# Lage-AG-Sitzung zu COVID-19

**Ergebnisprotokoll**

*Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014*

***Anlass:***COVID-19

***Datum:*** *Wochentag, 10.05.2023, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
	+ Lars Schaade
	+ Andreas Gilsdorf
* Abt. 2
	+ Thomas Ziese
* Abt. 3
	+ Osamah Hamouda
	+ Tanja Jung-Sendzik
* FG12
	+ Annette Mankertz
* FG14
	+ Mardjan Arvand
	+ Melanie Brunke
* FG17
	+ Thorsten Wolff
	+ Ralf Dürrwald
* FG21
	+ Wolfgang Scheida
* FG27
	+ Susanne Jordan
* FG31
	+ Ute Rexroth
	+ Maria an der Heiden
	+ Petra v. Berenberg
	+ Claudia Siffczyk
	+ Alexandra Hofmann
* FG32
	+ Michaela Diercke
* FG33
	+ Ole Wichmann
	+ Jonathan Fischer-Fels
* FG36
	+ Udo Buchholz
	+ Silke Buda
	+ Stefan Kröger
	+ Kristin Tolksdorf
	+ Romy Kerber
* FG37
	+ Sebastian Haller
* ZBS7
	+ Agata Mikolajewska
* MF4
	+ Martina Fischer
* P1
	+ Ines Lein
* Presse
	+ Susanne Glasmacher
	+ Marieke Degen
	+ Jameela Seedat
	+ Ronja Wenchel
* ZIG
	+ Werner Espelage

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TOP | Beitrag/ Thema | **eingebracht von** |
| **1** | Aktuelle Lage International Folien [hier](COVID-19_internat.%20Lage_2023-05-10.pptx)* Weltweit:

Zahl der gemeldeten neuen Fälle, Todesfälle und EinweisungenITS rückläufig; Ausnahme: Südostasien - Anstieg der neu gemeldeten Fälle undTodesfälle; Indien -Seit Februar 2023 Anstieg der neu gemeldeten Fälle, Höchststand 20.04.23; Seitdem rückläufiger Trend; XBB.1.16 und Sublinien sind in Indien dominant* Am 03.05.2023 veröffentlichte die WHO eine aktualisierte Version ihres strategischen COVID-19 Bereitschafts- und Reaktionsplans für 2023-2025.
* Beendigung PHEIC erklärt (04.05) - Begründung und weiteres Vorgehen (siehe Folien)

National* + Fallzahlen/Todesfälle

Folien [hier](LageNational_2023-05-10.pptx)* In allen BL niedrige Inzidenzen, unter 10/100T;
* Gesamtzahlen: über 38 Mio. laborbestätige und gemeldete Fälle. Wenn von doppelter und 3-facher Untererfassung ausgegangen wird, war die gesamte Bevölkerung mindestens 1 Mal infiziert;
* Hospitalisierung: kontinuierlicher Rückgang
* Inzidenz in den LK: überall unter 50/100T
* Inzidenz in den Altersgruppen: am höchsten in Gruppe 80+, 30/100T;
* Todesfälle: Rückgang; Zahlen der letzten Welle nur noch halb so hoch im Vergleich zu den vorangeganen beiden Wellen.
* Keine Übersterblichkeit momentan.
	+ ITS-Belegung und Spock

Folien [hier](2023-05-10_Intensivregister.pptx)* 367 COVID-19-Patient\*innen auf Intensivstationen (Stand 10.05.23).
* Stetiger Rückgang
* ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +267 in den letzten 7 Tagen
* Anzahl verstorbene COVID19 positive Patient\*innen: Rückgang;
* Zeitlicher Verlauf: Anteile COVID/ITS unter 5% in allen BL, Ausnahmen: Bremen; Hamburg – Gründe nicht bekannt
* Altersgruppen: Rückgang in allen Altersgruppen absolut, 80+ haben anteilig etwas zugenommen, Aktuelle Altersstruktur: 70+ und 80+ in etwa gleich. Über 55% der Patient\*innen 70+;
* Behandlungsformen: bei allen Rückgang; ITS: 60% der Patient\*innen mit COVID-19-Manifestation, 40% mit pos. Test aber nicht aufgrund von COVID-19 auf ITS
* Nicht-COVID-19-Patient\*innen dominieren ITS-Geschehen:
* Kapazitäten und Betriebssituation: entspannt, regulärer Betrieb
	+ Syndrom. + virol. Surveillance

Folien [hier](syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW18_2023_f%C3%BCr-Krisenstab.pptx)* GrippeWeb : KW18 : 6.100 ARE (in der 17. KW: 6.00) pro 100.000 EinwohnerInnen, entspricht ca 5 Moi ; Erkrankungen unabhängig von einem Arztbesuch;
* Leichte Delle rund um Ostern, danach kompensatorischer Anstieg insbesondere bei Schulkindern ;
* Ambulanter Bereich : ebenfalls Oster-Knick ; Seit 9. KW sinkend ; 18. KW: ca. 900 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100T, was ca. 750.000 Arztbesuchen entspricht
* COVID spezifische Diagnosen mit ARE Symptomatik: ebenfalls Rückgang
* Stationärer Bereich : SARI Hospit.Inzidenz und Inzidenz Verstorbene : Rückgang ; auf ITS ab 17 KW leichter Anstieg zu sehen ;
* Diagnosen : SARI Patienten mit COVID-19-Diagnosen : Rückgang, Influenza leichter Anstieg, RSV gleichbleibend
* SARI-Fälle mit ITS-Behandlung: COVID- und Influenza-Anteile angestiegen, RSV gleichbleibend ;
* Altersverteilung COVID-SARI-Fälle: fällt ab, aber COVID19-weiterhin dominierend bei Älteren
* 5-14-Jährige : Anstieg SARI (Influenza)
* Hospitalisierungsinzidenz : 1,3 COVID-SARI pro 100T ; entspricht ca. 1.100 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D
	+ Virol. Sentinel :

Folien [hier](syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW18_2023_f%C3%BCr-Krisenstab.pptx) (ab Folie 14)* Bis auf OC43 wurden alle Coronaviren nachgewiesen. SARS-CoV-2 : 5% aller Nachweise
* Influenza : B Viktoria 9% drittstärkstes Virus nach PIV und Rhino
* PIV 3 am häufigsten (13%), HMPV rückläufig, RSV seit mehreren Wochen nicht nachgewiesen.
	+ Testkapazität, Testungen, ARS

Folien [hier](2023-05-10_ARS-Testzahlen.pptx)* Anteil positiver Testungen geht zurück bei stabile Testzahl (ca. 80T/Woche)
* In Arztpraxen/Testzentren: Rückgang der Testungen, in Krankenhäusern wird weiterhin getestet.
* Maximum bei 80+, ansonsten Angleichung über alle Alters-Strata und Rückgang.
* Erlass BMG zu Streptococcus pneumoniae, (Hintergrund: Antibiotika-Engpässe vor allem im pädiatrischen und ambulanten Bereich): stabile Entwicklung und Rückgang, Quartal 1 hohe Zahlen, Vergleichbar mit starken vorpandemischen Saisons.
* Invasive Group A Strep und HIB: überdurchschnittlich hohe Zahlen, nicht begründet in geänderten Erregereigenschaften, sondern in paralleler RSV/Influenza-Saison und erhöhter Suszeptibilität.
	+ Molekulare Surveillance, VOC

Folien [hier](2023-05_10_LageAG-VOC.pptx)* Keine Änderung zu Vorwochen der VOC/VOI/VUM
* Deeskalierte VOC und Rekombinanten: gleichbleibend;
* Zum 30.04. Ende der Vergütung der Sequenzierung- Anzahl übermittelter Sequenzen drastisch abgefallen, 361 im Rahmen der Stichprobe übermittelt (Anteil 1.8% an allen COVID-19-Fällen) Mit weiterem Rückgang wird gerechnet.
* Variantenverteilung: nur einstellige Änderungen, Geschehen insgesamt stabil
* Xbb1.16: VOI, mediale Aufmerksamkeit (Indien): unter 2%
* Xbb2.3 in Indien mit starker Zunahme; in Stichprobe seit KW4 detektiert, 1.9%; weltweit zunehmend.
	+ Modellierungen

Nicht berichtetFragen/Diskussionsbeiträge: * BMG Anfrage zu Strep. Pneumoniae: Sollten wir umfassender antworten? Ein Engpass bei den Antibiotika ist nicht alleinig erklärbar durch Bakterien, sondern durch erhöhte Nachfrage aufgrund resp. Infektionen im Allgemeinen-- Gespräch mit DGPI hat dazu bereit stattgefunden (Welche klinischen Bilder momentan dominierend?)–
* Anekdotische Berichte von Häufungen von Co-Infektionen im Krankenhaus, z.B. Staph. Pyogenes/Influenza mit schweren ARDS; Können wir Co-Infektionen detektieren? – FG37: Wird in ARS ausgewertet, aber momentan noch nicht deutlich darstellbar; FG36: ICOSARI. Co-Infektionen über Diagnosecodes feststellbar, Einschätzung läuft;

To Do: Ergebnisse der syndr. Surveillance mit ARS-Daten abgleichen und umfassendere Schlussfolgerungen ziehen (FG36, FG37)  | ZIG1 AL3MF4FG36/FG17 FG37FG36P4AlleFG36/37 |
| **2** | Wichtige Punkte für den WochenberichtWeiterhin Deeskalation | Alle |
| **3** | Update ImpfenFolien [hier](Impf-Update_Lage-AG_23-05-10.pptx)* STIKO Beratung zur Impfempfehlung findet heute statt; 25.05 Publikation erwartet
* ECDC Vergleich Impfempfehlungen: Kein Land in der EU impft in kommender Saison impft noch Kinder;
* COVID Varianten für nächste Impfstoffanpassung: Wuhan-Stamm soll entfallen; Monoimpfoffe;
* Technical advisory group der WHO wird wohl gemeinsam mit FDA/EMA über Stämme im Impfstoff entscheiden
* 04.05 letzter Monatsbericht Impfen erschienen
* Lücke Anspruch Impfschaden aufgrund fehlender STIKO Empfehlung; § 60 IfSG soll hier angepasst werden.
 | FG 33 |
| **4** | Internationales* (nicht berichtet)
 | ZIG |
| **5** | Update digitale Projekte* (nicht berichtet)
 | FG21 |
| **6** | Daten aus der GesundheitsberichterstattungFolien [hier](Jordan%20etal_Infoquellen_Krisenstab_V2_20230510.pdf)„Überzeugungskraft verschiedener Informationsquellen auf die COVID-19-Impfentscheidung. Ergebnisse aus der Studie Corona-Monitoring bundesweit – Welle 2"* Infodemie: gezielte Fehl- und Falschinformationen u.a. in sozialen Medien, Messenger-Diensten
* Infoquelle: Nicht Häufigkeit der Nutzung angeschaut, sondern Überzeugungskraft einer Quelle
* Klassische Medien und Gespräche mit Verwandten/Freunden: größte Überzeugungskraft zu impfen

Nach Impfstatus aufgeschlüsselt:* Angabe: soziale Netzwerke/Messenger-Dienste: Signifikant als hauptsächlich überzeugende Quelle von Ungeimpften genutzt.
* Ergebnisse in Regressionsmodellen bestätigt
* Ungeimpfte sehen soziale Medien als überzeugende Informationsquelle; Gesprächen mit Ärzten/Ärztinnen waren überzeugende Informationsquelle bei Geimpften

Manuskript und Vortrag in Vorbereitung  | Abt.2Jordan (FG27) |
| **7** | RisikobewertungSiehe Punkt 9 |  |
| **8** | KommunikationBZgA* (nicht berichtet)

Presse* Aufräumen der Internetseite: wie gehen wir mit Steckbrief künftig um? Vorschlag und Diskussion in der nächsten Lage-AG

P1* (nicht berichtet)
 | BZgA n.A.PresseP1 |
| **9** | **Strategiefragen****Allgemein*** Beendigung PHEIC: Implikationen? Konsequenzen? –
* Im Wochenbericht erwähnen;
* In ARE Wochenbericht Hinweis auf Ende PHEIC aufnehmen;
* Von Seiten ECDC wurde die Situation genutzt, um Berichterstattung nach Rücksprache mit den Ländern weitestgehend einzustellen;
* Interpretation der Empfehlungen und Angaben der WHO Zum Ende PHEIC für D? – EpiDBull-Artikel bis Ende Mai (wer?),

To Do: * Alle Dokument kontrollieren, ob aufgrund des Endes der PHEIC Modifikation notwendig sind
* Konzept der COVID-Berichtanpassung und Interpretation Ende PHEIC mit BMG klären (Leitung)

**Anpassung COVID-Wochenbericht*** Ende des Monats letzter Wochenbericht; zum 01.06 Übergang Kurzinformationen zu COVID-19 in ARE Wochenbericht;
* Möglichst schlanke Lösung mit Verweis auf Internet-Quellen, Bewertung und Erklärung der Systeme nur auf den Seiten der Systeme selbst; Risikobewertung würde somit entfallen.
* Wird dem BMG im JF vorgeschlagen
* Aufgabe an: FG36 mit Unterstützung FG32 vorbereiten.

**Bericht COVID-Kennzahlen für BkA** Vorlage [hier](Entwurf-Kennzahlen_BKAmt-Monatsbericht.pptx)* Monatsübersicht: aufgrund der rückläufigen Testfrequenz wohl bald ohne hohe Aussagekraft mehr; außer in Krankenhäusern;
* Es sollte auf auf syndr. Surveillance und einen zusätzlichen Indikator zurückgegriffen werden
* Grobe Struktur beibehalten,
* Kommunikationsweg: via BMG oder direkt? Via BMG
* Aufgabe: Vorschlag und Rückmeldung bis Morgen Mittag; Abt. 3;

**AGI-Feedback zu Empfehlungen Entlass-Management** * Empfehlungen für Alten-Pflegeheime und in nosokomialen Settings werden als zu streng betrachtet (7 Tage Isolation, anschließend Test bei Symptomen);
* Antwort an BL: Es gibt gute Gründe dafür die Empfehlungen so zu belassen; - KRINKO Empfehlungen im Herbst erwartet

Allgemeine Quarantäne und Isolationsregelungen sollen auf Ministerweisung, so wie momentan ausgewiesen, beibehalten werden | Alle |
| **10** | **Dokumente*** (nicht berichtet)
 | Alle |
| **11** | LabordiagnostikFG17/ZBS1Keine Ergänzungen | FG17/ZBS1  |
| **12** | Klinisches Management/Entlassungsmanagement* (nicht berichtet)
 | ZBS7 |
| **13** | Maßnahmen zum Infektionsschutz* nicht berichtet
 | FG14  |
| **14** | SurveillanceMeldepflicht § 6 IfSG: Aufforderung von Seiten des BMG zur Stellungnahme; Max Vorschlag: Verdachtsmeldungen sollten entfallen. Schwere hosp. SARI Fälle werden weiterhin über §7 gemeldet; Angleichung an Influenza-MeldungenBegründung befindet sich noch in Abstimmung | FG 32 |
| **16** | Transport und Grenzübergangsstellen* nicht berichtet
 | FG31 |
| **17** | Information aus der Koordinierungsstelle* Erinnerung Anmeldung zum AAR Krisenmanagement am 8. und 9.6.2023; Sehr generisch und umfassend
* Erlasse auf klassischem Weg kanalisieren anstatt über Koordinierungsstelle: Planen ab dem 01.06
 | FG31 |
| **18** | Wichtige Termine* Siehe Punkt 17
 | Alle |
| **19** | Andere Themen* Nächste Sitzung: 24.05.2023, 11 Uhr, via Webex
 |  |

**Ende: 13:00 Uhr**