Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

Anlass: COVID-19

Datum: Montag, 24.08.20222, 11:00 Uhr

Sitzungsort: Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade / Ute Rexroth

| Teilne | ehmend | e: | ! | FG34 | |
|--------|-----------|---|---|--------|------------------------|
| ! | Institu | tsleitung | | 0 | Matthias an der Heiden |
| | 0 | Lars Schaade | | 0 | Claudia Winklmayr |
| | 0 | | ! | FG36 | |
| ! | Abt. 3 | | | 0 | Udo Buchholz |
| | 0 | Osamah Hamouda | | 0 | Stefan Kröger |
| | 0 | Tanja Jung-Sendzik | | 0 | Kristin Tolksdorf |
| ! | FG12 | | ! | FG37 | |
| | 0 | Annette Mankertz | | 0 | Tim Eckmanns |
| ! | FG14 | | ! | ZBS7 | |
| | 0 | Melanie Brunke | | 0 | Michaela Niebank |
| | D015 | | ! | MF4 | |
| ! | FG17 | TT1 100 | | 0 | Janina Esins |
| | 0 | Thorsten Wolff | ! | P1 | |
| | 0 | Barbara Biere | | 0 | Ines Lein |
| ! | FG21 | D | ! | P4 | |
| | 0 | Patrick Schmich | | 0 | Dirk Brockmann |
| ! | FG 24 | Mantin Thio | | 0 | Jakob Kolb |
| | 0 | Martin Thißen | | 0 | Robert Bruckmann |
| ! | FG31 | II4 - D 41 | ! | Presse | |
| | 0 | Ute Rexroth | | 0 | Susanne Glasmacher |
| | 0 | Maria an der Heiden | | 0 | Marieke Degen |
| | 0 | Amrei Wolter (Protokoll) Alexandra Hofmann | ! | ZIG1 | D 77 1 |
| ! | • FG32 | Alexandra Homianni | | 0 | Romy Kerber |
| • | rusz | Claudia Sievers | | 0 | Carlos Correa-Martinez |
| | 0 | Michaela Diercke | ! | BZgA | 371 TT 1 H |
| 1 | FG33 | WIICHAEIA DIEICKE | | 0 | Nina Horstkötter |
| • | russ 0 | Ole Wichmann | | | |
| | O | OIC WICHIHAIII | | | |

| TO P | Beitrag/ Thema | eingebracht von |
|---------|--|--------------------|
| 1 | Aktuelle Lage | |
| | International | ZIG1 (Correa- |
| | (nicht berichtet) | Martinez) |
| | Folien Metweit: Fälle, Todesfälle Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-23.08.2022 1. Europe: 246.426.020 2. America: 174.492.276 3. Western Pacific: 81.367.219 4. South-East Asia: 59.877.206 5. Eastern Mediterranean: 22.934.3111 6. Africa: 9.269.451 Meldungen in Europa unregelmäßig. Vielerorts im Frühjahr 2022 geänderte Teststrategien insbesondere in Europa z.B. Spanien, Dänemark, England testen nur Risikogruppen bzw Empfehlen nur Testung von Personen mit Risiko für ein schweren Verlauf, Personen die Behandlung im KH benötigen und Personen die mit RG arbeiten; Österreich hat Anzahl PCR pro Einwohner reduziert Globale Fallveränderung 7-Tage -6,61% Todesfallzahlen 7-Tage -14,18% In Asien leichter Anstieg der Fallzahlen und Todesfallzahlen aufgrund BA.5-Welle SARS-CoV-2-Ozeanien 7. Todesrate und Fallzahlen wieder rückläufig 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnende in Europa: Heterogene Lage Es gibt weiterhin Auffälligkeiten in den Meldungen aus Griechenland, Albanien, Schweiz. Die Daten scheinen erst mit Verzögerung wöchentlich gemeldet zu werden und sind somit für die Erstellung der Graphik nicht verfügbar. Meldeunregelmäßigkeiten werden bei Belarussischen Daten seit längerem beobachtet. Auch bei den ukrainischen Daten, aus offensichtlichen Gründen. 1. Litauen: +54% 2. Polen: +78% 3. Russland: +141% 4. Malta: +14% SARS-CoV-2 Europa 5. Hospitalisierungsrate auf niedrigem Niveau in Europa, fallender Trend | |
| | | FG32 |

(Sievers)

National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 30.598.385 (+121.780), davon 143.545 (+181) Todesfälle

7-Tage-Inzidenz: 652,0/100.000 Einw.

Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.728.212 (77,8%),

mit vollständiger Impfung 51.415.743 (61,8%)

Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:

Abnahme der Fallzahlen, Einpendeln auf Plateau

Geografische Verteilung: im Osten Verbesserung

Heatmap: Abnahme in AG über 15, 0-14 Jahre gleichbleibend KW30 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum

Destatis Übersterblichkeit weist keine Änderungen zur Vorwoche auf

Diskussion

Wie erklärt sich der Anstieg im Saarland?

 BL übermitteln am WE nicht, führt dazu, dass Bremen und Saarland zackiger Verlauf ist, Saarland hat mehr Nachmeldungen, keine außergewöhnliche Beobachtung

Zahlen zum DIVI-Intensivregister

- 8. Mit Stand 24.08.2022 werden 951 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt
- 9. Weiterhin Reduktion der COVID-ITS-Belegung
- 10. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +768 in den letzten 7 Tagen im Plateau
- 11. Anzahl der auf ITS-Verstorbenen fällt
- 12. Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten
 - 1. Hamburg als Ausreißer (über 7%)
 - 2. Nord-Ost (SA niedrig 2%)
 - 3. Mittlere BL um etwa 5%
 - 4. Süden 3%
 - 5. Hauptteil BL 3-6%
 - 6. Abfall der absoluten Fallzahlen in allen Behandlungsgruppen
 - 7. Seit Mitte Juli Anstieg der schweren Behandlungsmethoden, hängt vermutlich damit zusammen, dass beatmete Patient:innen eine längere Liegedauer haben
 - 8. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung fällt, Betriebssituation erholt sich, eingeschränkte Meldungen fallen, reguläre Einschätzungen stiegen
 - Gründe der Betriebssituation Personalmangel-Rückgang
 - 10. Rückgang in allen AG
 - 11. Über 60-Jährige haben einen Anteil von über 80% an Intensivstationen
 - 12. SPoCK-Prognose: Rückgang in allen Kleeblättern

MF4 (Esins)

| Testkapazitäten | |
|---|--------------|
| 13. Anzahl der Tests haben um 6% im Vergleich zur Vorwoche | |
| abgenommen | |
| 14. Positivenanteil abgenommen (38,4%) | Abt.3 |
| 15. Kapazität auf hohem Niveau: 2,7 Mio. Test | (Hamouda) |
| 16. 533.000 PCR-Test durchgeführt, Positivenanteil 38,4% | |
| Molekulare Surveillance | |
| 17. Keinen Drop bei Sequenzierungen | |
| 18. Dominanz durch BA.5 mit 95%, BA.4 stabil | |
| 19. Seit ein paar Wochen Stabilität von BA.4 und BA.5 | |
| 20. Anteil der älteren Linie ist stabil, innerhalb Sublinie | |
| Veränderungen | FG36 |
| 21. BA.2.12.1 Anteile fallen ab | (Kröger) |
| 22. BA.2: BA.2.7.5 steigt leicht an, kleine Zahlen (wird in | · 0 / |
| Indien angenommen, in DE bei 0,2%) | |
| 23. Innerhalb BA.5 BA.5.1 und BA.5.2 | |
| ARS-Daten | |
| 24. Test stabil in BE und BB und MPV | |
| 25. Andere BL Rückgang (BY, TH, SH) | |
| 26. KH testen stabil, Arztpraxen halbieren Testungen in den | |
| letzten 5 Wochen; hängt vermutlich mit Ferien zusammen | |
| 27. Prozentualer Anteil der Positiven geht leicht zurück, in KH | |
| und Arztpraxen gleichbleibend | FG37 |
| 28. Mehr Testungen, mehr Positiv, weniger Testungen | (Eckmanns) |
| weniger positiv | (Lexinaiiis) |
| 29. Kein Ausreißer in den Altersgruppen, gleichmäßige | |
| Testungen aber insgesamt weniger | |
| 30. Positivenanteil der 5-14-Jährigen steigt an, 0-4-Jährige | |
| steigt ebenfalls an | |
| 31. Leichter Abfall Ausbrüche Altersheim | |
| Syndromische Surveillance (Tolksdorf) | |
| 32. ARE gesamt: gesunken 3,0 % (Vorwoche: 3,6 %); | |
| Vorwochenwert lag bei 3,7 % | |
| 33. Trend: in den letzten Wochen (seit 28. KW) bis 31. KW ein | |
| rückläufiger Trend, erstmals wieder Anstieg in KW 32, hat | |
| sich aber in KW 33 nicht fortgesetzt. | |
| 34. liegt mit 3,0 % im Bereich der Vorjahre zur 33. KW | FG36 |
| 35. Anstieg bei den Kindern: 5,9 % (Vorwoche: 5,4 %); | (Tolksdorf) |
| Rückgang bei den Erwachsenen: (2,6 %; Vorwoche: 3,3 %) | (TOIKSUUII) |
| 36. ARE 5 AG: Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen (Anstieg um 42 | |
| %), in allen anderen AGs gesunken | |
| 37. Ambulanter Bereich entspannt sich | |
| 38. In der 33. KW wurden bundesweit weniger Arztbesuche | |
| · · | |
| wegen ARE registriert als in der Vorwoche | |
| 39. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig in KW | |
| 33 insgesamt mit 775 (Vorwoche: 937) | |
| liegt bei ca.800; seit KW 28 rückläufig | |
| 40. Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 33. KW, | |
| aber auch in allen der ab 15-Jährigen höher (nicht mehr | |
| ganz so deutlich wie in den Vorwochen); bei den 0-4- | |
| Jährigen ähnlich der vorpandemischen Werte | |
| 41. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 16 % und | |
| 27 %) | |
| 42. 70 % der BL noch in den Sommerferien (in NW, MV und | |

| | SH hat Schule wieder begonnen in KWW 33 dort bereits Anstieg bei den Schulkindern erkennbar, besonders in NW) | |
|---|---|------------|
| | 43. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ab KW 22/2022 deutlich angestiegen war, wird seit KW 29/2022 insgesamt ein Rückgang der Werte beobachtet | |
| | 44. SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in AG bis zur 33. KW 2022 sind die Werte in allen AG gesunken, seit KW 29/2022 setzt sich der rückläufige Trend fort | |
| | 45. SARI-Fallzahlen sind in der 33. KW 2022 insgesamt nur leicht gesunken, SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil geblieben im Vergleich zur Vorwoche, Weiterhin auf üblichem Sommerniveau | |
| | 46. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 33 stabil: 28 % (Vorwoche: 30 %) | |
| | 47. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls stabil: 28 % (Vorwoche: 27 %), 48. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1% | |
| | 49. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau 50. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten | |
| | der Vorjahre 51. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist stabil im Vgl. zur Vorwoche | |
| | 52. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 33. KW 2022: Gesamt: 2,6 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 2.200 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI | |
| | in Deutschland) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten 53. Wenig Änderungen, leichter Rückgang SARS-CoV-2 (16%) 54. Sporadische Infektionen HKU1 | |
| | 55. Nachweis von AH3N2 56. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar | |
| | 57. Rhinoviren und Parainfluenzaviren in gleichen Anteilen nachweisbar, untergeordnete Rolle RSV | |
| | | FG17 |
| | | (Biere) |
| 2 | Update Impfen | FG 33 |
| | Am Montag Sitzung der PEIKO-AG Teilnahme externer Expert:innen und BMG Besprechung der Arbeitsweise und Themenpriorisierung 3 Themen | (Wichmann) |
| | | |



- 6. Variantenimpfstoff
 - 1. Steht kurz vor Zulassung, Unklarheiten bzgl. Timelines, 60 Mio. vorbestellt
 - 2. BA.1-Impfstoffe kommen voraussichtlich September, BA.5-angepasster Impfstoff kommt voraussichtlich im Oktober
 - 3. Impfstoff Valneva wird kommen, angeblich nächste Woche. Impfstoff wird ausgeliefert, aber nicht verteilt, dauert vermutlich noch 2 Wochen. Hiervon wurde nicht viel eingekauft. Ist ein Totimpfstoff, Empfehlung von PEIKO folgt, nur für Grundimmunisierung und für 18-50-Jährige
 - 4. Wunsch Ärzteschaft: Nachschärfung Algorithmen der Konstellationen (Geimpft/Genesen): wird in 4-6 Wochen auf die Agenda gesetzt, PEIKO derzeit an Review mit WHO und Kanada zur Wirksamkeit der verschiedenen Konstellationen
 - 5. Nachrangig: Zulassung Kleinkinder (unter 4 Jahre) und Auffrischimpfung

Diskussion

- In IfSG-Novelle: Geplant: 3 Monate nach letzter Impfung gilt man als geimpft?
 - Es geht nicht darum, dass man als geimpft gilt, sondern es gibt eine Ausnahme der Maskenpflicht für bestimmte Räume in der Öffentlichkeit für die 3 Monate
 - Höhere Impfabstände werden empfohlen (STIKO alle 6 Monate), für den Zeitraum nach der Impfung wird eine Erleichterung geschaffen. Ob es verabschiedet wird ist
- ! Algorithmus: wer gilt als ausreichend geimpft?
 - o STIKO: Verhinderung schwerer Fälle im Fokus
 - Transmission und neuer Impfstoff: Hoffnung, dass durch adaptierte Impfstoffe besser in Verhinderung auf Transmission
 - Herkömmlicher wirkt gut vor schweren Infektionen/Erkrankungen
- ! Variantenangepasster Impfstoff der Transmission verhindert; wird neuer Selektionsdruck geschafft?
 - Transmissionsblockierend wird nicht erwartet.
 Höhere AK-Level, wird eher von nasalen Impfstoffen erwartet, diese sind noch in Entwicklungspipeline
- ! Sind die Impfstoffe bivalent oder monovalent?

(nicht berichtet)

Erstmal bivalente Impfstoffe (BA.1, BA.4, BA.5-Impfstoffe), andere Hersteller haben monovalente Impfstoffe in der Pipeline, moving target, Einreichung bei EMA ist unklar, Diskussion läuft auf europäischer Ebene

3 Internationales ZIG

| 4 | IIndote digitale Ducielete | |
|---|---|--------------|
| 4 | Update digitale Projekte | FG21 |
| | Dlougibilitätannüfund | (Schmich) |
| | Plausibilitätsprüfung | (0011111011) |
| | Nicht "Betrug" sondern "Auffälligkeiten" | |
| | Meeting mit Köln, Datenabgleich CWA | |
| | Wird bis Mai 2023 weiterbetrieben werden | |
| | | |
| | Verhandlungen mit Industriepartnern | |
| | CWA und Maske ist in Umsetzung | |
| | Gelder vom BMG stark gekürzt | |
| | Prognose daher schwer abzugeben Diskussion | |
| | | |
| | Personelle Ressourcen werden weiterhin aus dem Haus | |
| | getragen, vermutlich wird eine neue Ausschreibung ab Mai | |
| | 2023 geschrieben | |
| 5 | 2. Bereitstellung von Daten und Forschungsergebnissen | 7004 |
| | in einem Webportal nach den FAIR-Prinzipien: | FG24 |
| | findable, accessible, interoperable, re-usable | (Thißen) |
| | 3. Bereitstellung eines strukturierten Austauschs | |
| | zwischen den Ländern über bewährte COVID-19- | |
| | Verfahren und Fachwissen. | |
| | 4. Förderung der Interoperabilität und Bekämpfung von | |
| | Ungleichheiten bei Gesundheitsinformationen. | |
| | 60. 4 Kleinstudien: | |
| | Direkte und indirekte Folgen der COVID-19-Infektion | |
| | in vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter | |
| | Bezugnahme auf Ungleichheiten | |
| | 2. Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen | |
| | 3. Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und | |
| | Neugeborenen | |
| | 4. Veränderungen in der psychischen Gesundheit der | |
| | Bevölkerung | |
| | 61. Erforschung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie | |
| | auf die Gesundheit der europäischen Bevölkerung | |
| | 62. Pilotaktivitäten für den Nutzen und Mehrwert der | |
| | Forschungsinfrastruktur, indem Daten aus verschiedenen | |
| | europäischen Ländern zusammengeführt und die | |
| | Ergebnisse in die föderierte Forschungsinfrastruktur | |
| | eingespeist werden | |
| | Hat die COVID-19-Pandemie die bestehenden Muster der | |
| | Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung außerhalb von | |
| | COVID-19 verändert? | |
| | 63. Wales: Rate der Herzinfarkte pro 100.000 Einwohnern | |
| | 2020 im Vergleich zu 2018/2019 hin zum Lockdown (mit | |
| | steigenden Infektionszahlen) stark gesunken! Weniger | |
| | Inanspruchnahme, weniger Diagnosen | |
| | 64. Danach sprunghaft auf ein Niveau über 2018/2019 | |
| | angestiegen! verzögerte Diagnosen | |
| | 65. Bei einem Ländervergleich mit mehreren Outcomes sieht | |
| | man bei der Veränderung der Inzidenz: | |
| | 66. Den gleichen starken Rückgang von Herzinfarkten zu | |
| | Zeiten des Lockdowns in 2020 (März/April)! Ende 2021 | |
| | auf einem vorpandemischen Niveau; bei Schlaganfällen | |

| (nicht berichtet) (Rexroth) | | | |
|--|---|--|------------|
| Verzögerte Diagnostik, Interpretation der Datenlage ist schwierig, da aggregierte Daten Aktuelle Risikobewertung (nicht berichtet) Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) | | 67. Bei Hüft- und Knieersatz sind die Entwicklungen eindeutiger! März/April 2020 starker Abfall der Inzidenzen und bis heute nicht wieder auf vorpandemisches Niveau Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen verbunden mit der Pandemie? 68. Absolute Zahlen: 2017-2020! Zu Beginn 2020 in allen Ländern zurückgehende Zahlen (in Italien eklatant); insgesamt aber in Belgien, Spanien und Wales anschießend ein steigender Trend zu verzeichnen 69. Starke Zunahme der Zeitintervalle von der Diagnose bis zur operativen Behandlung nach dem Lockdown 2020 Frühgeburtenrate während der Pandemie: 70. In mehreren Ländern kam es während der Pandemie zu einem deutlichen und kontinuierlichen Rückgang der Frühgeburtenraten: Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich. Fehlgeburtenrate 71. In den meisten Ländern sind die Totgeburtenraten im Jahr 2020 oder im Zeitraum März bis September 2020 nicht gestiegen. In einigen Ländern gab es jedoch einen signifikanten Anstieg, der in Österreich, der Tschechischen Republik und Slowenien erheblich war. Veränderung der psychischen Gesundheit während der Pandemie oder der Lockdowns (Bereich Inanspruchnahme): 72. Beispiel hier bezieht sich auf Finnland: Gesamtbesuche versus Erstkontakte mit Versorgungseinrichtungen der mentalen Gesundheit 73. In den Sommermonaten das typische Sommerloch mit einem Rückgang der Zahlen! Anstieg der Gesamtbesuche von 2019-2021 von 7% 74. Dagegen sind die Erstkontakte um 6% stark gesunken Diagnosen von Depressionen: 75. Bei beiden Geschlechtern großer Spike nach unten in 2020 und insgesamt liegt die Anzahl diagnostizierter Depression in 2020-2021 klar unter dem Niveau von 2017-2019 als vorpandemischer Zeiten. Diskussion Deutsche Daten liegen vor, müssen analysiert werden Rückgänge können unterschiedliche Erklärungsmuster | |
| (Rexroth) (nicht berichtet) 7 Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) | | Rückgänge können unterschiedliche Erklärungsmuster haben Verzögerte Diagnostik, Interpretation der Datenlage ist | |
| (nicht berichtet) 7 Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) | 6 | Aktuelle Risikobewertung | |
| 7 Expertenbeirat (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung) | | (nicht berichtet) | (Itemouii) |
| Nachbereitung) | 7 | † · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | |
| (nicht berichtet) | | _ | |
| | | (nicht berichtet) | |

| 8 | Kommunikation | D7aA |
|----|--|----------------------|
| | BZgA | BZgA (Horstkötter |
| | (nicht berichtet) |) |
| | Presse | |
| | Überarbeitung FAQ COVID-19 | Presse (Degen) |
| | P1 | |
| | (nicht berichtet) | P1 |
| 9 | DVI Chuatadia Fuadan | (Lein) |
| 9 | RKI-Strategie Fragen | |
| | Allgemein | FG37 (Eckmanns) |
| | Bericht Impfungen Bewohnende/Beschäftigte/Gäste in Einrichtungen | (Eckinainis) |
| | Daten von 12.000 Altenheimen, Veröffentlichung am | |
| | 22.08.2022 4. Impfung bei Bewohnenden und Gästen häufiger als bei | |
| | Beschäftigten | |
| | Entwicklung April 2022 – Mai 2022: keine großen Veränderungen, nur 4. Impfung | |
| | Impfquote nach Beschäftigte nach BL: in Sachsen 17% keine | |
| | Impfung, Unterscheidung nach LK: Leipzig mit 5% im Durchschnitt | |
| | Höchste Übersterblichkeit in Sachsen | |
| | Wunsch nach Unterstützung, da ab 01.01.23 Wegfall der Containment Scouts, Antrag wird gestellt | |
| | RKI-intern | |
| | (nicht berichtet) | |
| 10 | Dokumente | A 11 - |
| | (nicht berichtet) | Alle |
| 11 | Klinisches Management/Entlassungsmanagement | |
| | (nicht berichtet) | ZBS7 |
| 12 | Maßnahmen zum Infektionsschutz | F007 |
| | Als Info: Die Eingliederungshilfe soll abgedeckt werden durch | FG37 (Eckmanns) |
| | KRINKO, eine Adhoc AG wird eingerichtet, FG14 und FG37 | |
| | unterstützt hier. Erwartung: Ende August/Anfang September Treffen, Ende September Bericht Abdeckung | |
| | Eingliederungshilfe. BMG will Informationen hierzu vorliegen | |
| | haben. Adhoc AG ist erstmal unabhängig von KRINKO, soll aber | |
| | langfristig von KRINKO übernommen werden | |
| 13 | Surveillance | FG34, FG36 |
| | Analysis of COVID-19 and Influenza mortality in Germany | (Winklmayr, |
| | using a flexible spline model | Buchholz, an |

ROBERT KOCH INSTITUT

der Heiden)

Fragestellung: Wie zeigt sich die COVID-19 Pandemie (bis zum Ende der vierten Welle) in der Gesamtmortalität in Deutschland?

Modellierungsschritt 1: Verlauf der Gesamtmortalität Erklärende Variablen: gemeldete Influenza Infektionsfälle, gemeldete COVID-19 Sterbefälle "verstorben an") Modellierungsschritt 2: Verlauf der Hintergrundmortalität Einfluss der Influenzafälle und COVID-19 Sterbefälle wird auf 0 gesetzt

Modellierungsschritt 3: Differenz der modellierten Mortalität und der Hintergrundmortalität

- o Geschätzte Anzahl COVID-19 assoziierte Sterbefälle übersteigt die gemeldeten Sterbefälle
- o Aufsplittung nach Wellen
- o COVID-19 assoziierte Mortalität direkt und indirekt
- o In Welle 4 übersteigt die geschätzte Anzahl die gemeldeten Fälle um 81% (45)

Diskussion

- Irritation bei Untererfassung der gemeldeten Sterbefälle, im Alter 123%, Impfung im Altenheim wurde als effektiv angenommen, mit den Zahlen würde sich eine massive Unterschätzung darstellen
 - o Impfeffekt wird in dritter Welle gezeigt
 - o In vierte Welle wird ein indirekter Zusammenhang mit COVID angenommen. Es müssen nicht COVID-19 Sterbefälle sein
 - o Hoher Anteil an Todesfälle ist unplausibel, Möglichkeiten könnten sein, dass es ambulante Todesfälle sind oder im Meldewesen liegt
 - o Abgesenkte Hintergrundmortalität in zweiter Welle
 - o In vierter Welle ist Hintergrundmortalität höher
 - Todesursachenstatistik in vierter Welle kann erst bald abgelesen werden
 - Untererfassung im Meldewesen scheint unplausibel 0

ToDo

Abt. 3, FG32, FG36, Abt.2 erneutes Gespräch

Corona-Datenspende

Daten aus Fitnesstrackern

Studienkohorte zwischen 18-60 Jahre (nicht repräsentative Gruppe)

Testergebnisse/Symptome/Long-Covid als Themen 30.000 Nutzende 230.000 Testergebnisse berichtet, hiervon 13.000 positive

Testergebnisse und Symptome werden verglichen Tatsächliche Inzidenzbestimmung ist schwierig Letzte Welle Infektionen steigen stärker an als in offizieller Statistik

Stieg um das 15-fache an

Ähnliche Daten bei amerikanischen Kolleg:innen Unterschiedliche Testtypen: Anzahl Infektion mit PCRbestätigt nimmt ab, überwiegend Antigentest

P4 (Kolb)

| | Geschätzte Inzidenz geteilt durch die offizielle Inzidenz und Verhältnis Antigen/PCR weist deutliche Korrelation auf Diskussion ! Weniger schwere Erkrankungen und Todesfälle in Omikron-Welle, mehr Antigentestungen bei wenigen Symptomen ! Anfang der Pandemie: Jede Infektion zu erfassen. Kann kein Surveillancesystem leisten. Trends durch Arztbesuche abbilden. Wandel; nicht jeder geht zum Arzt, ist aber auch nicht notwendig ! In Meldedaten können Trends abgelesen werden ! Lösen wir das Problem der Untererfassung, indem Antigenteste meldepflichtig gemacht werden? ! Unter aktuelle Lage wäre ein Slot gewesen, zur besseren | |
|----|--|------|
| | Kommunikation wäre eine Information vorab besser gewesen ! Meldeinzidenz mit junger Datengruppe vergleichen? | |
| 14 | Transport und Grenzübergangsstellen nicht berichtet | FG31 |
| 15 | Information aus der Koordinierungsstelle Bitte um Unterstützung aus mehreren OEs | FG31 |
| 16 | Wichtige Termine keine | Alle |
| 17 | Andere Themen Nächste Sitzung: Mittwoch, 31.08.2022 11:00 Uhr, via Webex | |

Ende: 13:04 Uhr