderungen auf, daher ist 1 Jahr zum Heranziehen eines Vergleichs plausibel</li> <li>! Rückgang in Krebsinzidenz wird durch demographische Veränderung ausgeglichen.</li> <li>! Vorjahrestrends werden stärker mit einbezogen.</li> </ul>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  Eine Änderung der Risikobewertung (Herabstufung) wird in der derzeitigen Lage nicht gesehen. Wunsch, Risikobewertung textlich fertigzustellen und zu geeignetem Zeitpunkt zu veröffentlichen (nicht mehr diese oder nächste Woche)</p> <p><b>ToDo:</b>                  Kommentare zur Änderung der Risikobewertung (Vorschlag von FG36) bitte bis Freitag, 09.12. einarbeiten und zurückhalten.</p>	<p>Abt. 3                  (Haas)</p>



8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Wieler
9	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>BZgA erstellt mit BVÖGD und dem RKI einen Steckbrief zu RSV</p> <p><b>Presse</b></p> <p>BMG gibt erst am 16.12.22 eine Rückmeldung zur Berichterstattung zwischen den Tagen</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
10	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Bericht aus der UK „Technical report on COVID-19 in UK“              Stand RKI an Berichten/Evaluierung?              Diskussion am 21.12.22 um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Laufen systematische Reviews, die nicht Long-Covid betreffen?              Christa Scheidt-Nave nimmt es mit in AG Long-Covid</p> <p><b>ToDo:</b></p> <p><i>Bericht aus der UK sichten (alle). Am 21.12.2022 findet für den Punkt 6 kein Update von Abt.2 statt, sondern eine Diskussion um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung des RKI</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Thema Entisolierung Pflege              Rückmeldung, dass die 14-Tage Isolation in der Pflege als überzogen wahrgenommen wird und auch nicht mehr umgesetzt wird. Große Diskrepanz zwischen Allgemeinbevölkerung und Pflege              Pragmatische Anpassung des RKI?              BMG hat diesbezüglich eine AG zum Schutz vulnerabler Gruppen einberufen, die beim BMG angesiedelt ist. Hier könnte dieses Thema transportiert werden              Verkürzung würde nicht auf wissenschaftlichen Daten begründet werden              Möglichkeit der Freitestung über Antigentest und Verkürzung auf 10 Tage</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p> <p>Abt. 3</p>



	Schutzzielkonflikt  <b>ToDo:</b> Bearbeitung des Themas durch ZBS7 (Frau Niebank) mit Abt.1, FG14, und FG37: Modifizieren mit Antigentest	
<b>11</b>	<b>Dokumente</b>  ! (nicht berichtet)	Alle
<b>12</b>	<b>Labordiagnostik</b>  <b>FG17</b>  Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ  <b>ZBS1</b>	FG17          ZBS1
<b>13</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>15</b>	<b>Surveillance</b>  nicht berichtet	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG38
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  nicht berichtet	FG31
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>19</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.12.2022 11 Uhr, via Webex	



**Ende: 13:15 Uhr**