# Lage-AG-Sitzung zu COVID-19

**Ergebnisprotokoll**

*Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014*

***Anlass:***COVID-19

***Datum:*** *Mittwoch, 07.12.2022 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TOP | Beitrag/ Thema | **eingebracht von** |
| **1** | Aktuelle Lage International (nicht berichtet)* Folien [hier](file:///%5C%5Crki.local%5Cdaten%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2022-12-07-Lage-AG%5CCOVID-19_internat.%20Lage_2022-12-07.pptx)
* Weltweit: Fälle, Todesfälle
* Datenstand: WHO, 06.12.2022
* Internationale Lage stabil (Asien stabilisiert sich)
* Diese Woche viele Länder ohne Fallzahlmeldung für die letzten 7 Tagen (weiß) -> besonders in Afrika, aber auch Mexiko, Australien, Neuseeland oder Portugal.
* Asien: Hohe Inzidenzen v.a. in Japan (392/100.000Ew./7T; -6%) und Südkorea (710/100.000Ew./7T; -2%), insgesamt aber abnehmender Trend
* Abnahme der Todesfallzahlen
* Inzidenz in den AG >65 Jahren weiterhin sinkend
* 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa
* Frankreich: Fallzahlen gestiegen (27% zur Vorwoche, alle AG betroffen) Inzidenz 400/100.000 für KW27 ab über 10 Jahre. Leichter Anstieg Hospitalisierung.
* BQ.1 dominierende Subvariante in 7 EU-Staaten
* BA.5 93% der Sequenzen in KW45, BQ1.1 nimmt in Frankreich zu (34%)
* Schweiz Meldeverzug, hat aber ähnliche Inzidenz wie angrenzende Länder
* Andere Berichte:
* China: Fallzahlen in China steigen an, ist in Fallzahlen WHO nicht nachzuvollziehen. WHO hat zu China auch u.a. Hongkong etc. gezählt. Zunahme Fallzahlen auf dem Festland China. Hat sich ausbalanciert mit abnehmendem Trend in anderen Gebieten. Proteste China: ab heute Maßnahmen gelockert/angepasster zum tatsächlichen Geschehen (keine Massentestungen, Lockdowns für größere Areale). Zunahme der Fallzahlen wird dadurch erklärt, dass die Impfquote in älteren AG schlecht ist, China hat sich bei der Impfstoffverteilung eher auf arbeitende Bevölkerung fokussiert. Ebenso fehlender Beleg für Effektivität der Impfstoffe für jetzige Variante sowie Zunahme der Kontakte in Bevölkerung.

National * Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien [hier](file:///%5C%5Crki.local%5Cdaten%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2022-12-07-Lage-AG%5CLageNational_2022-12-07_draft.pptx)
* SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 36.649.979 (+45.331), davon 158.559 (+137) Todesfälle
* 7-Tage-Inzidenz: 207,7/100.000 Einw.
* Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.825.505 (77,9%), mit vollständiger Impfung 52.033.112 (62,5%)
* Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:
	+ Plateau, nördliche BL höchste Inzidenzen (Niedersachsen), südliche BL eher niedrige 7-Tages Inzidenzen
	+ 10% Anstieg wöchentliche COVID-19-Inzidenz, bei Kindern eher Rückgang, ab AG 15 wieder Anstieg, höchste 7-Tages-Inzidenz bei Hochaltrigen (90+)
	+ COVID-19-Fälle nach Sterbedatum: Maximum in KW42, in Folgewochen Rückgang der Todesfallzahlen
	+ Wöchentliche Sterbefallzahlen auf Niveau der Vorjahre (nicht nur COVID-19 als Effekt, sondern auch Influenza)
* VOC-Bericht
	+ Es zeigt sich insgesamt ein konstantes Bild
	+ Anteil der Stichprobe an COVID-19-Fällen hat sich verringert
	+ Anteil BA.5 hat sich verringert (90%) durch Erhöhung BA.2 Sublinien
	+ In 47. KW Nachweis einer Delta-Sequenz, ist noch in Prüfung
	+ Anteil Rekombinante insgesamt bei 1,6% (großteilig Omikron)
	+ Von BA.5 dominiert derzeit BF7, gefolgt von BQ.1.1(ist im Anstieg)
	+ BA.2 Sublinien Anteil steigt
	+ Hinweis zu Mutation R346: Der Anteil von Sublinien mit dieser Mutation liegt in KW 47/2022 bei 57,1%
	+ Mutation of Concern (MOC): über 60% der Sequenzen R346T,
	+ BQ1.1 immer noch stärkstes Wachstum, Anteil wird sich weiter erhöhen, vermutlich dominierende Variante, in den USA ist BQ.1.1 dominierend
	+ Höhere Impfdurchbrüche bei BQ1.1, aber Pathogenität von BQ1.1 vergleichbar geringer als von anderen BA.5 Linien

***Diskussion:**** Frage der Form der Einbindung der VOC in das Pandemie Radar (wurde im Jour Fixe noch nicht angesprochen)
* Bitte an Herrn Kröger, Grafiken diesbezüglich vorzustellen
* Die 10 Indikatoren sind bereits mit dem Minister abgesprochen, daher Überlegung, die VOC in den Abschnitt „weitere Indikatoren“ bei COVID-Trends zu integrieren und dem BMG vorher die Ergänzung mitzuteilen. Pandemieradar soll nicht zu komplex gestaltet werden.
* Frau Diercke ist heute im Gespräch mit dem BMG bezüglich der Weiterentwicklung des Pandemieradars, fragt diesbezüglich leicht an
* Syndromische Surveillance
* GrippeWeb bis zur 48. KW 2022
	+ ARE gesamt: gestiegen**:** 11,4 % (Vorwoche: 10,2 %)
	+ ARE-Rate 11,4 % fast doppelt so groß wie der Median aus den vorpandemischen Jahren (6,6 %)
	+ Entspricht einer Gesamtzahl von 9,5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch
	+ seit 45. KW wieder Anstieg zu verzeichnen
	+ ARE-gesamt: höher als jemals bei GW (höchste Wert: bis her: 11,1 in der 5. KW 2013)
	+ Zur Vorwoche: Anstieg bei Schulkindern (5-14 J.); Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen
	+ Kinder (0 bis 14) sehr viel höher als zur Grippewelle 17/18, Erwachsene etwa gleiche Größenordnung (obwohl die jungen Erw. auch etwas höher liegen).
	+ ILI gesamt: ebenfalls gestiegen: 3,6 % (Vorwoche: 3,4 %)
* ARE-Konsultationen/100.000 Einw. Bis zur 48.KW 2022
	+ 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)
	+ In 48.KW 2022: ca. 2,0 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland
	+ KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gestiegen
	+ in KW 48: 2.368 (Vorwoche: 2.213)
	+ Insgesamt über dem Wertebereich der Vorjahre zur 48. KW, teilweise höher als die Werte in Grippewelle
	+ (leichter) Rückgang bei den 0-4-Jährigen (um 9 %); bei den Schulkindern Anstieg um 11% , bei den Erwachsenen zwischen 7 und 12 %
	+ -Werte bei den allen AG höher als zur jeweiligen 48. KW
	+ Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen kann auch ein sensitiveres Konsulta­tions­ver­halten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) zu höheren Werten beitragen
* Arbeitsgemeinschaft Influenza-SEED ARE
	+ ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 48.KW 2022
	+ Rund 150 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einwohner, nicht weiter zurückgegangen seit 42/2022
* SEEDARE – ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppen bis zur 48. KW 2022
	+ nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE seit KW 42/2022 insgesamt zurückging, kam es in KW 48 zu keinem weiteren Rückgang
	+ 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
	+ (letzte Erkrankungswelle hat sich insbesondere bei den Erwachsenen (AG ab 15 Jahren) widergespiegelt)
* ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen bis zur 48. KW 2022
	+ Anteil COVID-19 an SARI sinkt kaum noch: 9 % (Vorwoche: 12 %), dagegen steigender Anteil Influenza
	+ Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlungbleibt stabil: 15 % (Vorwoche: 14 %),
	+ 🡪 weiter relativ noch etwas höherer Anteil an Intensivbehandlungen bei SARI mit COVID-19 als bei SARI mit Influenza
	+ Anteil Influenza an SARI 18% (Vorwoche 13 %), 10 Influenza-Fälle (10%) unter SARI mit Intensivbehandlung;
* ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022
	+ weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier sowie in AG 15-34 bereits sehr hohe Fallzahlen;
	+ Anteil RSV in der AG 0-4 stabilisiert sich, weiterhin auch in anderen Altersgruppen Nachweise;
	+ Verdopplung des Anteils Influenza an SARI in AG 0-4
	+ Ebenfalls deutlich steigender Anteil Influenza in den AG 15-69 Jahre
	+ In AG 80+: Kein weiterer Rückgang der SARI-Fälle in den AG 80+ und kein weiterer Rückgang des Anteils COVID-19
	+ Intensivbehandlung: SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022 bei Kindern 0 bis 4 Jahren 71% RSV
* Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI in 2022
	+ Kein weiterer Rückgang in KW 48/2022: 2,9 je 100T (Anstieg Vorwoche von 3,0 auf 4,2),
	+ Kein weiterer Rückgang in AG 80+
* Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten
	+ In den letzten beiden Wochen höchste Einsendungen Influenza
	+ In 48.KW 326 Einsendungen von 74 Arztpraxen und 15 Bundesländern
	+ 81% Positivenrate (264/326)
	+ Höchster Positivenanteil in Altersgruppe 5-15 Jahre (hier auch Grippewelle am stärksten)
	+ Coronaviren: SARS-CoV-2 Nachweis um die 4%, OC43 auf 4% angestiegen, andere endemische Coronaviren weniger nachgewiesen
	+ Influenzaviren: massiver Anstieg A(H3N2), das letzte Mal diese Höhe in der Grippewelle 17/18 erreicht (allerdings im Februar, nicht im Dezember)
	+ Sonstige Atemwegsviren: leichter Rückgang von RSV in 48.KW, Positivenrate von RSV war letztes Jahr stärker
	+ Mögliche Gründe der höheren Belegung der Intensivstation der Kinder:
		- 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
	+ Am meisten betroffen sind Kinder zwischen 5 und 15 Jahre
* Zahlen zum DIVI-Intensivregister
	+ Mit Stand 07.12.2022 werden 995 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.
	+ Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung
	+ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +884 in den letzten 7 Tagen
	+ Gleichbleibender Trend bei Anzahl verstorbener positiver SARS-CoV-2-Patient:innen auf ITS
	+ Anteil der COVID-19-Patient\*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: nördliche Bundesländer bei 5%, restliche Bundesländer bei 2,6 bis 5,6%
	+ Seitwärtsbewegung bei Verteilung Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad
	+ Einschätzung der Betriebssituation: Belastung Intensivstation steigt an, Personal wird auf Kinderintensiv verlagert
	+ Altersverteilung absolut: Aufwärtstrend ab 60 Jahren. 82% sind 60 Jahre oder älter
	+ 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.

***Diskussion:**** Unterschiede in Nord/Süd Verteilung können nicht geographisch auf Unterschiede in den Sublinien zurückgeführt werden. Visualisierungen der Sublinien in Deutschland liegen nicht vor
* Breite der Wellen nimmt ab, lokal begrenzte spitze Wellen nehmen zu
* Frage, ob aus syndromischer Surveillance eine Prognose abgegeben werden kann.
* Daten aus GrippeWeb ist schon ein Blick in die Zukunft (etwa 1-2 Wochen)
* Internationaler Konsens:
	+ 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)
* Pandemieradar soll nicht zu komplex gestaltet werden, insbesondere wenn das BMG es auch an ihren anpassen muss
* Nicht nur Fortschreibung, sondern Inzidenzen reinzubringen, um Wendepunkte in den Trends vorherzusagen
* Eine Modellierung von RSV und Influenza wird erwartet sowie den Wunsch des Zugriffs auf die Daten der Surveillance
* 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

 ***Diskussion:**** Erweiterung Abfrage Intensivregister um „intensivmedizinische Manifestation“; Frage um Aufnahme der Zahlen in den Wochenbericht.
	+ Zahlen werden abgewartet, dann entschieden

***ToDo:****Aufnahme Folie 8 und 10 im erweiterten Bericht an BMG (FG36, Haas&Buda)* | ZIG1 (Esquevin)FG32 (Diercke)FG36 (Kröger)FG36 (Buda)FG17 (Dürrwald)MF4(Esins) |
| **2** | Wichtige Punkte für den Wochenbericht* Tenor: Leichter Anstieg (10% Anstieg), lokal begrenzt
* „lokal begrenzt“
* Nicht auf Unschärfe in Meldedaten hinweisen (wegen Zunahme ARE und Testen). Erstmal warten.
 |  |
| **3** | Update Impfen* 24. Aktualisierung der STIKO Empfehlung (15.12.22)
	+ Keine Impfempfehlung für gesunde Kinder unter 5 Jahren
	+ Grundimmunisierung nur für vorerkrankte Kinder (0,5 bis 5 J)
		- Vorzugsweise BioNTech (3 Dosen mit 0-3-8 Wochen Abstand)
		- Alternativ Spikevax (2 Dosen mit 4 Wochen Abstand, in D nicht verfügbar)
		- Nach durchgemachter Infektion 1 Dosis weniger
	+ Weiterhin nur 1 Impfdosis für gesunde Kinder 5 bis 11 Jahre
	+ Bis zu 4 Impfdosen (2x GI + 2 Booster) für Kinder 5-11 mit Vorerkrankungen
	+ 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
		- (off-label auch für Jugendliche 12-17)
		- Novavax Booster ist im Vergleich zu Omikron-adaptierten mRNA unterlegen (Immunogenitätsdaten)
	+ Angepasste Omikron-Impfstoffe für Kinder (5-11 Jahre) präferenziell empfohlen
	+ Themen für 2023
		- Überführung der COVID-Impfungen ins Regelsystem
		- VidPrevtyn Beta
		- Booster für Schwangere zum Nestschutz des Neugeborenen
		- Evusheld (wirkungslos gegen BQ1.1)
* 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 7.4.2023

***Diskussion:**** Schutz vor Hospitalisierung: Effektivität muss kleiner werden
* 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
* 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
 | FG 33(Fischer-Fels) |
| **4** | Internationales(nicht berichtet) |   |
| **5** | Digitale Projekte* Austausch (CWA, Abt.3, ZBS) in der 2. Januarwoche in Bezug auf Optionen, die durch die CWA gegeben sein könnten
	+ Etablierung einer neuen App „allgemeine Gesundheitsapp“
		- Elementen von Befragungen
		- Elementen zur Information der Teilnehmenden (Handlungsempfehlungen, Warnungen), weitere epidemiologische Fragestellungen
* DEA: aktuell CR in Arbeit um Betrieb bis März aufrecht zu erhalten. Parallel Umstieg auf EU dplf, hier IT5 und FG33 im Lead.
 | FG21(Schmich) |
| **6** | Daten aus der GesundheitsberichterstattungNCD-Themen in Bezug auf die Pandemie„Beeinträchtigung onkologischer Diagnostik u. Versorgung: Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zum Thema, Ausblick auf kommende Projekte“* 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 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)

*Diskussion:** Wie normal ist das Vergleichsjahr 2019?
* Bei Krebs treten normalerweise nicht so starke Veränderungen auf, daher ist 1 Jahr zum Heranziehen eines Vergleichs plausibel
* Rückgang in Krebsinzidenz wird durch demographische Veränderung ausgeglichen.
* Vorjahrestrends werden stärker mit einbezogen.
 | Abt. 2Klaus Kraywinkel (ZfKD) |
| **7** | Aktuelle Risikobewertung* 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)

***ToDo:****Kommentare zur Änderung der Risikobewertung (Vorschlag von FG36) bitte bis Freitag, 09.12. einarbeiten und zurückhalten.* | Abt. 3(Haas) |
| **8** | Expertenbeirat *(montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)** (nicht berichtet)
 | Wieler |
| **9** | KommunikationBZgA* BZgA erstellt mit BVÖGD und dem RKI einen Steckbrief zu RSV

**Presse*** BMG gibt erst am 16.12.22 eine Rückmeldung zur Berichterstattung zwischen den Tagen

P1* (nicht berichtet)
 | BZgA(Ommen)Presse(Degen)P1(Lein) |
| **10** | RKI-Strategie FragenAllgemein* 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.

***Diskussion:**** Laufen systematische Reviews, die nicht Long-Covid betreffen?
* Christa Scheidt-Nave nimmt es mit in AG Long-Covid

***ToDo:****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*RKI-intern* 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
* Schutzzielkonflikt

***ToDo:****Bearbeitung des Themas durch ZBS7 (Frau Niebank) mit Abt.1, FG14, und FG37: Modifizieren mit Antigentest* | AlleAbt. 3Abt. 3 |
| **11** | **Dokumente*** (nicht berichtet)
 | Alle |
| **12** | LabordiagnostikFG17* Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:
* # SARS-CoV-2
* ## Rhinovirus
* ## Parainfluenzavirus
* ## saisonale (endemische) Coronaviren
* ## Metapneumovirus
* ## Influenzavirus
* Rest negativ

ZBS1 | FG17 ZBS1 |
| **13** | Klinisches Management/Entlassungsmanagement* (nicht berichtet)
 | ZBS7 |
| **14** | Maßnahmen zum Infektionsschutz* nicht berichtet
 | FG14  |
| **15** | Surveillance* nicht berichtet
 | FG 32 |
| **16** | Transport und Grenzübergangsstellen* nicht berichtet
 | FG38  |
| **17** | Information aus der Koordinierungsstelle* nicht berichtet
 | FG31 |
| **18** | Wichtige Termine* keine
 | Alle |
| **19** | Andere Themen* Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.12.2022 11 Uhr, via Webex
 |  |

**Ende: 13:15 Uhr**