



Corona-Newsletter

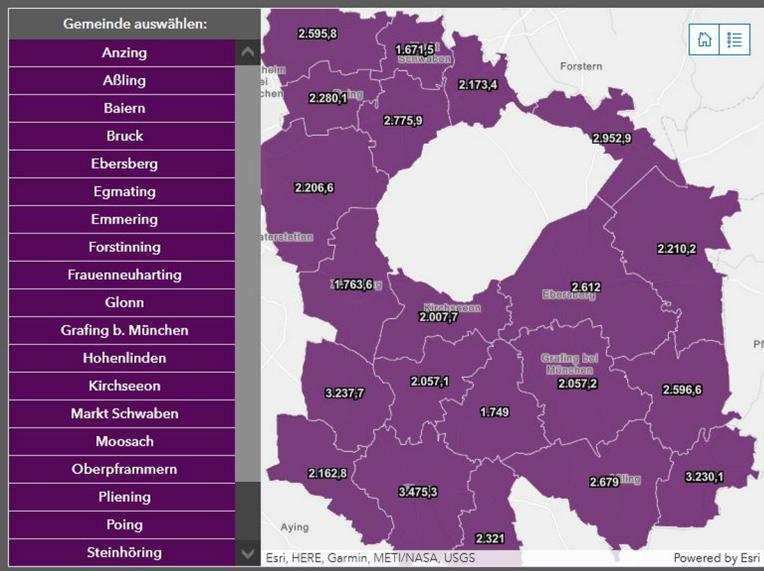
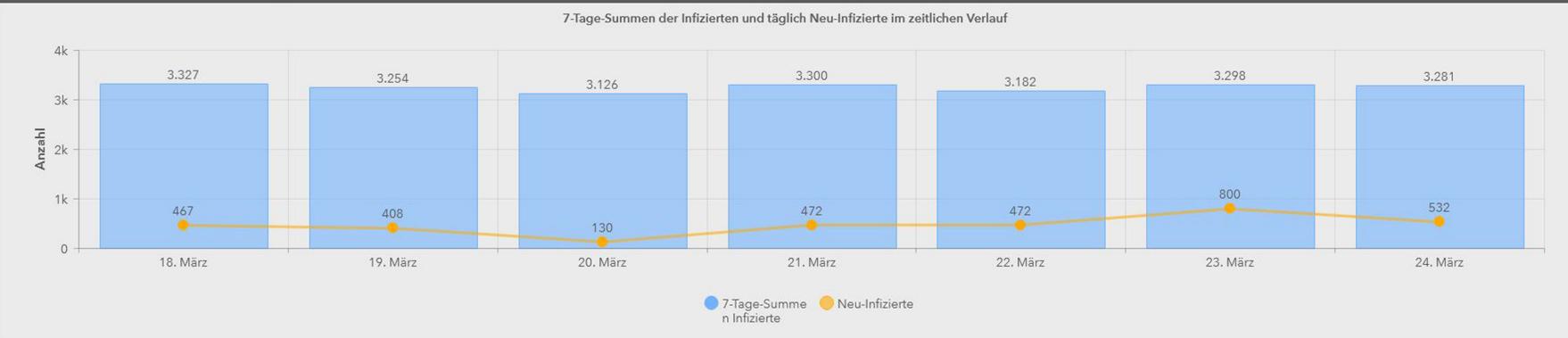
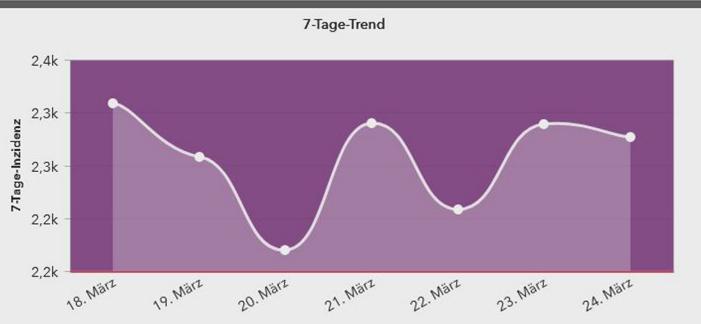
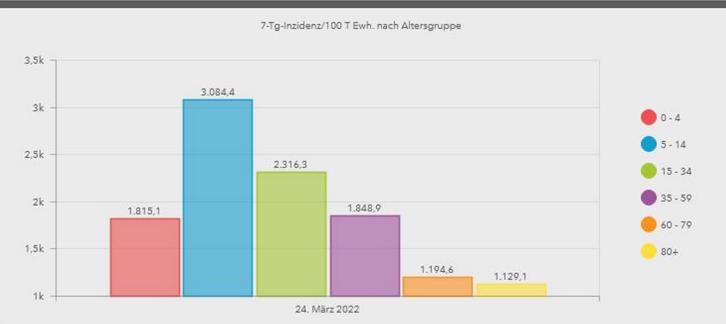
Corona-Lage im Landkreis Ebersberg, in Deutschland, Europa und der Welt

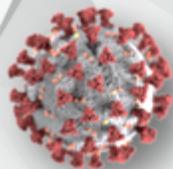
Newsletter Nr. 31 - 25/03/2022



Landratsamt Ebersberg
Eichthalstraße 5
85560 Ebersberg
www.lra-ebe.de

Kontakt
Christiane Siegert
08092 823 520
socialmedia@lra-ebe.de





InfektInfo Nr.75t COVID-19 Corona-Virus-Erkrankung

240900Amar22

MEDINT-Hotline 24/7:
+49 89 1249 7575
Bw 90 6227 7575
Kontakt:
OTV Dr. Roßmann
+49 89 1249 7500
Bw 90 6227 7500



Sachstand-Update

Aktuelles

GLOBAL

(kumulativ)

475.768.643

bestätigte Fälle

6.104.405 Todesfälle

Alle 222 Staaten und Terri-
torien der Welt betroffen

DEUTSCHLAND

(kumulativ)

19.596.530 bestätigte Fälle

127.822 Verstorbene

15.329.034 Genesene

USA

(kumulativ)

79.844.430 bestätigte Fälle

974.830 Verstorbene

IND

(kumulativ)

43.014.687 bestätigte Fälle

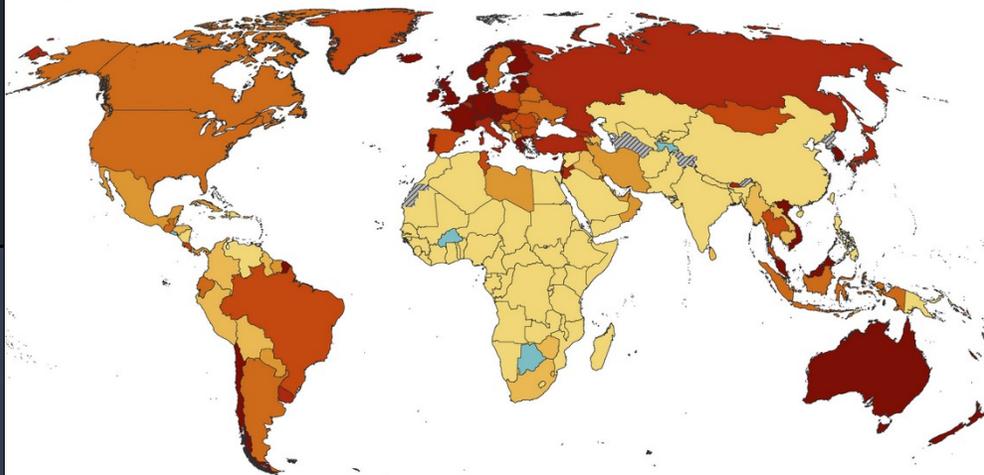
516.672 Verstorbene

BRA

(kumulativ)

29.738.362 bestätigte Fälle

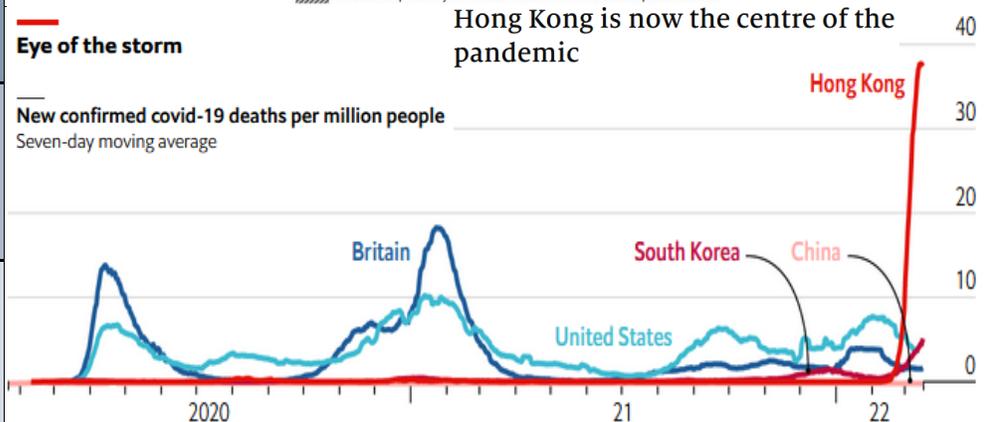
658.286 Verstorbene



14-day COVID-19 case notification rate per 100 000, 2022-w09 to 2022-w10

<20.0	20.0 - 59.9	60.0 - 119.9	120.0 - 239.9	240.0 - 479.9	480.0 - 959.9	≥960.0	No new cases reported
-------	-------------	--------------	---------------	---------------	---------------	--------	-----------------------

No cases reported by WHO and no cases identified in the public domain



Hong Kong is now the centre of the pandemic

• **DEU:** Steigende Omikron-Infektionszahlen unter ihrem Personal setzen Krankenhäusern zu. 75% Prozent der Krankenhäuser nicht mehr in der Lage, ihr normales Leistungsangebot anzubieten.

• Die **NDL** haben auch die letzten Corona-Maßnahmen abgeschafft. Passagiere in öffentlichen Verkehrsmitteln müssen keine Masken mehr tragen. Auch die Testpflicht für Nachtclubs und Großveranstaltungen ohne feste Sitzplätze entfällt, wie die Regierung beschlossen hatte.

• **GBR:** Über 75-Jährige können eine weitere Auffrischungsimpfung erhalten. Auch Bewohner von Altenheimen sowie über Zwölfjährige mit Immunschwächen dürfen sich für den "Frühlingsbooster" (Spring Booster) melden, der sechs Monate nach der dritten Impfung

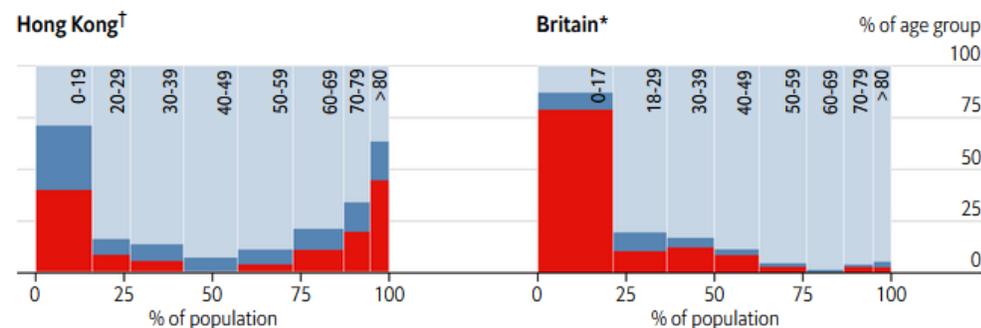
angeboten wird.

• **AFR:** In Kenia sind knapp 840.000 gespendete Impfdosen des Pharmakonzerns AstraZeneca abgelaufen. Das Gesundheitsministerium des ostafrikanischen Landes machte dafür Impfskepsis in der Bevölkerung, aber auch eine kurze Haltbarkeit der gelieferten Impfstoffe verantwortlich.

• **USA:** Der US-Pharmakonzern Moderna hat Erfolge beim Testen seines Corona-Impfstoffs bei Kindern im Alter zwischen sechs Monaten und sechs Jahren vermeldet. Zwei Impfdosen von je 25 Mikrogramm erzeugten bei dieser Altersgruppe eine ähnlich gute Immunantwort wie zwei Dosen von je 100 Mikrogramm bei Patienten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, erklärte das Unternehmen.

Vaccination status by age group and dosage

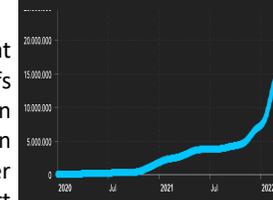
■ Unvaccinated ■ One dose ■ Two or more doses



Verstorbene/ best. Fälle weltweit



Best. Fälle in DEU & CFR



Neue Fälle pro Tag Bw



COVID-19-IMPFUNGEN

Stand: 23.03.2022

ERSTIMPfung (DEU)

Impfquote 76,5%

ZWEITIMPfung (DEU)

Impfquote 75,8%

BOOSTER (DEU)

Impfquote 58,3%

Lage INLAND

DIE ZAHLEN STEIGEN-DIE MAßNAHMEN FALLEN



Bundestag und Bundesrat haben den Weg für das geänderte Infektionsschutzgesetz frei gemacht

Ungeachtet hoher Infektionszahlen hat der Bundestag ein geändertes Infektionsschutzgesetz mit dem Wegfall der meisten bundesweiten Corona-Schutzregeln beschlossen. Die Bundesländer wollen aber noch eine bis maximal 2. April eingeräumte Übergangsfrist nutzen und jeweils aktuell geltende Schutzregeln zumindest teilweise aufrechterhalten. Nach einem heftigen Schlagabtausch hatten in zweiter Lesung SPD, FDP und Grüne dafür gestimmt - alle anderen dagegen. Der Bundesrat ließ das Gesetz ohne Gebrauch des Einspruchsrechts passieren, wohl auf Grund von Zeitnot, da ansonsten gar keine Maßnahmen mehr greifen würden. Allerdings protestierten dort einige Länder gegen die Schutzregeln. NRW-Ministerpräsident Hendrik Wüst sagte dem RedaktionsNetzwerk Deutschland, alle Länder seien sich parteiübergreifend einig, dass dieses Vorgehen inakzeptabel sei. "Ich hoffe, dass die Bundesregierung bald zur Gemeinsamkeit in der Pandemiepolitik zurückkehrt", sagte Wüst. Politiker von CDU und CSU haben das neue Gesetz deutlich

kritisiert, auch alle anderen Regierungschefs der Bundesländer. Sie bemängelten vor allem fehlende Kriterien und Grenzwerte für die Hotspot-Regelung. Der Parlamentarische Geschäftsführer der Unionsfraktion, Thorsten Frei, bezeichnete das Gesetz als "grottenschlecht".

Bundesfinanzminister und FDP-Chef Christian Lindner, dessen Partei in der Ampelkoalition die Lockerungen erwirkt hatte, verteidigte das neue Gesetz. Es sei "verantwortbar" und finde die richtige Balance zwischen individuellem und staatlichem Gesundheitsschutz, sagte er der Augsburger Allgemeinen. "Wir gehen bei Corona jetzt einen Schritt Richtung Normalität", sagte Lindner. "In dieser Phase der Pandemie stärken wir wieder die Eigenverantwortung der Menschen." Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hatte in einer Bundestagsdebatte am Freitag das neue Gesetz als "schweren Kompromiss" bezeichnet.

Der berühmt-berühmte Flickenteppich

Das neue Infektionsschutzgesetz, das seit 20. März besteht, sieht den sogenannten Basisschutz vor, zu dem im Kern lediglich **eine Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln und Einrichtungen mit gefährdeten Menschen** gehört.

Maskenpflicht: Das Tragen einer Maske kann für Krankenhäuser, Dialyseeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste sowie in Arztpraxen und Rettungsdiensten angeordnet werden. Dasselbe gilt für Asylbewerberunterkünfte und den öffent-

lichen Personennahverkehr. Nicht länger aber gilt die Maskenpflicht in Schulen, in Geschäften oder Innenräumen. Bundesweit bleibt lediglich die Maskenpflicht im Luft- und Personenfernverkehr bestehen. Sie kann jedoch von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates abhängig vom Infektionsgeschehen ausgesetzt werden.

Testpflicht: Sie kann ebenfalls angeordnet werden - und zwar für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Asylbewerberunterkünfte sowie Schulen, Kindertageseinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Abschiebehafteinrichtungen sowie im Maßregelvollzug. Zudem ist dies möglich für Einrichtungen mit "freiheitsentziehenden Unterbringungen" - insbesondere in psychiatrischen Krankenhäusern, Heimen der Jugendhilfe und Senioren. In Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie in Schulen und Kitas kann aber eine Testpflicht angeordnet werden.

Das neue Gesetz ist bis zum 23. September befristet. Übergangsweise können die Bundesländer die bereits bestehenden Regelungen bis zum 2. April in Kraft lassen. Die meisten Landesregierungen hatten angekündigt, das tun zu wollen. Weiterhin können die Bundesländer für sogenannte Hotspots strengere Maßnahmen anordnen. Als Hotspots gelten dem Gesetzentwurf zufolge Gebiete, in denen "die konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage besteht". Das sei dann gegeben, wenn sich etwa eine gefährliche Virusvariante ausbreitet. Eine solche Gefahr besteht demnach auch, wenn die Infektionszahlen stark steigen und zugleich eine Überlastung der Krankenhäuser droht. Ob eine solche Situation besteht, muss das jeweilige Landesparlament per Beschluss feststellen.

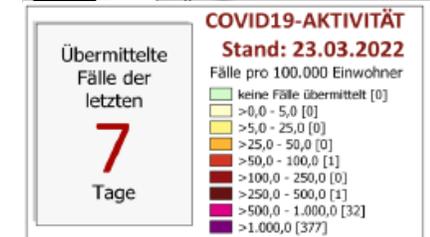
Hotspot-Regel ermöglicht strengere Maskenpflicht

Ein Hotspot kann sich auf einen Stadtteil beschränken, aber auch ein ganzes Bundesland umfassen. In den Hotspots dürfen weitergehende Maskenpflichten gelten als im Basisschutz vorgesehen. Außerdem kann das Abstandsgebot von 1,50 Metern wiedereingeführt werden - insbesondere in Innenräumen. Zudem sind in Hotspots auch wieder 2G- oder 3G-Regelungen möglich. Orte, an denen viel Publikum verkehrt, können zudem verpflichtet werden, Hygienekonzepte vorzulegen. Die Maßnahmen sollen dem Gesetzentwurf zufolge automatisch enden, sofern sie das jeweilige Landesparlament nicht spätestens nach drei Monaten verlängert.

Wie geht es im April weiter?

Nach dem 2. April können strengere Maßnahmen als die im Basisschutz vorgesehenen nur noch aufgrund der Hotspot-Regelung verhängt werden. Ob es dazu kommt, ist aber fraglich - denn die Länder sehen dafür hohe Hürden. Somit dürften die bisherigen Beschränkungen etwa zum Zutritt von Geschäften oder Restaurants weitgehend entfallen. Ansonsten ist das neue Infektionsschutzgesetz bis zum 23. September befristet. Das Bundesgesundheitsministerium sieht damit auch die Möglichkeit, nach der parlamentarischen Sommerpause eine neue Regelung zu beschließen, falls das erforderlich ist

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/ifsg.html>
<https://www.tagesschau.de/inland/infektionsschutzgesetz-bundestag-corona-101.html>
<https://www.zeit.de/politik/deutschland/2022-03/corona-gesetz-lockerungen-kritik>
<https://www.zeit.de/zustimmung?url=https%3A%2F%2Fwww.zeit.de%2Fpolitik%2Fdeutschland%2F2022-03%2Fcorona-massnahmen-infektionsschutzgesetz-pandemie-bundeslaender>
<https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/corona-regeln-127.html>



Kreis	Anzahl	Inzidenz
1 LK Rostock	7516	3.462,4
2 LK Nordhausen	2809	3.406,7
3 LK Halberge	2859	3.392,5
4 LK Altmarkkreis Salzwedel	2748	3.323,4
5 LK Sigmaringen	4166	3.181,5
6 LK Hof	2993	3.166,5
7 SK Coburg	1290	3.158,5
8 LK Bamberg	4654	3.155,3
9 LK Cham	3923	3.062,6
10 SK Jena	3390	3.061,5
11 LK Erlangen-Höchstadt	4220	3.055,6
12 LK Lichtenfels	2034	3.048,5
13 LK Fuldheim	3541	3.036,9
14 LK Coburg	2591	2.992,9
15 LK Harz	6253	2.963,9

Covid-19 in Vietnam: statistics

Since April 27, 2021. Last updated: 03-12, 22/03

	Yesterday	Total
Local cases	+249,149	8,259,329

Touristen willkommen!

Vietnam öffnet seine Grenzen und hebt die Quarantäne-Pflicht bei Einreise auf - trotz hoher Zahlen

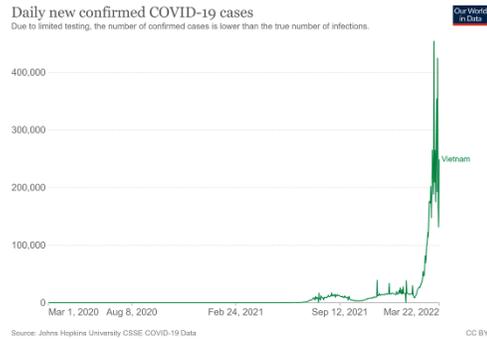
Endlich ist es soweit: seit dem 15. März 2022 ist die Einreise für internationale Touristen wieder ohne Quarantäne möglich. Voraussetzungen sind allerdings ein negativer PCR- (max. 72 h alt) oder Antigen-Schnelltest (max. 24 h alt), das Ausfüllen einer Gesundheitserklärung sowie die Nutzung einer in Vietnam zugelassenen COVID-App.

Die Touristen werden in dem Land, das auf die Einnahmen der ausländischen Reisenden angewiesen ist, dringend benötigt. Nachdem bereits am 23.01.2020 die ersten beiden COVID-19-Fälle in Vietnam festgestellt worden waren, kam es zunächst nur zu vereinzelten Infektionen und anschließend zu einer Entspannung mit einer dreiwöchigen infektionsfreien Zeit. Ab März kam es jedoch vermehrt wieder zu Fällen. Nachdem am 20. März zwei Krankenschwestern eines der größten Krankenhäuser Vietnams positiv getestet wurden, sich die Infektion dort ausbreitete und daraufhin das gesamte Klinikum mit 3.500 Patienten und Personal unter Quarantäne gestellt wurden, hatte COVID-19 auch Vietnam endgültig erreicht.

Die Schließung der Grenzen, strenge Maßnahmen und stringente Kontaktverfolgung waren jedoch extrem erfolgreich: bis Mai 2021 waren selten mehr als 20 Neuinfizierte pro Tag zu verzeichnen. Auch der Zeitraum über den Jahreswechsel 2020/2021, in dem in vielen Ländern der Welt extrem ansteigenden Zahlen gemeldet wurden, ging an Vietnam spurlos vorbei. Erst im Sommer 2021 stiegen auch dort die Zahlen deutlich an auf ein Niveau, wo sie sich weitgehend stabil hielten, bis Ende Januar 2022 Omikron das Land erreichte und ein exponentieller Anstieg begann. Dieser fand seinen vorläufigen Höhepunkt am 12.03.2022, als in Vietnam über 450.000 Neuinfektionen gemeldet wurden.

Fragwürdige Test-Qualität

Ob bei den anfangs niedrigen Zahlen auch die frag-



würdige Qualität der zunächst verfügbaren Corona-Testkits eine Rolle gespielt hat, bleibt offen. Ein Korruptionsskandal darum reicht weit in mehrere Ministerien hinein bis zum praktisch höchsten Mann im Staat, Parteichef Nguyen Phu Trong.

Schon wenige Wochen nach Beginn der Pandemie, im März 2020, verkündete die bis dahin völlig unbekannt Firma Viet A aus dem Speckgürtel der südlichen Metropole Ho-Chi-Minh-Stadt, ein eigenes Corona-Testkit entwickelt zu haben. Die Innovation, die damals zum vietnamesischen Nationalstolz beitrug, sei mit Unterstützung des Gesundheits-, des Wissenschafts- und des Verteidigungsministeriums entwickelt worden. Der Test kam in Vietnam massenweise zum Einsatz. Anfangs waren die Preise dafür moderat. Nachdem sich der Test durchgesetzt hatte, zogen die Preise deutlich an und überstiegen jene für Corona-Tests auf dem Weltmarkt. Eine Fülle staatlicher Zeitungen behaupteten bereits im April 2020 unter Berufung auf die genannten Ministerien, das Testkit habe eine offizielle Zulassung durch die WHO erhalten. Allerdings lief da noch das Zulassungsverfahren, das im Oktober 2020 mit der Nichtzulassung endete.

Dennoch folgten weitere Falschmeldungen von vietnamesischen Behörden wie dem Wissenschaftsministerium und dem Unternehmen selbst. Der Absatz

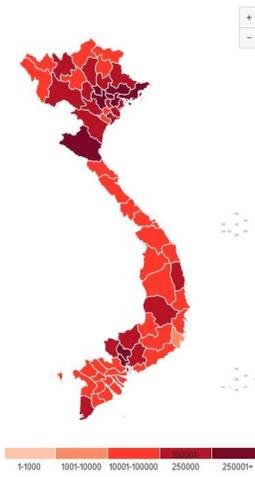
Lage AUSLAND VIETNAM

wurde zusätzlich durch hohe Provisionen an die Leiter von Gesundheitseinrichtungen, die die Tests kauften, angekurbelt. Ende Dezember flog der Korruptionsskandal nach Ermittlungen der Innenbehörden auf, allerdings zu einem Zeitpunkt, als der Innenminister selbst unter Beschuss stand. Ob die Tests in der nur 30 m² großen Garage der Firma produziert wurden oder in Wirklichkeit ein Importprodukt aus China ist, das umetikettiert wurde, ist noch nicht abschließend geklärt. Viet A hatte für die Entwicklung des Tests mehr als 800.000 Dollar Fördermittel erhalten und nach Erkenntnissen der Ermittler damit 175 Millionen Dollar Umsatz gemacht.

Fehlende Impfstoffe

Zwar wurden seit 17.12.2021 die in Vietnam entwickelten Corona-Impfstoffe an Freiwilligen getestet. Doch erst am 08.03.2021 wurde mit den Covid-19-Impfungen mit importierten Impfstoffen begonnen, zunächst für medizinisches Personal und Personen, die bei der Pandemiebekämpfung an vorderster Front arbeiteten. Eingesetzt wurde zunächst gespendeter AstraZeneca-Impfstoff, später wurden weitere Impfstoffe zugelassen, geliefert oder auch gespendet.

Coronavirus map



Nach dem eher zähen Start verkündete Vietnam am 08.07.2021 den Beginn einer großen Impfkampagne mit der Absicht, von August 2021 bis April 2022 alle im Land lebenden Personen ab 18 Jahren gegen Covid-19 zu impfen. Auch wenn dies nicht gelungen ist, sind nach derzeitigem Stand jedoch 79,1% der Bevölkerung vollständig geimpft und 45,3% geboostert (DEU: 75,2% bzw. 57,8%).

Jetzt wird geöffnet

Diese Quoten hatten die Regierung dazu veranlasst, im November 2021 ein Pilotprojekt zu starten mit der Einreise von Touristen an einige Orte und weiter folgende zunehmende Lockerungen der Reisebeschränkungen. Trotz der aktuell sehr hohen Zahlen (250.000 Neuinfektionen, 7-Tage-Inzidenz 1.819,3) verlaufen auch in Vietnam die Erkrankungen in den meisten Fällen leicht, und die Krankenhausauslastung befindet sich im Normalbereich.

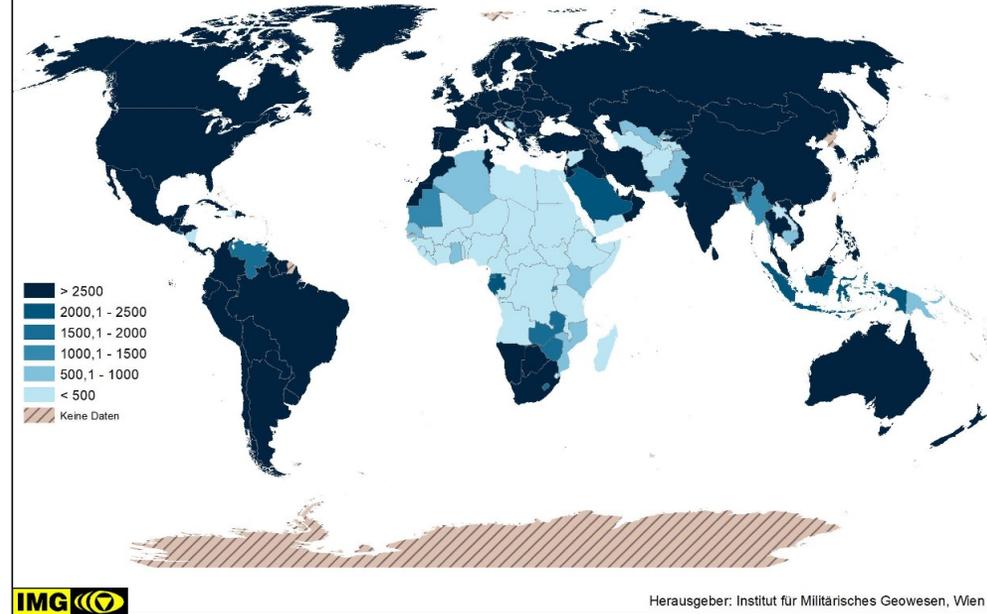
Das beliebte Reiseland ist vom Einkommen durch den Tourismus stark abhängig und durch die fast zwei Jahre dauernde Grenzschließung wirtschaftlich stark gebeutelt. Die Reisebüros verzeichnen jedoch deutlich steigende Buchungszahlen von Reisewilligen, die die Schönheit und derzeit relative Leere genießen wollen

und die noch bestehenden Hygieneregeln sowie Einschränkungen z.B. im Personenverkehr innerhalb des Landes dafür gerne in Kauf nehmen.

- <https://www.tagesschau.de/newsticker/liveblog-coronavirus.html>
- <https://visumantrag.de/vietnam/corona>
- <https://ourworldindata.org/covid-cases>
- <https://www.derstandard.de/story/2000133378556/korruptionsskandal-um-vietnamesische-corona-tests>
- <https://taz.de/Corona-und-Korruption-in-Vietnam/15833014/>
- <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125856/Vietnam-verzeichnet-so-viele-Neuinfektionen-mit-SARS-CoV-2-wie-noch-nie>
- <https://www.gtai.de/de/trade/vietnam/specials/einschraenkungen-im-personen-und-warenverkehr-536178>

SARS-COV-2 Positive auf 100.000 Einwohner - kumulativ 23.03.2022

Datenquelle: Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr / Medical Intelligence



Herausgeber: Institut für Militärisches Geowesen, Wien

(Studien-) Lage AUSLAND

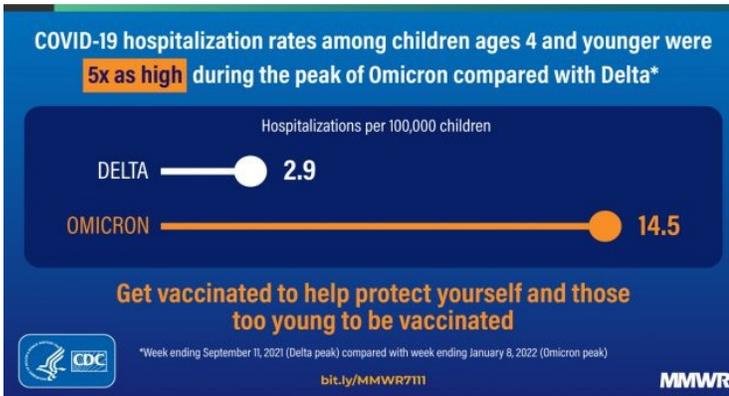
Mit OMIKRON infiziert—wie gefährlich ist das?

WELTWEIT ZEIGT SICH: OMIKRON MACHT SELTENER SCHWER KRANK—AM BESTEN SCHÜTZT DER BOOSTER

Wer sich mit dem Coronavirus infiziert, kann milde Erkältungssymptome bemerken, in der Folge aber auch ernsthafter an COVID-19 erkranken. Schon seit einigen Wochen mehren sich die Hinweise, dass Omikron weniger häufig ein schweres klinisches Erscheinungsbild hervorruft, als es noch bei Delta der Fall war. Ein **britisches** Forschungsteam wollte die verminderte Krankheitsschwere bei Omikron eindeutiger eingrenzen – und hat dazu Mitte März eine neue, umfangreiche nationale Kohortenstudie veröffentlicht. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00462-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00462-7).

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass bestätigte Omikron-Fälle ein um 59 % geringeres Risiko für eine Krankenhauseinweisung, ein um 44 % geringeres Risiko für einen Krankenhausaufenthalt und ein um 69 % geringeres Sterberisiko aufweisen als bestätigte Delta-Fälle. Es gab starke Hinweise auf eine Altersabhängigkeit des Ausmaßes dieser Risikominderung: Je älter die Patienten, desto wahrscheinlicher ist ein Krankenhausaufenthalt. Bei Kindern im Alter von 0-9 Jahren mit einer bestätigten Infektion, unterscheidet sich das Risiko einer Krankenhauseinweisung bei einer Omikron-Infektion in Großbritannien nicht wesentlich von dem einer Delta-Infektion. Die Ursache hierfür könnte lt. Autoren in der Präsentation der klinischen Symptome liegen. Omikron infiziert bei Kindern häufiger den oberen Atemwegstrakt und führt z.T. zu hohem Fieber. Das macht eine Krankenhauseinweisung alleine aus dem Grund wahrscheinlicher, als dass man das Vorliegen eines septischen Krankheitsbildes ausschließen möchte, selbst wenn die Krankheitsschwere letztlich geringer sein könnte als bei Delta. Hier seien jedoch noch weitere Studien erforderlich, um dies

abschließend zu bestätigen. In den USA haben gem. jüngsten Veröffentlichungen der US-Seuchenbehörde CDC Omikron-Infektionen bei Kindern sogar zu einem Anstieg der KH-Einweisungen um das Fünffache geführt. Säuglinge im Alter von weniger als 6 Monaten wiesen hier die höchste Rate an Krankenhauseinweisungen auf.



IMPFEN UND BOOSTERN SCHÜTZT

Eine bereits bestehende Immunität, sowohl durch eine Impfung als auch durch eine frühere Infektion, verringert gem. britischer Studie das Risiko einer Krankenhauseinweisung erheblich. Wer geboostert war, hatte noch mal ein geringeres Risiko. Denn die Auffrischungsimpfung mit mRNA-Impfstoffen hält der Studie zufolge einen über 70-prozentigen Schutz vor einer Behandlung im Krankenhaus und vor dem Tod aufrecht. Das heißt: Fast drei Viertel der Menschen in der Gruppe der Geboosterten hat prozentual gesehen keine schweren Verläufe im Vergleich zur Gruppe der Ungeimpften.

Eine **kanadische** Studie, die Mitte Februar veröffentlicht wurde, zeigte, dass im Vergleich zu Delta ein

59 Prozent geringeres Risiko bestand, ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Um 81 Prozent war es weniger wahrscheinlich, auf einer Intensivstation behandelt zu werden und um 88 Prozent war das Risiko bei geringer als bei Delta, zu versterben.

[doi:10.1001/jama.2022.2274](https://doi.org/10.1001/jama.2022.2274).

Eine Kohortenstudie aus den USA resümierte, dass es in der Gruppe der Omikron-Infizierten weniger als halb so oft wie bei Delta zur Einweisung in die Notaufnahme, ins Krankenhaus oder auf eine Intensivstation kam. Auch Daten aus der Provinz Gauteng in **Südafrika** zeigten, dass die Rate der Krankenhauseinweisungen trotz mehr Corona-Fällen während

der Omikron-Welle deutlich niedriger war als in den vorherigen Wellen <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3996320>. In Deutschland war die Rate der Einweisungen auf Intensivstationen im Vergleich zur Rate der Corona-Infektionen ebenfalls geringer als noch während der Delta-Welle.

Die statistischen Werte der Studien variieren, weil es auch darauf ankommt, wo und wie die Daten aufbereitet wurden. Die **STIKO in DEU** geht deshalb von einer gewissen Spannbreite aus. Das Gremium resümierte unter Berücksichtigung aller bis dahin zur Verfügung stehenden Daten im epidemiologischen Bulletin von Mitte Februar: „Verglichen mit einer Delta-Infektion war das Hospitalisierungsrisiko über alle Altersgruppen und ohne Differenzierung nach Impfstatus bei

Omikron-Infektionen um 40 bis 80 Prozent niedriger.“ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/07_22.pdf?blob=publicationFile

Einem Bericht der US-amerikanischen Seuchenbehörde CDC zufolge (*Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR*, 2022; DOI: [10.15585/mmwr.mm7112e2](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7112e2)) hat sich die COVID-19-Hospitalisierungsrate im Land unter Omikron auf 38,4 erhöht im Vergleich zu Delta-Zeiten, wo sie noch bei 15,5 lag. Die Hospitalisierungsraten hätten bei allen Erwachsenen unabhängig vom Impfstatus zugenommen, schreiben Christopher Taylor vom COVID-19 Emergency Response Team des CDC und seine Co-Autoren.

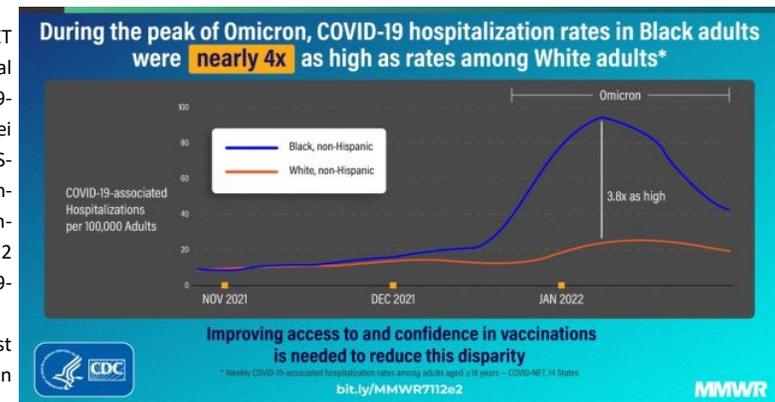
„Doch zu Omikron-Spitzenzeiten im Januar 2022 waren die Hospitalisierungsraten bei Ungeimpften immer noch 12 Mal höher als bei Menschen mit Dreifachimpfungen und 4 Mal höher als bei Menschen mit 2-fach-Impfung“, ergänzen sie. Die Hospitalisierungsrate bei Menschen mit 2-fach-Impfung sei 3 Mal so hoch gewesen wie bei Menschen mit 3-fach-Impfung.

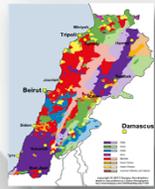
Zusätzlich zeigt die Auswertung der COVID-19-Hospitalisierungsdatenbank COVID-NET eine überproportional hohe Zahl an COVID-19-Hospitalisierungen bei schwarzen US-Amerikanern auf. Während des Omikron-Gipfels im Januar 2022 seien die COVID-19-Hospitalisierungsraten bei Dunkelhäutigen fast 4 Mal so hoch gewesen

wie bei Hellhäutigen, heißt es in dem CDC-Bericht. Sie sei außerdem die höchste unter allen ethnischen Gruppen beobachtete Rate während der Pandemie gewesen. „Im Vergleich zur Delta-Zeit nahm der Anteil an ungeimpften, hospitalisierten Dunkelhäutigen unter Omikron zu“, fahren die Autoren um Taylor fort. Die CDC rät deshalb allen Erwachsenen, ihre COVID-19-Impfungen auf dem aktuell empfohlenen Stand zu halten, um ihr Risiko für schwere Erkrankungen und Hospitalisierungen so weit wie möglich zu reduzieren. Insbesondere sollten dies auch Schwangeren und Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern beherzigen, da die Zulassung der Impfstoffe für die Kleinsten noch immer aussteht.

FAZIT: Auch wenn alle Studien statistisch auf Bevölkerungsebene eine Tendenz erkennen lassen, lässt sich das individuelle Risiko für einen schweren Verlauf im Einzelfall nicht exakt beziffern oder vorhersagen. Das Virus ist grundsätzlich harmloser geworden, bleibt aber weiterhin für viele Menschen gefährlich.

<https://www.rnd.de/gesundheit/omikron-und-delta-wie-wahrscheinlich-ist-ein-schwerer-corona-verlauf-im-vergleich-joskpnhyejgjisosgupw6iooq.html>





Religionszugehörigkeiten Libanon

Health in Conflict & Crises

LIBANON



Der Libanon befindet sich seit über 2 Jahren im freien Fall – die Auswirkungen des Ukrainekrieges beschleunigen diese Entwicklung politisch, ökonomisch und humanitär

Hintergrund: In der libanesischen Republik, leben geschätzt ca. 6,2 Millionen Einwohner, die 18 Religionsgemeinschaften angehören und zu 2/3 in urbanem Gebiet wohnen. So unterschiedlich die Bevölkerung des kleinen Libanon ist, so unterschiedlich ist er auch geographisch. Das Land, das zu den kleinsten der Erde zählt (ungefähr 0,7 Mal der Größe Schleswig Holsteins) hat allerdings eine der dichtesten Besiedlungen. Es beherbergt momentan ca. 1,5 Millionen syrische Flüchtlinge. Die Hauptstadt Beirut mit 2,1 Millionen Einwohnern bildet das multi-ethnische und multireligiöse Zentrum des Libanon.

Die politisch und konfessionell gespaltenen Lager werden von der Dominanz der Hisbollah überschattet, was einen ehemals ausgleichenden westlichen Einfluss der letzten Jahren deutlich reduziert hat. Die Hisbollah unterstützt das "säkulare" Regime von Baschar al-Assad in Syrien und ist Teil iranischer Expansionsbestrebungen im Nahen Osten. Die pro-westlichen Lager sehen in der Hisbollah und im Iran die größte Gefahr für die Demokratie im Libanon sowie das Hauptproblem im politischen Konflikt und der Lösung der wirtschaftlichen Krise. Der innerlibane-

seidung verbunden und kann von den nesischen Akteuren nicht autonom gelöst werden.

Im Oktober 2019 wurde der US-Dollar von der libanesischen Währung abgekoppelt, was Jahrzehnte ein Stabilitätsgarant war. Seitdem ist die libanesische Währung und Wirtschaft im freien Fall. Es gibt kaum Devisen im Land, die Guthaben der Bevölkerung sind nicht mehr zugänglich und die Preise steigen ins Unbezahlbare. - über 50 Prozent der Bevölkerung rutschten in den letzten 2-3 Jahren in die Armut ab - Die Bevölkerung demonstriert seit Oktober 2019 gegen die korrupte und nicht handlungsfähige Regierung sowie die kleine Machtelite, die sich über Jahrzehnte am Staat und der Bevölkerung bereichert hat.

Neu ist hier, dass sich große Teile der Bevölkerung über die religiösen, politischen und ethnischen Barrieren hinwegsetzen und landesweit gemeinsam gegen die Regierung und Machtelite (bestehend aus allen religiösen, politischen und ethnischen Lagern aufgrund des demographischen Schlüssels) demonstrieren. Es ist eine neue erste gemeinsame libanesische Identität in diesem multiethnischen und-religiösen Staat entstanden. Die politischen Eliten versuchen allerdings durch politische und religiöse Propaganda die Bevölkerung wieder gegeneinander auszuspielen und aufzubringen und in alte Muster der Segregation zu bringen.

Am 4. August 2020 ereignete sich eine Explosion mit der Sprengkraft eines Zehntels der über Hiroshima abgeworfenen Atombombe, wie Experten schätzen. Die Ursache sind 3000 t Ammoniumnitrat, die über mehrere Jahre unsachgemäß im Hafen gelagert wurden. Laut Meldungen starben bei der Katastrophe über 200 Menschen, rund 6000 wurden verletzt.

300.000 Menschen wurden innerhalb von Sekunden obdachlos - Die Krankenhäuser in Beirut waren durch den Ansturm von Verletzten überlastet. Die Druckwelle der Explosion hat auch einen immensen materiellen Schaden zur Folge: Neben fortgeschleuderten Autos und zerstörten Gebäuden in der näheren Umgebung wurden selbst Häuser in mehreren Kilometern Entfer-

nung schwer beschädigt. Drei Krankenhäuser wurden evakuiert, da sie schwer beschädigt beziehungsweise zerstört wurden. Die Höhe der durch die Katastrophe entstandenen Sachschäden liegt laut ersten Schätzungen bei bis zu fünf Mrd. US-Dollar (knapp 4,25 Mrd. Euro) und viele Versicherungen weigern sich die Versicherungssummen auszubezahlen. Etwa 85 % aller Güter im Libanon wurden in der Vergangenheit importiert; der größtenteils zerstörte Handelshafen der libanesischen Hauptstadt war einer der wichtigsten Umschlagplätze des Libanon. Der Wiederaufbau nach dieser Tragödie wird durch die anhaltende Wirtschaftskrise stark beeinträchtigt. Die Weltbank ordnet die Wirtschaftskrise als eine der drei größten seit 1850 ein.

Das **Gesundheitssystem** im Libanon galt bis vor kurzem als eines der besten in der Region. Der Libanon verfügt bzw. verfügte über 24 öffentliche und 138 privat geführte Krankenhäuser. Daneben betreiben NGOs und politische Parteien etwa 760 örtliche Kliniken. Gemäß Angaben des Gesundheitsministeriums gab es im Libanon 11.186 Ärzte, 4.200 Zahnärzte und 4667 Apotheker. Die WHO schätzt, dass bis September 2021 40 Prozent der Ärzte und 15–17 Prozent der Krankenschwestern das Land verlassen haben.

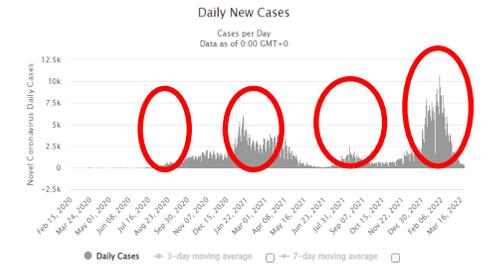
So hat sich die Krise auch auf den Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung ausgewirkt. Strom- und Kraftstoffmangel, so wie der Mangel an subventionierten Medikamenten sind eine Ursache dafür. Die um knapp 1000 Prozent gestiegenen Preise machen in der Zwischenzeit auch andere Folgen deutlich. Dies wird im Bereich von ungewollten Schwangerschaften und HIV-Erkrankungen bemerkbar. Grund hierfür sind die für die Bevölkerung nicht mehr erschwinglichen Verhütungsmittel.

Es herrscht nicht nur eine große Arzneimittel-, sondern auch eine hohe Lebensmittelknappheit In der Zwischenzeit wird berichtet, dass 82 Prozent Haushalte in „multidimensional Poverty „ leben.

Der Krieg in der Ukraine beschleunigt den ungebremsten Zerfall des Landes zusätzlich. Der Ausfall an

Getreidelieferungen aus der Ukraine und die durch den Konflikt weltweit steigenden Preise für Waren und Energie werden kompletten Kollaps des Libanon mit seinen schon vorher verzehnfachten Preisen deutlich näher rücken lassen. Auch die verschiedenen politischen Positionen der libanesischen Parteien zu Russland sind bei der Bewältigung des innerlibanesischen Konflikts nicht hilfreich..

Dies sind und waren alles keine guten Voraussetzungen, um der seit März 2020 präsenten COVID-19 Pandemie entgegen zutreten, nachdem die ersten Fälle durch schiitische Pilgerreisende aus dem Iran eingetragen wurden. Bis heute wurden **1,089,419** COVID-19 Fälle und **10,263** Tote gemeldet. Es gab vier prägnante Phasen in der Pandemie. Zum einen der Anstieg der Fallzahlen nach den Lockerungen im Juli 2020, die am Anfang August zu einem erneuten Lockdown



fürten, der nach der Explosion gelockert wurde, um die Aufräumarbeiten zu ermöglichen. Zum anderen der exponentielle Anstieg nach den Feiertagen zum Jahreswechsel 20/21, an denen es aus wirtschaftlichen Gründen starke Lockerungen gab sowie die temporäre Rückkehr der Exil-Libanesen aus der ganzen Welt den Sommermonaten 2021. Durch die Omikron-Welle 2021/22 und insbesondere durch die zahlreichen Rückkehrer aus dem Ausland und deren Familienbesuche wurde der Virus verbreitet und die Intensivkapazitäten für COVID-19 Patienten kamen ans Limit. Mit nur 50 Prozent voll geimpfter Bevölkerung liegt der Libanon weit hinter den westlichen Ländern.

Fazit: Es ist weiter unklar, ob durch den internationalen Druck und die im Mai bevorstehenden Wahlen ein Prozess zu Reformen in Gang gesetzt wird, der nicht nur einen Wiederaufbau ermöglicht, sondern auch die Bevölkerung gemeinsam weiter auf einen Weg in die gemeinsame Zukunft bringt.

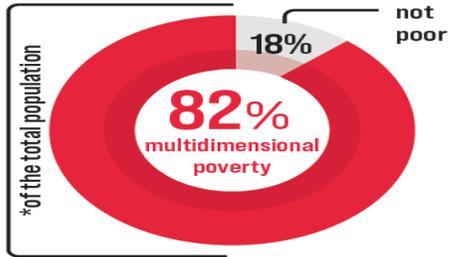
Falls sich das alte System, insbesondere unter dem Druck der Hisbollah weiter durchsetzen wird, wird der Libanon sehr wahrscheinlich wieder im konfessionellen Chaos und Korruption versinken und die Bevölkerung weiter der Leidtragende in dieser Tragödie sein.

Momentan kann man beobachten, wie sich das „middle income“-Land, das selbst die weltweitgrößte pro Kopf Flüchtlingspopulation aufgenommen hat, rasant in einer Abwärtsspirale, mit zunehmender humanitärer Krise und verschlechternder Gesundheitssituation in Richtung Abgrund und der Gefahr eines erneuten Bürgerkrieges bewegt. Dies macht kurz-, mittel- und langfristig einen umfangreichen Humanitären und Public Health Ansatz erforderlich.

Die zusätzlichen Auswirkungen des Ukrainekrieges kann man als Turbo im Abwärtstrend sehen. So wird eine politische Destabilisierung weiter voranschreiten sowie eine ökonomische Erholung aus der Krise immer noch unwahrscheinlicher.

COVID-19 wird unter diesen Rahmenbedingungen vermutlich deutlich an Stellenwert verlieren.

- <https://reliefweb.int/report/lebanon/flash-update-humanitarian-impact-ukraine-conflict-lebanon-march-2022>
- [Safe sex: the latest casualty of Lebanon's economic meltdown \(trust.org\)](https://www.trust.org/Safe-sex-the-latest-casualty-of-Lebanon-s-economic-meltdown)
- [Flash Update: Humanitarian Impact of Ukraine Conflict on Lebanon - March 2022 - Lebanon | ReliefWeb](https://www.reliefweb.int/report/lebanon/flash-update-humanitarian-impact-of-ukraine-conflict-on-lebanon-march-2022)
- <https://www.nytimes.com/interactive/2020/09/09/world/middleeast/beirut-explosion.html>
- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136909/](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136909)
- <https://www.liportal.de/libanon/gesellschaft/https://www.imf.org/en/Countries/LBN>
- <https://www.unhcr.org/lb/https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/74600%20%281%29.pdf>
- <https://reliefweb.int/report/lebanon/lebanon-beirut-port-explosions-situation-report-no-1-5-august-2020https://www.unicef.org/press-releases/100-days-beirut-explosions>



sische Machtkonflikt ist damit direkt mit einem Hege- monialkonflikt von regional- und weltpolitischer Be-

Journal-Club COVID-19

[gr-solutions.de]

Allergie auf Erstimpfung mit COVID-19-mRNA-Impfstoff - Zweitimpfung trotzdem möglich?

RISK OF SECOND ALLERGIC REACTION TO SARS-COV-2 VACCINES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS - JC-COVID-1310

Zu Beginn der weltweiten Einführung von Vakzinen gegen SARS-CoV-2 am 9. Dezember 2020 führten einzelne Fälle von allergischen Reaktionen auf mRNA-Impfstoffe rasch zu Empfehlungen, wonach Personen mit einer unmittelbaren allergischen Reaktion auf die erste Dosis eines mRNA-COVID-19-Impfstoffs keine weiteren Dosen eines der mRNA-COVID-19-Impfstoffe erhalten sollten. Diese Kontraindikation steht jedoch im Widerspruch zu den Handlungsempfehlungen von Allergiespezialisten, da allergische Impfstoffreaktionen in der Anamnese keine generelle Kontraindikation für die erneute Verabreichung von (Nicht-COVID-) Impfstoffen darstellt. Aus diesem Grund wurde in Form einer Überprüfung und Meta-Analyse von Fallstudien und Fallberichten von insgesamt 1.366 Patienten auf die Fragestellung eingegangen, wie hoch das Risiko einer unmittelbaren schweren allergischen Reaktion auf eine zweite Dosis eines SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoffs bei Personen ist, die eine unmittelbare allergische Reaktion auf ihre erste Dosis hatten.

Methodik

Für die Literatursuche wurden die Datenbanken MEDLINE und Embase sowie die Global Coronavirus-Datenbank der WHO (eine Datenbank, die täglich veröffentlichte und vorgedruckte COVID-19-Berichte aus 112 anderen Literaturdatenbanken zusammenfasst) von Beginn bis zum 4. Oktober 2021 nach Studien jeglichen Designs durchsucht, die sich mit dem Risiko einer zweiten allergischen Reaktion auf SARS-CoV-2-Impfstoffe jeglichen Schweregrads bei Personen befassen, die zuvor eine allergische Reaktion auf einen SARS-CoV-2-Impfstoff hatten. Zusätzlich wurde das

Web of Science (alle Datenbanken) mittels Vorwärts- und Rückwärtszitiertanalyse durchsucht, um weitere relevante Datensätze zu identifizieren.

Ergebnisse

Es wurden 22 Studien mit insgesamt 1.366 Personen (87,8 % Frauen; Durchschnittsalter 46,1 Jahre) eingeschlossen, die eine Zweitdosis-SARS-CoV-2-mRNA-Impfung mit einer bekannten oder vermuteten früheren allergischen Reaktion auf einen SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoff erhalten haben, einschließlich 78 Personen mit früheren schweren allergischen Sofortreaktionen (z. B. Anaphylaxie) auf einen SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoff. In Tabelle 1 sind die Studienmerkmale aufgeführt. Alle Auffrischungsimpfungen mit mRNA-Impfstoffen wurden Erwachsenen unter der Anleitung eines Allergiespezialisten verabreicht.

Insgesamt traten **6 schwere allergische Reaktionen** auf (absolutes Risiko, 0,16 % [95 % KI, 0,01 %-2,94 %]).

Obwohl 4 der Fälle von schweren allergischen Sofortreaktionen bei Personen auftraten, die bereits bei der ersten Dosis schwere allergische Reaktionen zeigten (absolutes Risiko, 4,94 % [95 % KI, 0,93 % - 22,28 %]), traten **bei keinem der anderen 74 Patienten** mit schweren allergischen Sofortreaktionen auf die erste Dosis schwere allergische Sofortreaktionen auch auf die zweite Dosis auf.

Keiner der 6 Patienten mit schweren allergischen Sofortreaktionen starb, 5 Patienten erholten sich nach der Verabreichung von intramuskulärem Epinephrin rasch. Der sechste Patient wurde trotz mittelschwerer Anaphylaxie nicht behandelt, erholte sich aber trotzdem zügig. Bei insgesamt 232 Personen (13,65 % [95 % KI, 7,76 % - 22,9 %]) traten bei der zweiten Dosis leichte unmittelbare, nicht schwerwiegende Symptome auf. Von den 78 Personen, die bei der ersten Dosis eine schwere Sofortreaktion zeigten, traten bei 15 (9,54 % [95 % KI, 2,18 %-33,34 %]) bei der zweiten Dosis leicht-

te, nicht schwere Sofortsymptome auf. Sensitivitäts- und Untergruppenanalysen, einschließlich der Berücksichtigung von Studien, die eine abgestufte Dosierung, Prämedikation oder Hauttests zuließen, sowie des Verzerrungsrisikos, änderten nichts an den Hauptergebnissen.

Take-Home-Messages

- In einer Überprüfung und Meta-Analyse von 22 Fallstudien und Fallberichten von insgesamt 1.366 Patienten, die unter der Aufsicht eines Allergologen nachgeimpft wurden, gab es eine geringe Inzidenz (0,16 %) schwerer allergischer Sofortreaktionen im Zusammenhang mit einer zweiten Dosis des SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoffs bei Personen, die bereits auf ihre erste Dosis allergisch reagiert hatten. Todesfälle traten nicht auf.

- 6 Patienten entwickelten nach ihrer zweiten Impfung schwere allergische Sofortreaktionen (absolutes Risiko, 0,16 % [95 % KI, 0,01 %-2,94 %]), 232 Personen entwickelten leichte Symptome (13,65 % [95 % KI, 7,76 %-22,9 %]) und 1.360 Personen tolerierten die Dosis (99,84 % [95 % KI, 97,09 %-99,99 %]). Von den 78 Personen mit schweren allergischen Sofortreaktionen auf ihre erste SARS-CoV-2-mRNA-Impfung hatten 4 Personen (4,94 % [95 % KI, 0,93 %-22,28 %]) eine zweite schwere Sofortreaktion und 15 Personen nicht-schwere Symptome (9,54 % [95 % KI, 2,18 %-33,34 %]).

- Eine abgestufte Impfstoffdosierung, Hauttests und Prämedikation als Strategien zur Risikostratifizierung änderten nichts an den Ergebnissen.

- Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die **Wiederimpfung** von Personen mit einer allergischen Sofortreaktion auf eine erste Dosis SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoffs innerhalb eines notfallmedizinischen Settings sicher sein kann und daher **keine absolute Kontraindikation** darstellt.

seit Februar 2022 steht außerdem in der EU und den

USA ein Protein-basierter Impfstoff der Fa. Novavax (Nuvaxovid[®]) zur Verfügung, der entsprechend eine Alternative darstellen kann.

DOI: [10.1001/jamainternmed.2021.8515](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.8515)

