# Lage-AG-Sitzung zu COVID-19

**Ergebnisprotokoll**

*Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014*

***Anlass:***COVID-19

***Datum:*** *Wochentag, 21.12.2022, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
  + Lothar H. Wieler
  + Lars Schaade
* Abt. 1
  + Martin Mielke
* Abt. 2
  + Julika Loss
* Abt. 3
  + Tanja Jung-Sendzik
* FG14
  + Marc Thanheiser
* FG17
  + Ralf Dürrwald
* FG21
  + Wolfgang Scheida
* FG31
  + Ute Rexroth
  + Maria an der Heiden
  + Claudia Siffczyk
  + Alexandra Hofmann
* FG32
  + Michaela Diercke
  + Justus Benzler
* FG33
  + Jonathan Fischer-Fels
* FG36
  + Udo Buchholz
  + Silke Buda
  + Kristin Tolksdorf
* FG37
  + Sebastian Haller
  + Werner Espelage
* ZBS7
  + Michaela Niebank
* MF4
  + Janina Esins
* P4
  + Pascal Klamser
* Presse
  + Ronja Wenchel
* ZIG
  + Johanna Hanefeld
* ZIG1
  + Carlos Correa-Martinez
* ZIG2
* Charbel El Bcheraoui
* Francisco Pozo Martin
* BZgA
  + Andrea Rückle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TOP | Beitrag/ Thema | **eingebracht von** |
| **1** | Aktuelle Lage  International  Folien [hier](COVID-19_internat.%20Lage_2022-12-21.pptx)   * Fallzahlen weltweit mit Ausnahme Region Amerika sinkend; * Amerika: 16% Anstieg (Argentinien, Chile, Uruguay, Brasilien und Peru). BA5. Untervarianten verbreiten sich; * Europa: 7TI sinken in allen Altersgruppen; und vor allem bei Ü65; Hospitalisierungen und ITS-Belegungen auf einem stabilen Niveau (Infos aus KW45); * European Forecast Hub prognostiziert leicht steigende Fallzahlen, aber weiter sinkende Todesfallzahlen; * Anstieg Frankreich Fallzahlen: BQ1.1. (über 60% der Sequenzen). Situation in den Krankenhäusern stabil; * Anstieg Norwegen: Plateau in Abwassersurveillance berichtet; es wird eine Stabilisierung der Zahlen erwartet; Situation ITS: stabil   Lage in China:   * Offizielle Zahlen zeigen eine niedrige 7TI von10/100T EinwohnerInnen; * Hospitalisierungen steigen seit Mitte November an; * Lockerungen seit 07.12. * Schnelltests als PCR-Ersatz akzeptiert; * Schulen offen seit 12.12. * Corona-App zur Kontaktpersonennachverfolgung deaktiviert. * BA.2.75, BA.5 (inkl. BF.7, BQ.1) nachgewiesen * Keine wirklich belastbaren Zahlen und Daten verfügbar * Impfquote Ü80: 2 Dosen Sinovac knapp 66%, Booster knapp 40%   Frage:   * Woher könnten wir ein verlässlicheres Lagebild aus China erhalten? - Nachbarländer (Taiwan und Hongkong betrachten: Taiwan stabil, in Hongkong wird ein Anstieg beobachtet). Es wird versucht, über internationale Netzwerke mehr Informationen zu erhalten.   National   * Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien [hier](LageNational_2022-12-21_draft.pptx) * SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 36.346.100 (+19.000), davon 160.246 (+210) Todesfälle * 7-Tage-Inzidenz: 250/100.000 Einw. * Ähnliches Bild im Vergleich zu den Vorwochen. * Leichter Anstieg in der 7THI in der Gruppe Ü60; * BL: Bundesweiter Trend leicht ansteigend, aber eher Abflachung zu beobachten; nördliche BL mit höchsten 7TI, aber auch hier kein weiterer Anstieg. Nord-Süd-Gefälle; * 18 Kreise mit 7TI über 500, 260 Kreise mit 7TI zwischen 50-250; * Aktuelle Tendenz Altersgruppen: höchste 7TI in Gruppe Ü85; gefolgt von 50-65-Jährigen. Bei Kindern eher Abfall * Todesfälle: stagnierend   **Testzahlen**  Nicht berichtet  **ARS-Daten**  Folien [hier](ARS_20222112.pptx)   * Anzahl Testungen/100T: bei 0-4- und 5-14-Jährigen stabil über die letzten 10 Wochen. * Anzahl pos. Getestet/100T: Kein Anstieg bei 0-4 und 5-14 Jährigen, in allen anderen Altersgruppen: Anstieg; * Konstant hohe Anzahl an Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen (250- Vorwoche: 230), und Alten- und Pflegeheimen (379- Vorwoche: 328):   **VOC-Bericht**  Nicht berichtet  **Molekulare Surveillance**  Nicht berichtet  **Syndromische Surveillance**  Folien [hier](syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW50_2022_für-Krisenstab.pptx)   * GrippeWeb: ARE-Raten nicht weiter ansteigend, aber weiterhin auf sehr hohem Niveau, 10.800 ARE (Vorwoche: 11.200) pro 100T; entspricht einer Gesamtzahl von   9,0 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (49. KW: ca. 9,3 Millionen);   * Ambulanter Bereich: vergleichbares Bild; die Konsultationsinzidenz ist nicht weiter gestiegen, aber auf einem sehr hohen Niveau, bei den 0-14-Jährigen zeigt sich ein verlässlicher Rückgang, in allen anderen Altersgruppen wohl auch, allerdings noch abhängig von Nachmeldungen, es wird hier kein steiler Anstieg mehr erwartet. * SEED-ARE mit COVID Konsulationsinzidenzen: leichter Anstieg bei allen Ü15. * ICOSARI: SARI-Inzidenz: Niveau so hoch wie bei schwerer Grippewelle 2017/18. Kontinuierlicher Anstieg auf den ITS; Werte liegen allerdings noch unter den Spitzenwerten des COVID-Winter 2020/21. * Anteil COVID-spez. Diagnosen an SARI Fällen stationär und mit ITS-Behandlung bis KW50: 11, RSV Rückgang (18%), Influenza mit höchstem Anteil (28%); bei ITS-behandelten Fällen ähnliches Bild. * Im Moment mehr SARI PatientInnen mit Influenza und RSV auf den ITS als im Vergleich zu den Vorjahren. * Influenza spielt in allen Altersgruppen eine sehr große Rolle; auf völlig neuem Niveau bei Schulkindern; Ü80: starker Anstieg zu beobachten * Belastung durch SARI-COVID PatientInnen in Krankenhäusern nach wie vor hoch: 3700 neuen KH-Aufnahmen aufgrund von COVID-SARI in KW50;   **Darstellung der „GrippeWeb-COVID-Inzidenz“ im GrippeWeb-Wochenbericht, Folien** [hier](GWteam_GW-COVIDinz.pptx)   * Neu: Berechnung COVID-Inzidenz: Anzahl Meldende pro Woche mit SARs-CoV2- Nachweis/Anzahl Meldender * Schnelltests werden hier miterfasst * Unterschied zu vorher (ohne COVID-Inzidenz) und jetzt (mit COVID-Inzidenz): 2-3-fache Inzidenzerhöhung * Fragen:  1. Ab wann soll GrippeWeb-COVID-19-Rate gezeigt werden? - Vorschlag: ab KW01/2023 ab 2. GW-Wochenbericht 2023 2. Soll die 7-Tages-Inzidenz in derselben Abbildung gezeigt werden? - Falls ja, dauerhaft?   Diskussion: Abhängig von strategischer Ausrichtung (Pandemie geht dem Ende zu). Neue Abbildungen müssen kommunikativ sehr gut begleitet werden, da Fehlinterpretationen möglich;  Stichprobe repräsentativ? -Es wird adjustiert für BL, Altersgruppe und Geschlecht, wobei keine großen Unterschiede zu beobachten sind.  Vorgehen: sobald Daten maschinenlesbar verfügbar sind, Journalisten ein Hintergrundgespräch anbieten, danach Daten öffentlich bereitstellen  Es wurde keine Entscheidung, über weiteres Vorgehen und Beantwortung zu Fragen 1 und 2 getroffen. Wird auf neues Jahr verlegt.  **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten**  Folien [hier](syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW50_2022_für-Krisenstab.pptx) (ab Folie 13)   * 332 Proben aus 74 Arztpraxen und 14 BL eingesendet, sehr stabil und auch repräsentativ; 85% Positivenrate; * SARS-CoV2 mit 5% stabil; OC43 in KW50 bei 6%; andere Coronaviren spielen momentan keine Rolle. * Influenza-Aktivität: dominiert von H3N2, Nachweisraten über 50%; leichter Anstieg H1N1 (3%), 2 Nachweise von B-Viktoria in KW50; * Bei anderen resp. Viren dominiert RSV; Trend rückläufig; Rhino: relativ niedrig. Parainfluenza: starker Rückgang, hMPV: schwache Aktivität. * Altersgruppenverteilung über die letzten 3 Wochen: Influenza dominiert das Geschehen. Leichter Rückgang bei 5-15-Jährigen * International: H1N1 Anstieg, H3N2 dominierend. B Viktoria könnte sich weiterhin entwickeln.   **Zahlen zum DIVI-Intensivregister**  Folien [hier](2022-12-21_Intensivregister_SPoCK.pptx)   * Mit Stand 21.12.2022 werden 1.216 COVID-19-Patient\*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. * Erneuter Anstieg der COVID-ITS-Belegung * ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.028 in den letzten 7 Tagen; 884 vor 14 Tagen. Verstorbene: aktuell gleichbleibender Trend * Behandlungsschwere: Anstieg auf über 6.000 PatientInnen seit Ende November. Gemeldete freie invasive Möglichkeiten auf einem Minimum. Anzahl freier ITS ebenfalls abnehmend; * Absolute Zahlen an COVID-PatientInnen, die beatmet werden, nehmen nicht zu, es wird hingegen eine Zunahme an beatmeten Nicht-COVID PatientInnen beobachtet; * Meldungen der Belastung sowie Personalmangel stark ansteigend; * COVID--Altersverteilung (absolute Zahlen): Aufwärtstrend ab Ü60; * Pädiatrische ITS: angespannt, freie Betten und Kapazitäten zur invasiven Beatmung nehmen weiterhin stark ab. RSV-Fälle ITS-pflichtig abnehmend, dafür nehmen Influenza-Fälle zu ; hier größter Mangel: Personal und Räumlichkeiten; * COVID-Prognose für die nächsten 20 Tage; Mehr oder weniger starker Anstieg für alle Kleeblätter, für D insgesamt Seitwärtsbewegung erwartet, diese Info wurde zum letzten Mal berichtet;   **Modellierungen**  Nicht berichtet  **Kommentare/Ergänzungen:**   * Es muss klar kommuniziert werden, wie wichtig die syndromische Surveillance für die Lageeinschätzung ist. Es kommen weiterhin Anfragen nach mehr Daten; Wenn Daten (u.A. für Modellierungen) angefragt werden, müssen eine konkrete Fragestellung und der Erkenntnisgewinn klar formuliert werden. Es sollte zudem darauf verwiesen werden, dass international anerkannt wird, wie qualitativ hochwertig die RKI (Sentinel)-Daten sind.   ARE Daten sollen maschinenlesbar zur Verfügung gestellt werden – wurde Pandemie-bedingt gestoppt.  IT-Unterstützung bei Datenerhebung und Bereitstellung hier dringend notwendig. | ZIG1  FG32  FG37  FG36  FG17  MF4  Alle |
| **2** | Wichtige Punkte für den Wochenbericht   * Statische Texte im Wochenbericht zum Pandemieradar: sollten diese entfernt werden? – Ja für Anfang 2023 vorbereiten, BMG muss zuvor darüber informiert werden. * Tweet zu Wochenbericht: Hinweis zum Nichterscheinen des Wochenberichts in der nächsten Woche finalisiert.   Kommentare und Aufgabe:  Deutlichen Zunahme der Beatmung von Non-COVID-Fällen. Es sollten nicht nur Einzelerreger beachtet werden. Pneumokokken Zunahme erwartet. Wo und wie sollte diese Info verbreitet werden? – Info hierzu in ersten Teil COVID-Wochenbericht mit aufnehmen! –FG36 und FG37 Absprache und Weiterleitung and nCov-Lage | Alle  Presse |
| **3** | Update Impfen   * (nicht berichtet) | FG 33 |
| **4** | Internationales   * (nicht berichtet) | ZIG |
| **5** | Update digitale Projekte   * CWA: Abkündigungsprozesse mit BMG in Bearbeitung – CWA wird offiziell zum 31.05.2023 eingestellt. * Update Version 3.1 am 18.01erwartet: Möglichkeit mit Selbstests andere zu warnen | FG21 |
| **6** | Aktuelle Risikobewertung   * Verschoben auf 2023 | Alle |
| **7** | Expertenbeirat *(Treffen alle 4 Wochen)*   * Stellungnahe im Hinblick auf Gesamt-Atemwegsinfektionslage geplant. Entwurf sollte letzte Woche zirkuliert werden; es war geplant, Abschnitte aus ARE Wochenbericht zu übernehmen; * Expertenrat wird weitergeführt. Fachliche Ausrichtung wurde bisher nicht diskutiert. | Wieler |
| **8** | Kommunikation  BZgA   * Einige Aktivitäten zu sonstigen Atemwegserregern, Erregersteckbrief RSV publiziert; Mailing hier an GÄ und Kitaträger erfolgt, zudem Verbreitung über Social Media. * Scharlach wird thematisiert, Erregersteckbrief hierzu liegt bereits vor.   Presse   * Disclaimer zu Berichterstattung über Feiertage wurde von verschiedenen FG kommentiert und wird heute an BMG versendet; * Frage: welche Datentabellen werden zwischen den Feiertagen aktualisiert – Info für Datenjournalisten? Wochenberichtstabellen sind nicht verfügbar; Zur Verfügung stehen: Daten Pandemieradar, sowie tägliche Daten COVID-Dashboard,   P1  Nicht berichtet | BZgA  Presse |
| **9** | RKI-Strategie Fragen  Allgemein  • Durchsicht von Agenden/Protokollen des Krisenstabs  Es wurde eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) gestellt, die die Herausgabe von Lage-Protokollen fordert, und zu einem Prozess beim Verwaltungsgericht Berlin geführt hat. 233 Protokolle von Anfang 2020 bis April 2021 müssen gesichtet werden und evtl. herausgegeben. Diese werden vorab von einer Gruppe von Personen am RKI geprüft und diverse Passagen nach vereinbarten Kriterien (z.B. personenbezogene oder vertrauliche Daten, Beratungsgeheimnis, Drittbeteiligung, Sicherheitsrisiko, u.a.) geschwärzt. FG31 hatte Unterstützung aus allen Abteilungen erbeten.   * To Do. Bei FG31 melden, falls Vakanzen über Feiertage zur Unterstützung bei Durchsicht bestehen;   RKI-intern   * **Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung, s. Bericht aus Großbritannien (Chris Whitty et al), Email nCoV-Lage 07.12.2022 um 13:41** * Sollten wir einen inhaltlich ähnlichen Bericht verfassen? * Evaluationen auf kleineren Ebenden laufen bereits * After Action Review mit kurzer Lessons Learned von Seiten sollte mit ausgewählten Partnern erfolgen. Ansicht der technischen Krisenreaktion und Outputs (relevante Dokumente) aufzeigen; Kollateralschäden (nicht nur Infektionsschutz) mit einbeziehen; - Anfang 2023 damit beginnen, zunächst ohne externe Beteiligung. * Gesamtevaluation der Response in D wäre wünschenswert, kein RKI Mandat * **Vorstellung des Berichts „Zusammenfassung der Effektivit nichtpharmazeutischer Interventionen zur Eindammung der COVID-19 Pandemie“**   Folien [hier](Punkt10_P4_NPI_Uebersicht.pdf) und [hier](P4_NPIs_Zusammenfassung.pdf)   * Übersichtsarbeit Brockmann, noch nicht publiziert (auch kein Preprint), liegt dem BMG aber bereits vor – hausinterner Dienstweg sollte hier beachtet werden * Es wurden nur Reviews verwendet und systematisiert, * 9 Review-Artikel, inkl. eines RKI-inhouse Artikels wurden herausgefiltert * Primärquellen aus Reviews wurden unter bestimmten Kriterien angeschaut mit restriktiv starkem Filter. * Primärquellen wurden den einzelnen NPIs zugeordnet (9 Gruppen). * Ergebnisse, siehe Folie 3   **Fragen/Feedback**   * Testkapazitäten und Testungen sollten von Interventionen getrennt werden; andere Interventionen haben eher direkte Effekte; dieser Punkt sollte in der Einleitung nochmal aufgegriffen werden. Maßnahmen und Effektstärken sollten unterschiedlich bewertet werden. * R-Wert Effekt der Maßnahmen betrachtet; eine wesentliche Zielgröße sollte sein: Effekt der Maßnahme auf Anzahl von Ausbrüchen? Effekt auf Zahl der Hospitalisierten und Todesfälle? - von Primärquelle abhängig, hier oft auf R- Reduktion fokussiert; sofern Einfluss auf 7TI, Mortalität oder Hospitalisierung betrachtet, wurde dies auch angegeben. * Effektivität Contact Tarcing: Review hierzu von ZIG gerade eingereicht; Beobachtungsstudien sowie math. Modellierungen betrachtet; Effekt war zu beobachten: Kontaktaufnahmen ZIG mit P4 hierzu; * Wurden verschiedene Phasen der Pandmie untersucht? –Auf Anfangsphase der Pandemie hauptsächlich bezogen; * Berücksichtigung digitaler Tools? – Nur wenn hierfür Publikationen vorlagen | Alle  Alle  Alle  P4  Alle |
| **10** | **Dokumente**   * (nicht berichtet) | Alle |
| **11** | Labordiagnostik  Nicht berichtet, virologische Surveillance: Punkt 1 (Nationales) | FG17 |
| **12** | Klinisches Management/Entlassungsmanagement   * (nicht berichtet) | ZBS7 |
| **13** | Maßnahmen zum Infektionsschutz   * nicht berichtet | FG14 |
| **14** | Surveillance   * nicht berichtet | FG 32 |
| **15** | Transport und Grenzübergangsstellen   * nicht berichtet | FG31 |
| **16** | Information aus der Koordinierungsstelle   * nicht berichtet | FG31 |
| **17** | Wichtige Termine   * keine | Alle |
| **18** | Andere Themen   * Nächste Sitzung: 04.01.2023, 11 Uhr, via Webex |  |

**Ende: 13:00 Uhr**