



Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass:	COVID-19
Datum:	Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - o Lars Schaade
- Abt. 1
- Abt. 2
 - o Michael Bosnjak
- Abt. 3
 - o Tanja Jung-Sendzik
- FG11
- FG12
 - o Annette Mankertz
 - o Sebastian Voigt
- FG14
 - o Mardjan Arvand
 - o Melanie Brunke
- FG17
 - o Ralf Dürrwald
- FG21
 - o Patrick Schmich
 - o Wolfgang Scheida
 - o Justus Benzler
- FG23
- FG 24
 - o Thomas Ziese
 - o Anke Christine Saß
- FG25
 - o Christina Poethko-Müller
 - o Christa Scheidt-Nave
- FG31
 - o Ute Rexroth
 - o Antonia Hilbig
 - o Claudia Siffczyk
- FG32
 - o Claudia Sievers
 - o Michaela Diercke
- FG33
- o Jonathan Fischer-Fels
- FG34
- FG35
- FG36
 - o Walter Haas
 - o Silke Buda
 - o Kristin Tolksdorf
- FG37
- ZBS1
- ZBS7
 - o Michaela Niebank
- MF3
- MF4
 - o Martina Fischer
- P1
 - o Christina Leuker
- P4
- Presse
 - o Susanne Glasmacher
 - o Marieke Degen
 - o Ronja Wenchel
- ZIG
- ZIG1
 - o Carlos Correa-Martinez
- ZIG2
- ZIG4
- BZgA
 - o Linda Seefeld

Seite 2 von 9



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-Lage-AG

	- o Anteil COVID an SARI: stabil geblieben - o Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung: ebenfalls stabil (Influenza: leichter Anstieg aber auf niedrigem Niveau). - o 0-4-Jährige: RSV-Diagnosen stark angestiegen in den letzten Wochen (20%); SARS-CoV-2: 5%, zunehmend Influenza detektiert (wenn auch noch wenige Fälle, 4%); Influenza bei 5-14-Jährige: 10% - o Virologische Surveillance: Leichter Rückgang SARS-COV2 insgesamt zu verzeichnen. SARS-CoV-2: 34-60-Jährige und Ü60-Jährige am stärksten betroffen; Bei endemischen Coronaviren sehr wenig Aktivität. Deutlicher Anstieg der Influenza (H3N2); Positivenrate 16% - stärkstes Virus im Sentinel in KW42; Schüler am stärksten betroffen, aber Ausbreitung auf andere Altersgruppen zu beobachten. Bisher kein Nachweis bei Ü60; Rhinoviren und Parainfluenza-Viren gehen zurück, RSV-Anstieg auf 10% (in Übereinstimmung mit syndr. Surveillance) <u>Fragen/Zusätzliche Infos :</u> - 0-4-Jährige COVID-SARI: sieht aus als ob der Anteil erhöht wäre, aber zusätzlich hat ein gewisser Teil der Kinder eine RSV Diagnose. RSV Welle kündigt sich deutlich früher als in den Vorjahren. - Mit steigender Influenza-Aktivität wird auch hier das Überschreiten der Grenzwerte zeitnah erwartet; RSV und Influenza könnten sich ebenfalls negativ auf negativ auf Bettenkapazitäten in den KH auswirken. - Welche Sublinie könnte sich durchsetzen? – Eine Vorhersage kann momentan nicht getroffen werden; BQ scheint international eher ein Problem zu sein, bei uns momentan eher BF.7. - Aktuelle Publikation in Nature Microbiology „Coinfection by influenza A virus and respiratory syncytial virus produces hybrid virus particles“ : Coinfektionen von InflA und RSV, hybride Viruspartikel infizieren Zellen, die normalerweise nicht durch Influenza infiziert werden würden. , in vitro-Versuche, evtl. auch relevant für Coinfektionen in vivo? – bisher keine Aussage darüber zu treffen <u>Message für den Wochenbericht:</u> Gewisse Entspannung zu sehen (Ferien in einigen BL); es kann keine Vorhersage getroffen werden, ob es so weitergeht. Im Winter steigt saisonales ARE Geschehen normalerweise nochmal an. Tal oder Ende der Welle? Noch nicht klar. Info aus ARE-Berichten: Influenza und RSV steigen deutlich an; ARE-Gesamtsituation durch ARE nicht mehr alleine durch COVID bestimmt und Schutzmaßnahmen und Prävention auch bei anderen Erregern zu beachten.	FG17 Alle
2	Wichtige Punkte für den Wochenbericht • Absatz zu Impfstatus Neuaufnahme PatientInnen auf ITS: einziger Abschnitt zum Thema Impfen, der noch im Wochenbericht drin ist.	Alle



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-Lage-AG

	• Letzte Woche wurden die Daten rausgenommen, was in sozialen Netzwerken stark diskutiert wurde. Abschnitt wieder mit aufnehmen? • Optionen: Aufnahme in Wochenbericht, auf DIVI-Seite oder im monatlichen Impfbericht • BMG möchte die Daten beibehalten, und Meldung in VO drin • DIVI: Impfstatus der Neuaufnahmen; hat mit Belegung/Belastung nichts zu tun. Hohes Risiko der Misinterpretation wenn Daten auf DIVI-Seite veröffentlicht werden. <u>Entscheidung und To Do</u> - Lagezentrum: Rücksprache mit FG33 Daten in den Impfbericht mit aufzunehmen - Hinweis nächste Woche im Wochenbericht, wo Info und Daten zu finden sind - Wenn VO wieder überarbeitet wird: Anstreben, die Meldung rauszunehmen (Unterstützung durch DIVI Team erwünscht).	
3	Update Impfen • Folien hier • Aktuelle Zulassung: 4 zugelassene Omikron Impfstoffe, nur als Booster zugelassen und nur ab 12 Jahren. • Kinderimpfstoffe: 6 Monate-5 Jahre, Biontech (3 Dosis-Impfung) und Moderna (2-Dosis-Impfung) in unterschiedlichen Konzentrationen. • Angepasste Impfstoffe für alle Booster ab 12 Jahren empfohlen, keine Unterscheidung BA.1 und BA.4/5 • Keine Veränderung der Indikationsgruppen; keine Empfehlung der STiKO für 4 Impfung für U60-Gruppe. • Impfquoten stagnieren, bis auf 2. Auffrischimpfung bei Ü60 • 26.09 über 60T mit angepassten Impfstoffen bereits vor STiKO Empfehlung geimpft (06.10 Empfehlung); • Monatsbericht: Impfdurchbrüche und Krankheitslast: Ungeimpfte Ü60-Jährige (ca 10% in dieser Altersgruppe) - wesentlich höhere Hospitalisierungsraten, ITS-Belegung und versterben eher Frage: - Ungeimpfte waren zum Großteil bereits (mehrfach?) infiziert. Dh. Kann evtl. davon ausgegangen werden, dass Impferfolg sogar unterschätzt wird? - Diese Unterscheidung wird im Monatsbericht nicht behandelt; wird bei Influenza auch nicht gemacht. Schwierig, diese Daten überhaupt zu erhalten, zudem gibt es kaum noch Immunaive. Im Rahmen der Surveillance nicht zu lösen, nur mit einer Studie. Influenza: Geboosterte und Geimpfte infizieren sich ebenso; ähnliches Bild hier; Aus Altenheim-Ausbrüchen (Exposition für alle gleich) weiß man, dass Wirkung der Impfung eher überschätzt wird. Schwieriges Thema, sollte nicht im Impfbericht formuliert werden. - Es gab keine klinischen Studien zur Reinfektion vor Zulassung der Omikron Booster.	FG 33



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-Lage-AG

4	Internationales • (nicht berichtet)	ZIG
5	Update Digitale Projekte <u>ePLF/dPLF (electronic/digital Passenger Locator Form)</u> und DEA – derzeitige Entwicklungen - o Sommer 2022: Evaluation ob DEA in europ. System der KoNA aufgehen kann/soll. Input RKI und Bundesdruckerei erfolgte – Entscheidung BMG: Überführung DEA in europ. System (ePLF) - o Viele offene Fragen, u.A. wer betreibt dieses System von dt. Seite aus und wer überführt DEA? Noch in diesem Jahr soll Migration erfolgen. Bis 31.12 soll geklärt werden, wer Prozess begleitet und umsetzt. BMG möchte, dass RKI diese Aufgabe übernimmt, allerdings liegt hierzu bisher keine schriftliche Aussage vor, welche Rolle das RKI genau übernehmen soll. - o Thema in JF Freitag mit aufnehmen; • DEA: Technische Infrastruktur durch Bundesdruckerei bereitgestellt; RKI hat Prozess gemonitort. - o Mit momentanen Ressourcen kann Prozess nicht begleitet werden. - o Change Request für Ende Januar mit Bundesdruckerei ausgearbeitet • zu ePLF gab es im Feb. 2022 einen Initiativbericht, dieser sollte aktualisiert werden. • Unterscheidung: DEA = Einreisekontrolle; ePLF: KoNA nach Exposition im Flieger (und anderen Verkehrsmitteln), und auch für andere Erreger als SARS-CoV-2; nicht wirklich mit DEA vergleichbar, da ganz andere Zielsetzung;	FG21



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-Lage-AG

6	Vortrag, CoMoBu II-Studie und Post/LongCOVID „Prevalence and determinants of Post-COVID-19 condition in Germany - Results of the second wave of the study “Corona Monitoring Bundesweit” (RKI-SOEP-2-study) Folien hier - PostCOVID und LongCOVID: schwer zu definieren; WHO Kriterien für Falldefinitionen ergeben einige Ermessensspielräume was sich in den Studienergebnissen widerspiegelt und deren Vergleichbarkeit. - CoMoBu II: in SOEP eingebettet; Fragebogen zu LongCOVID wurde angefügt; 19 Symptome in den letzten 6 Monaten abgefragt; und ob Beschwerden noch andauern, sowie Auswirkungen auf Schule/Erwerbstätigkeit? Cases und Controls: - Personen, die von Infektion wussten, und mit pos. PCR-Test - Personen, die von Infektion nichts wusste, bei denen Infektion durch AK-Test bestätigt wurde - Personen ohne Infektion (diese Gruppe fehlt in vielen Studien) - Baseline Ergebnisse: - Prävalenz für alle 3 Gruppen (Folie 6): 14-65 Jährige - Signifikanter Unterschiede zwischen Teilnehmern mit bekannter und keiner Infektion. - Die von Infektion nichts wussten, aber infiziert waren, rücken näher an Infizierte heran, die von Infektion wussten. Je enger die Def. Von LongCOVID gefasst ist, desto geringer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen. - Risiko für longCOVID erhöht: Geschlecht (weiblich), Alter, Anzahl von Begleiterkrankungen; - Self-related Health: wie schätzt man seine eigene Gesundheit gerade ein, und im Vergleich zu vor der Pandemie? Infizierte, ohne LongCOVID: 6x Verschlechterung; https://www.rki.de/long-covid Fragen/ergänzende Infos: - Sensitivität der Falldefinition und das Wissen, ob man infiziert war, hat großen Einfluss auf Prävalenz von LongCOVID. Je enger die Def. Gefasst, desto niedriger der Unterschied zwischen den Gruppen; Wie aussagekräftig sind die Ergebnisse? - Immer noch deutlich. 40% attributables Risiko auf Infektion zurückzuführen. - Nicht subjektive Outcomes werden mitlaufen gelassen, um Bias der Eigenwahrnehmung rauszunehmen. - Hintergrund-Monitoring: Kontrollgruppen werden immer dünner, wie sieht es in Bevölkerung insgesamt mit LongCOVID Symptomen aus? - Dürfen Ergebnisse kommuniziert werden? – Hr Scheida nimmt Kontakt auf.	Fr. Pethke-Müller
7	Aktuelle Risikobewertung o Kleinere Anpassungen könnten erfolgen, aber nicht zeitkritisch; momentan keine Änderungen	Abt. 3



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-Lage-AG

	RKI-intern • (nicht berichtet)	
11	Dokumente • (nicht berichtet)	Alle
12	Labordiagnostik FG17 und ZBS1 Keine Ergänzungen	
13	Klinisches Management/Entlassungsmanagement • (nicht berichtet)	ZBS7
14	Maßnahmen zum Infektionsschutz • Letzte Woche KRINKO Stellungnahme zu § 28b, Stärkung besonders vulnerabler Gruppen (Masken und Testkonzepte in Einrichtungen). Bisher keine Reaktionen von der Presse eingegangen.	FG14
15	Surveillance • Erlass Abwassersurveillance. Vorhabensbeschreibung, mit Frist heute; Rahmenbedingungen haben sich heute erst geklärt. Bis Freitag Verlängerung beantragen; M. Diercke federführend mit Herrn Möhl;	FG 32
16	Transport und Grenzübergangsstellen • DEA, Punkt 5	FG38
17	Information aus der Koordinierungsstelle • Berichterstattung, siehe vorher	FG38
18	Wichtige Termine • keine	Alle
19	Andere Themen • Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:12 Uhr