



Corona-Newsletter

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

Newsletter Nr. 30 - 17/03/2022



Landratsamt Ebersberg

Eichthalstraße 5

85560 Ebersberg

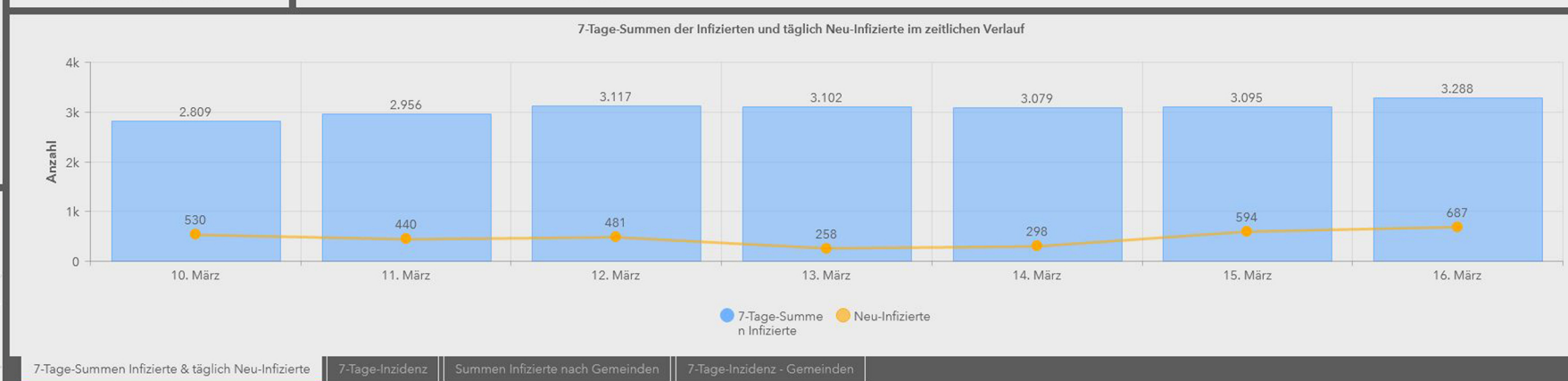
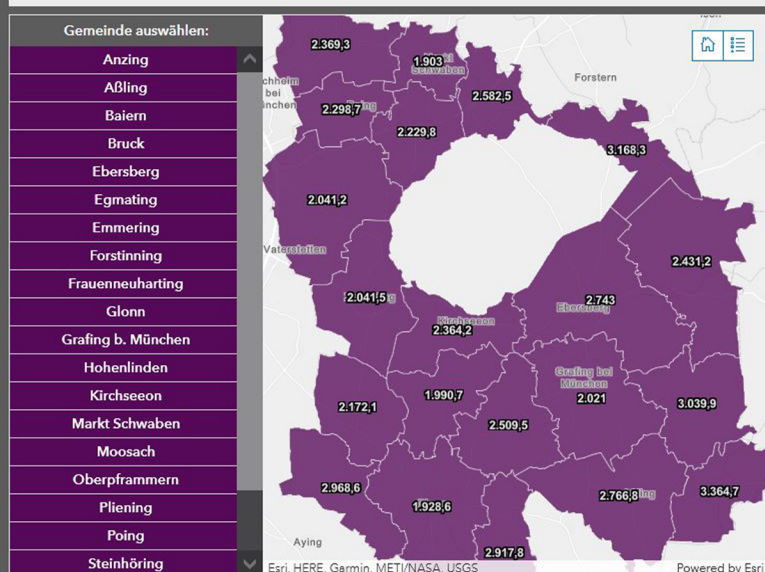
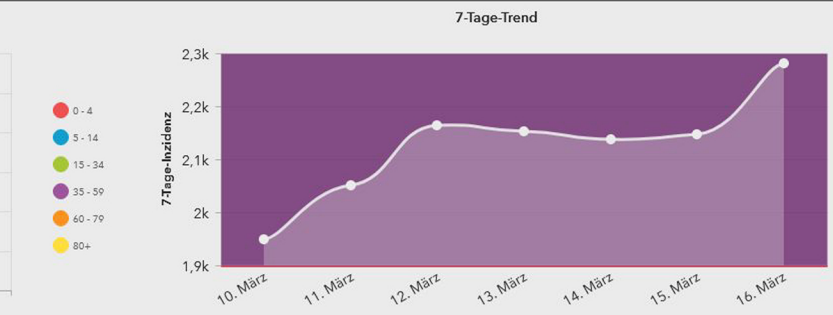
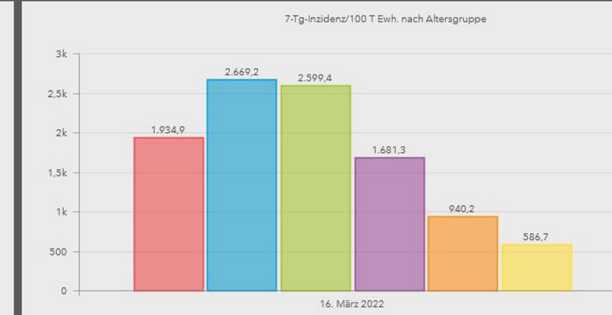
www.lra-ebe.de

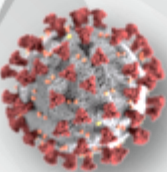
Kontakt

Christiane Siegert

08092 823 520

socialmedia@lra-ebe.de





InfektInfo Nr.75s

COVID-19

Corona-Virus-Erkrankung

170900Amar22

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



GLOBAL

(kumulativ)

463.906.453

bestätigte Fälle

6.058.304 Todesfälle

Alle 222 Staaten und Terri-
torien der Welt betroffen

DEUTSCHLAND

(kumulativ)

17.990.141 bestätigte Fälle

126.420 Verstorbene

14.142.457 Genesene

USA

(kumulativ)

79.631.708 bestätigte Fälle

968.329 Verstorbene

IND

(kumulativ)

43.001.477 bestätigte Fälle

516.132 Verstorbene

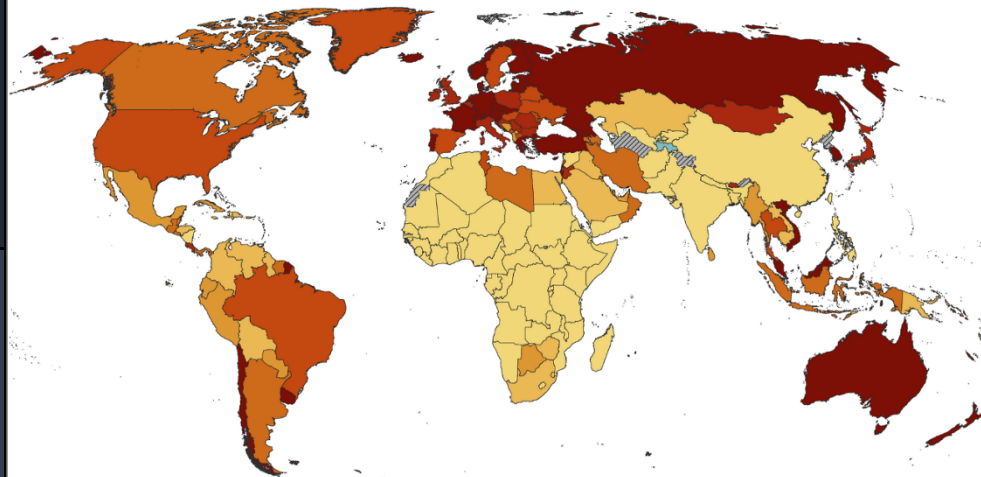
BRA

(kumulativ)

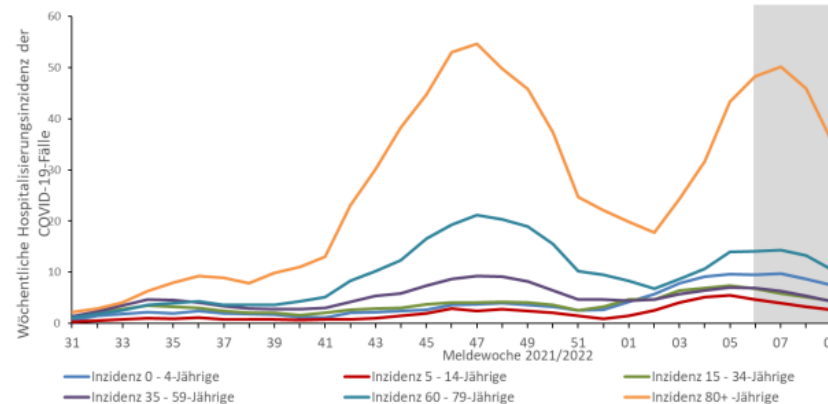
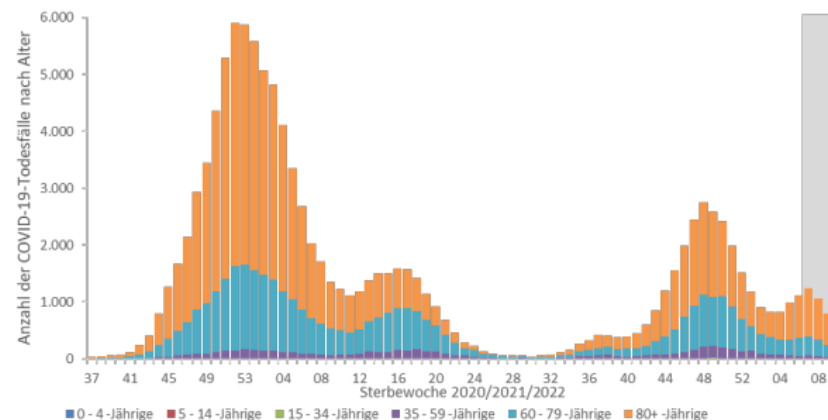
29.488.777 bestätigte Fälle

656.231 Verstorbene

Sachstand-Update



14-day COVID-19 case notification rate per 100 000, 2022-w08 to 2022-w09



AM STÄRKSTEN BETROFFENE LÄNDER

Höchste 7-Tage-Inzidenz in Europa
Island (4.830 je 100.000 Einwohner)

Strikteste Maßnahmen (Stringency Index)
Deutschland

Höchste Impfquote (Zweitimpfung)
Gibraltar (>120 Prozent)

Höchste Letalitätssrate
Mexiko (6,18 Prozent)

Meiste tägliche Neuinfektionen
Deutschland (+122.895)

Meiste Infektionen in 14 Tagen
Südkorea (>2,6 Mio.)

Aktuelles

• **DEU:** Bei den Verhandlungen über das neue Infektionsschutzgesetz hat sich die Koalition darauf geeinigt, dass nach dem Auslaufen der bisherigen Schutzmaßnahmen am 19. März die Maskenpflicht künftig in mehr Bereichen als bisher geplant gelten kann. Der Marburger Bund drängt auf Einführung einer allgemeinen Impfpflicht zum Herbst.

• **NDL:** Das Land schafft auch die letzten Schutzmaßnahmen gegen Corona ab. Vom 23. März an muss auch in Bussen und Bahnen keine Maske mehr getragen werden. Die Testpflicht vor Großereignissen wird gestrichen.

• **USA:** Die Pharmafirmen BioNTech und Pfizer haben eine Notfallzulassung für eine

zweite Booster-Impfung mit ihrem gemeinsamen Corona-Impfstoff beantragt. Dieser soll für Patient*innen ab 65 Jahren gelten, die bereits mit einem der zugelassenen Impfstoffe geboostert sind.

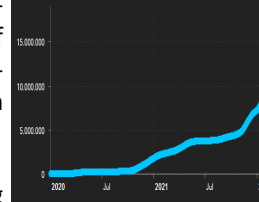
• **AUT:** Die Regierung schränkt ab kommenden Monat die Zahl der kostenlosen Corona-Tests ein. Ab April seien monatlich pro Bürger nur noch fünf PCR-Tests und fünf Schnelltests gratis. Wer sich aber krank fühle, dürfe sich weiterhin kostenlos testen lassen.

• **CHN:** Die Behörden meldeten am Montag 1337 neue Fälle aus Dutzenden Städten. Sie wurden meist auf den besonders leicht übertragbaren Omikron-Subtyp BA.2. Das Land hat schon jetzt mehr Fälle als 2021.

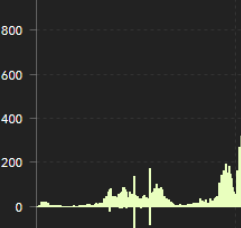
Verstorbene/ best. Fälle
weltweit



Best. Fälle
in DEU & CFR



Neue Fälle pro Tag Bw



COVID-19- IMPFUNGEN

Stand: 16.03.2022

ERSTIMPfung (DEU)
Impfquote 76,5%

ZWEITIMPfung (DEU)
Impfquote 75,8%

BOOSTER (DEU)
Impfquote 58,0%

Lage INLAND

WOCHE IM ZEICHEN DER IMPFPFLICHT

RKI verzeichnet mehr Corona-Ausbrüche in Kliniken und Altenheimen

Die Impfquote in Deutschland ist in den vergangenen Wochen zwar weiter gestiegen, dennoch gibt es nach wie vor eine hohe Zahl an Infektionen mit dem Coronavirus – auch im Gesundheits- und Pflegewesen. Das Robert Koch-Institut (RKI) listet in seinem aktuellen Wochenbericht 1416 neue Covid-19-Fälle in Ausbrüchen in medizinischen Einrichtungen und 7678 Fälle in Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen, die der Behörde zwischen dem 28. Februar und 6. März gemeldet wurden. Ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe im Zusammenhang mit der Omikron-Variante haben gerade ungeimpfte Menschen, aber auch vulnerable Gruppen wie Ältere und Immungeschwächte. Letztere, die zumeist in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen versorgt werden, könnten durch eine Impfpflicht geschützt werden.



Die Teil-Impfpflicht als Übergangslösung

Mitte Dezember wurde der Gesetzentwurf der Ampel-Koalition für eine Teilimpfpflicht mit einer breiten Zustimmung von 571 Abgeordneten beschlossen. Es gab 80 Gegenstimmen und 38 Enthaltungen. Der Bundesrat, in dem die Regierungen der 16 Länder sitzen, stimmt in seiner Sondersitzung sogar einstimmig zu. Seit 15. März müssen Beschäftigte in den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs nachweisen, dass sie vollständig gegen das Coronavirus geimpft sind. Erfasst von der Rege-

lung sind außerdem etwa Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Tageskliniken, Rettungsdiensten, Arztpraxen und sozialpädagogische Zentren. Eine Neueinstellung von Personal, das weder geimpft noch genesen ist, ist danach nicht mehr möglich. Eine Ausnahme von der Impfpflicht gibt es nur für jene, bei denen diese aus medizinischen Gründen nicht möglich ist - wenn ein Attest vorgelegt wird.

Wie wird die Teil-Impfpflicht kontrolliert?

Die gesetzlichen Krankenkassen wollen hierfür jedenfalls nicht zuständig sein, soviel steht fest. Diesem Vorstoß einer Gruppe von Abgeordneten aus SPD, Grünen und FDP, die einen Gesetzentwurf vorbereiten, erteilte der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) eine deutliche Absage.

Für die Umsetzung sind die Länder zuständig - und hier gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen. Einheitlich ist, dass es in der Praxis wohl noch dauern dürfte, bis es für die Beschäftigten wirklich ernst wird. Der sofortige Verlust des Arbeitsplatzes droht jedenfalls nicht.

Die Bundesländer setzen zum Teil auf unterschiedliche mehrstufige Verfahren mit unterschiedlichen Fristen, Einzelfallprüfungen und Ermessensspielräumen. In Hessen haben die Einrichtungen bis Ende März Zeit, ungeimpfte Mitarbeiter an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Danach fordern die Ämter die Personen auf, einen Impf- oder Genesenennachweis vorzulegen; dafür haben sie noch einmal vier Wochen Zeit.

Es gibt noch genügend Bedarf

Aktuell haben gem. Impfquotenmonitoring des RKI vom Februar 2022 19% der Alten- und Pflegeheime eine Impfquote von weniger als 80%. Der Anteil der Beschäftigten mit einer Auffrischimpfung (50,7%; 95%-KI: 50,0-51,4%) ist zwar im Vergleich zum Vormonat um 16% gestiegen, aber die Boosterquoten pro Einrichtung bezogen auf die Beschäftigten (Median: 49%; IQR: 35-62%) lagen weiterhin deutlich niedriger als die Boosterquoten pro Einrich-

tung bezogen auf die Bewohner (Median: 80%; IQR: 68-89%).

Die Impfquote in den Einrichtungen habe in einigen Ländern aber auch schon vor Einführung der Impfpflicht weit



höher gelegen als im Bevölkerungsdurchschnitt, erklärte eine Sprecherin des Paritätischen Wohlfahrtsverbands in Hessen. In stationären Pflegeeinrichtungen betrage sie beispielsweise 91 %, in teilstationären Einrichtungen 95 %. Ähnliche Werte meldete das niedersächsische Landesgesundheitsministerium: In allen Bereichen der stationären und ambulanten Pflege liege die Impfquote bei mindestens 90 %, teilweise bei bis zu 95 %. In Sachsen seien hingegen etwa ein Drittel der 300.000 Beschäftigten noch nicht geimpft, so Gesundheitsministerin Petra Köpping (SPD).

Wie viele Mitarbeiter werden kündigen?

Die Befürchtungen von einem Teil der Einrichtungen, durch die Impfpflicht fast jeden dritten Mitarbeiter zu verlieren, dürften sich wahrscheinlich nicht bewahrheiten. Denn die Gesundheitsämter haben einen Ermessensspielraum. Sie können ungeimpften Beschäftigten untersagen, ihre Einrichtung zu betreten oder dort tätig zu sein – aber sie müssen es nicht. Ein entscheidendes Kriterium ist die Versorgungssicherheit, wie Bund und Länder bei einem Treffen der Gesundheitsminister im Januar be-

kräftigt haben. So sieht man es aktuell auch in Bayern. „Die Versorgung der Bevölkerung darf jedenfalls zu keiner Zeit gefährdet sein“, teilt das Gesundheitsministerium in München mit.

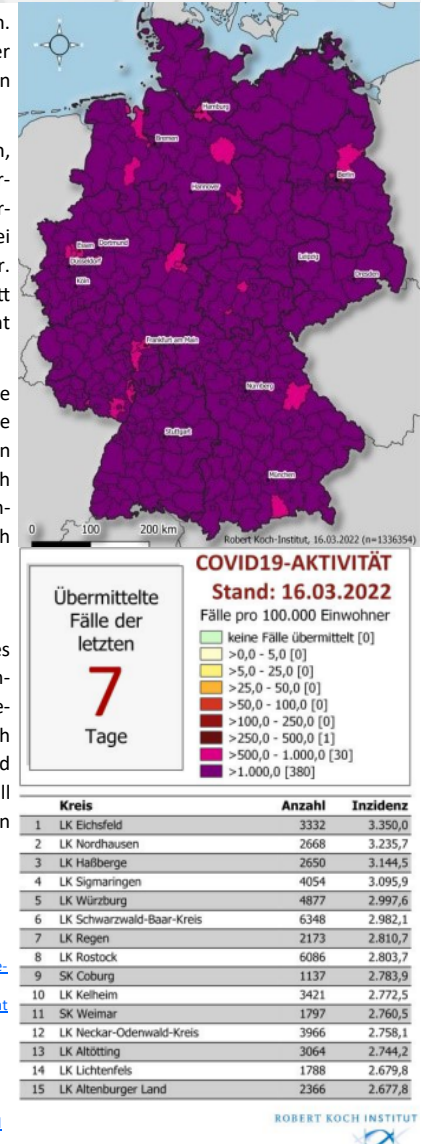
Johannes Nießen, Leiter des Gesundheitsamtes in Köln, hofft, einen Teil der ungeimpften Mitarbeiter – sein Verband schätzt den Anteil auf etwa 10% – im Zuge der Verwaltungsverfahren doch noch überzeugen zu können, sei es durch Aufklärungsgespräche oder durch Bußgelder. „Meine Einschätzung ist, dass am Ende im Durchschnitt ein niedriger einstelliger Anteil der Beschäftigten nicht einsichtig sein wird.“

Klar ist Nießen jedoch schon jetzt: die Impfpflicht für Alle müsse kommen. „Wir halten deshalb eine allgemeine Impfpflicht für den notwendigen zweiten Schritt.“ Denn selbst wenn alle Beschäftigten geimpft seien, hätten auch andere Menschen Zutritt zu den Einrichtungen – die Angehörigen etwa. Auch unter ihnen gebe es schließlich einige Ungeimpfte.

Möglicher Ausblick

Statt einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht könnte es eher eine allgemeine Impfpflicht für Personen ab 18 Jahren brauchen, um maßgeblich auf das Infektionsgeschehen Einfluss zu nehmen, die Impflücke schnellstmöglich zu schließen und so viele schwere Erkrankungen und Todesfälle wie möglich zu verhindern. Am 17. März will der Bundestag zum ersten Mal über die eingereichten Gesetzesentwürfe zur allgemeinen Impfpflicht beraten.

<https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-kontrolle-impfpflicht-101.html>
<https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/impfpflicht-gesundheitswesen-101.html>
[3. Bericht: Monitoring von COVID-19 und der Impfsituation in Langzeitpflegeeinrichtungen \(11.02.2022\)](https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/einrichtungsbezogene-impfpflicht-umsetzung-dauert-monate-17874073.html?printPageArticles=true#pageIndex_2)
https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/einrichtungsbezogene-impfpflicht-umsetzung-dauert-monate-17874073.html?printPageArticles=true#pageIndex_2
<https://www.rnd.de/gesundheit/corona-was-die-impfpflicht-in-der-pflege-fuer-die-pandemie-in-deutschland-bedeutet-AKOJRRGWTFD3DAQWNG3YHXYVM.html>
<https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/pflege-impfpflicht-101.html>





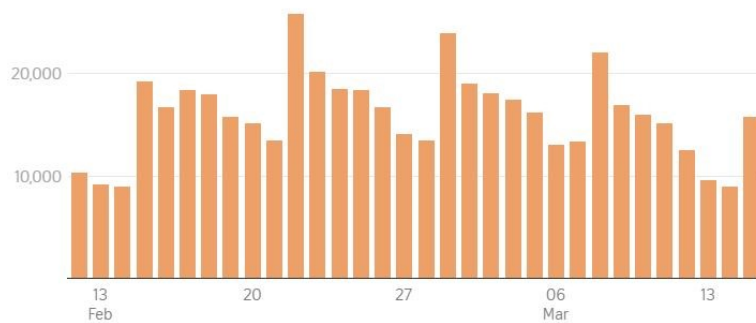
Lage AUSLAND

SINGAPUR

Singapur ist ein kleines Land. Auf einer Größe von gerade mal 730 km² leben nur etwa 5,5 Mio Einwohner (DEU: 358.000 km² mit 83 Mio Einwohnern). Das erklärt, warum mit Neuinfektionszahlen zwischen 10.000 und 25.000 pro Tag 7-Tages-Inzidenzen von bis zu 2.350/ 100.000 Einwohner erreicht wurden.

Singapur hatte lange Zeit versucht, sich gegen die Pandemie abzuschotten, um ernsthafte Erkrankungen sowie Todesfälle zu vermeiden und das Gesundheitssystem nicht zu überfordern. Die Insel hielt ihre Grenzen nahezu geschlossen. Einreisen durften nur Bürger oder Besitzer von Langzeit-Visa. Verschwindend wenig Touristen und Geschäftsreisende waren im letzten Jahr am Hochglanz-Flughafen gelandet - gährende Leere und leere Kassen. Restriktionen galten und gelten auch noch für das Leben in Singapur. Besuchsverbot für Restaurants und Cafés, maximaler Kontakt von zwei Personen, Online-Unterricht statt Schule und Arbeiten von Zuhause hatten sich immer wieder mit temporären Öffnungen abgelöst. Vor ca. 9 Monaten schwenkte Singapur um. Die zuständigen Minister schrieben am 24. Juni in einem Meinungsbeitrag in

Daily new **locally transmitted** cases in Singapore over the past month



Get more data [here](#).
Chart: The Straits Times • Source: MOH

«The Straits Times», man habe für die Singapur eine schlechte Nachricht, denn COVID-19 werde nicht verschwinden. Die gute Botschaft laute jedoch, dass man damit leben könne.

Hohe Impfquoten durchgesetzt

Diese neue Zuversicht hatte unter anderem mit den Impfquoten zu tun. Obwohl die Impfkampagne erst etwas später startete als beispielsweise in Deutschland und schleppend anließ, sind derzeit über 90% der Bevölkerung komplett geimpft (DEU: 76%) und über 68% geboostert (DEU: 58%). Auch für Kinder ab 5 Jahren ist die Impfung mittlerweile empfohlen. Neben einer offensiven Impfkampagne sind für die erfreulich hohen Quoten auch noch weitere Gründe verantwortlich: Zum einen waren die Einschränkungen für Ungeimpfte teils massiv. Das Leben der Unwilligen konnte durch staatlich verordnete "impfstatusdifferenzierte Sicherheitsregeln" eingeschränkt werden. Heißt: Ungeimpfte bleiben zuhause. "Vorrangig sollen Ungeimpfte dadurch geschützt werden, aber ohne Zweifel dienen die Regeln als Anstoß, sich impfen zu lassen", gibt Professor Teo Yik Ying, Dekan der Saw Swee Hock

School of Public Health Singapore, offen zu. Und zum anderen ging es den Ungeimpften auch an den Geldbeutel: Seit dem 08. Dezember 2021 mussten sie die Behandlungskosten selbst tragen, wenn sie an Corona erkrankten. Bislang hatte der Staat die Kosten der Behand-

lung von COVID-Patienten übernommen. Das ist nicht die Norm. Singapur muss medizinische Behandlungen ansonsten selbst zahlen.

Covid-19: Infections and deaths



Source: MINISTRY OF HEALTH, OUR WORLD IN DATA
STRAITS TIMES GRAPHICS

"Singapurs Gesundheitssystem basiert auf der Grundlage von Mitverantwortung. Staatliche Hilfe und eigenständige Vorsorge gehen Hand in Hand", erklärt Professor Teo Yik Ying. "Genau diese Verantwortung wird von freiwillig Ungeimpften eingefordert, wenn sie selbst zahlen müssen!" Im Durchschnitt können Kosten von über 15.000 Euro anfallen, rechnete das Gesundheitsministerium in seiner Pressemitteilung vor. Prof Teo Yik Ying findet die Entscheidung konsequent: „Freiwillig Ungeimpfte haben damit keinen Zugriff mehr auf den Sonderfonds, der für die Pandemie angelegt worden ist. Sie werden wie Grippepatienten bisher auch ihre Behandlungskosten selbst finanzieren müssen.“

Dann kam die Omikron-Welle

Trotz der hohen Impfquoten stiegen die Infektionszahlen seit dem Jahreswechsel stark an: Die Omikron-

Welle erreichte das Land. Kontinuierlich nahmen die täglichen Neuinfektionen zu und erreichten am 22.02. ihren vorläufigen Höhepunkt mit 25.731 neuen Infektionen und am 26.02.22 mit einer 7-Tages-Inzidenz von 2.352. Mittlerweile ist ein zögerlicher Rückgang der Zahlen zu verzeichnen (16.03.22: 15.851 Neuinfektionen, 7-Tage-Inzidenz 2.163,5). Doch trotz der hohen Inzidenzen blieb die Überlastung des Gesundheitssystems mit horrenden Todeszahlen erfreulicherweise aus. Die Impfungen mit den zugelassenen Impfstoffen von BionTech, Moderna und Sinovac verhinderten nicht die Infektionen, aber die schweren Ver-



NOH had previously extended the operating hours of selected Public Health Preparedness Clinics and polyclinics for two weeks. ST PHOTO: FELINE LIM

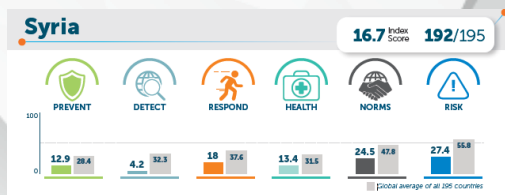
läufe. Um die stationären Gesundheitseinrichtungen zu entlasten wurden seit dem 25. Februar die Öffnungszeiten von ambulanten Kliniken und Praxen verlängert, um den Ansturm nicht schwer erkrankter COVID-Patienten abzufedern. Obwohl das dort tätige medizinische Personal insgesamt angab, völlig erschöpft zu sein, ging die Rechnung auf. Am 11. März

wurden die Öffnungszeiten aufgrund der sinkenden Infektionszahlen wieder in den Normalbetrieb überführt.

Nach wie vor gelten in Singapur Einschränkungen. So dürfen in Gastronomiebetrieben Gruppen von maximal 5 Personen zusammensitzen, und auch Haushalte dürfen maximal 5 Gäste pro Besuch empfangen. Das Tragen einer Maske ist verpflichtend ab Verlassen des Hauses. Im Vergleich zu Hongkong, das auch die Null-COVID-Strategie verfolgte, wandte sich Singapur von dieser langfristig weniger erfolversprechenden Linie ab und legte großen Wert auf die Impfung der Bevöl-

kerung. Rückblickend scheint dies die bessere Strategie gewesen zu sein, denn zwar hatten beide Länder in der Omikron-Welle mit nie dagewesenen Infektionszahlen zu kämpfen, die Todesfälle in Singapurs geimpfter Bevölkerung lagen jedoch deutlich niedriger als in Hongkong, und auch das Gesundheitssystem verkraftete den Ansturm bedeutend besser (siehe Infekt-Info 75 p vom 24.02.2022).

<https://www.nz.ch/international/corona-hongkong-und-singapur-verfolgen-unterschiedliche-ansatze-ld.1664686>
<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-singapur-ungeimpft-selbstzahler-100.html>
<https://de.wikipedia.org/wiki/Singapurhttps://www.moh.gov.sg/covid-19>
<https://www.wko.at/service/aussenwirtschaft/coronavirus-info-singapur.html>
<https://www.straitstimes.com/singapore/politics/budget-debate-omicron-wave-in-singapore-has-peaked-and-is-subsiding-says-ong-ve-kung>
<https://www.straitstimes.com/singapore/health/clinics-to-revert-back-to-regular-operating-hours-as-omicron-wave-subsides-moh>



Health in Conflict & Crises

Update SYRIEN

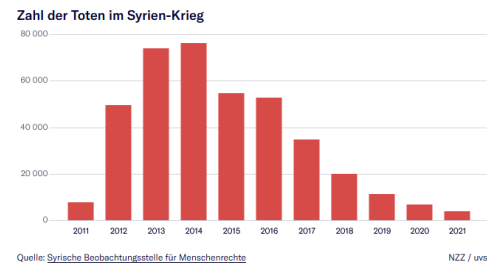


Update zum Bericht vom 15.03.2021

CONFLICT:

Fast elf Jahre nach den ersten Protesten gegen das Regime im März 2011 hat der syrische Präsident Bashar al-Assad den Aufstand weitgehend niedergeschlagen und kontrolliert mittlerweile wieder zwei Drittel Syriens. Nur noch der kurdische Nordosten, die Provinz Idlib im Nordwesten sowie die von Ankara besetzten Gebiete an der türkischen Grenze entziehen sich seiner Kontrolle. Es kommt immer wieder zu Anschlägen, Überfällen und Morden, die Menschen leiden an Armut und Hunger. Der Konflikt ist aber nicht gelöst, nur eingefroren. Begonnen hat der Niedergang Syriens mit der Regierungszeit von Assad im Jahr 2000 und einer zaghaften Reform der sozialistischen Planwirtschaft, allerdings ohne zusätzliche politische Freiheiten für das syrische Volk. Die Beutewirtschaft Assads und der infolge des Irak-Kriegs große Zustrom von Flüchtlingen im Jahr 2003 verstärkten die sozialen Ungleichheiten im Land. Zur Jahreswende 2010/2011 schwappte der "Arabische Frühling" auf Syrien über: man forderte die Achtung der Menschenwürde, Freiheit und Rechtsstaatlichkeit sowie soziale und wirtschaftliche Perspektiven. Das Regime diskreditierte die Proteste und ging brutal gegen die eigene Bevölkerung vor. Als Assad 2013 den Aufstand nicht mehr unter Kontrolle bekam und weite Teile seines Territoriums verlor, eilte ihm auf Druck des Irans die Hisbollah zu Hilfe. Russland sprang dem Diktator dann im Herbst 2015 zur Seite, vor allem mit Luftunterstützung, Militärpolizei und Beratern. Die Türkei wiederum war lange die führende Schutzmacht der Opposition. Heute will die Regierung von Präsident Erdogan vor allem verhindern, dass das kurdische Autonomieprojekt in Syrien Erfolg hat und bei der eigenen kurdischen Minderheit Schule macht. Nach anfänglicher Unterstützung der Rebellen änderten auch die USA ihren Standpunkt, zogen Truppen aus dem Grenzgebiet zurück und konzentrierten sich auf die Eindämmung von Al-Qaida und des IS. Der Fokus des Krieges bleibt die Rebellenbastion Idlib an der türkischen Grenze. Seit März 2020 gilt eine brüchige Waffenruhe.

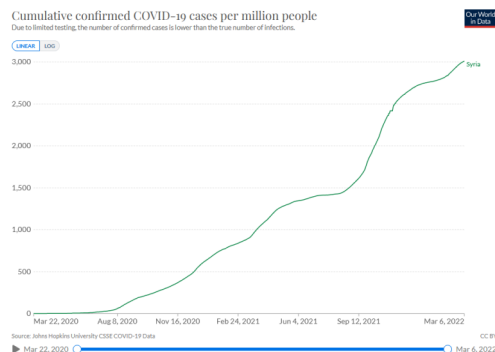
Nur die Präsenz tausender türkischer Soldaten verhindert eine neue Offensive der syrischen Armee und ihrer russischen Verbündeten. Auch die Lage im Nordosten bleibt volatil. Den Kurden ist es mithilfe der USA gelungen, in den Gebieten östlich des Euphrats weitgehende Autonomie zu erlangen. Assad ist jedoch entlassen, die Region zurückzuerobern. Auch der Türkei sind die Autonomiebestrebungen der syrischen Kurden ein Dorn im Auge. Hinzu kommt der Schattenkrieg zwischen Iran und Israel, der auch in Syrien ausgetragen wird. Israel möchte verhindern, dass sich sein Erzfeind dauerhaft in Syrien festsetzt. Die Terrormiliz Islamischer Staat wiederum hat im März 2019 ihre letzte Bastion im Osten Syriens verloren. Versprengte Zellen sind aber weiter in der Wüste und in den Städten aktiv. Die USA haben noch immer mehrere hundert Spezialkräfte im Nordosten stationiert, um ein Wiedererstarken des IS zu verhindern. Die Kriegshandlungen haben zwar stark nachgelassen, aber nach Angaben der Syrischen Beobachtungsstelle für Menschenrechte sollen 2021 mindestens 3700 Menschen getötet worden sein, darunter 1500 Zivilisten, 306 von ihnen Kinder.



HEALTH:

Die humanitäre Situation in gesamt Syrien ist katastrophal. Dem Welternährungsprogramm der VN zufolge können 12,4 Millionen Menschen nicht ausreichend mit Lebensmitteln versorgt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich durch den aktuellen RUS-UKR-

Konflikt die Lage nochmals verschlechtert, da die Hilfslieferungen des World-Food-Programm zu den Großkunden des ukrainischen Weizens gehören. Die medizinische Infrastruktur ist in den vergangenen Jahren größtenteils von Luftangriffen der eigenen Regierung und Russlands zerstört worden, so dass die wenigen verbliebenen Krankenhäuser nur über eine mangelnde Ausstattung an Geräten, Medizin und Personal verfügen. Die Wasser- und Sanitärinfrastruktur ist nach elf Jahren des Krieges in vielen Regionen Syriens in einem prekären Zustand. Drei Millionen Menschen leiden unter den katastrophalen Folgen, vor allem Vertriebene. Unter derartigen Bedingungen hat das Coronavirus leichtes Spiel. Laut Ärzten ohne Grenzen breitet sich das Virus vor allem in Nordsyrien rasant aus. Besonders der Nordwesten Syriens hat es mit all den bekannten Herausforderungen der Coronapandemie zu tun: die Intensivstationen sind weitgehend voll, es mangelt an Sauerstoff und Testausrüstung, und die Impfkampagne ist nur langsam angelaufen. Die extreme Armut und die Verwüstungen durch den Krieg haben die Lage zusätzlich verschlimmert. Zehntausende leben in überfüllten Zeltsiedlungen, wo Sicherheitsabstände und regelmäßiges Händewaschen unmöglich sind. Zudem gefährdet der anhaltende Winter besonders die Situation für Vertriebene im Nordwesten des Landes. Die Camps in den Bergen sind starkem Wind und Regen, in der Ebene Über-



schwemmungen ausgesetzt. Zwei Millionen Menschen, darunter die Mehrheit Frauen und Kinder, leben dort in Zelten.



Das ohnehin vor dem Kollaps stehende Gesundheitssystem ist dieser Herausforderung nicht gewachsen. Die Pandemiezahlen gehen in den Medien weit auseinander. Einmal wird seit Beginn der Pandemie von etwa 55.000 Corona-Infektionen und über 3.000 Todesfällen in Zusammenhang mit dem Virus gesprochen. Aus anderer Quelle ergibt sich, dass sich alleine in der überfüllten Enklave Idlib mit vier Millionen Menschen die Zahl der COVID-19-Fälle seit Anfang August 2021 auf über 61.000 verdoppelt habe. Die tatsächlichen Zahlen könnten sogar noch höher liegen, da sich viele Infizierte nicht bei den Behörden meldeten. Die Lage sei so prekär, dass die als Weißhelme bekannten Rettungsdienstmitarbeiter zumeist mehrere Infizierte zugleich ins Krankenhaus bringen oder die Toten zur Bestattung. Aufgrund der angespannten sicherheitspolitischen Lage im Norden hatte die Bevölkerung dort ohnehin Mühe, auf den Ausbruch zu reagieren. Dass er sich im August so massiv verstärkt hat, wird hauptsächlich auf die hochansteckende Delta-Virusvariante und muslimische Feiertagsversammlungen zurückgeführt. Um die Entwicklung in den Griff zu bekommen, wurde eine Reihe von Maßnahmen verfügt. Ein vollständiger Lockdown hingegen ist in Idlib unmöglich, weil die meisten Menschen in der Provinz Tagelöhner sind, die eine Unterbrechung ihrer Arbeit nicht überleben könnten. Insbesondere Gesundheitsfachkräfte sind unverhältnismäßig stark durch die Pandemie gefordert. Dies birgt

eine erhebliche zusätzliche Belastung für die ohnehin schon sehr zersplitterte Infrastruktur des Gesundheitswesens. Die Krankheitsprävention mittels Impfungen stellt, nicht nur hinsichtlich der Corona-Pandemie, ebenfalls ein erhebliches Problem dar: 60 Prozent der Kinder unter fünf Jahren verfügen über keinen ausreichenden Impfschutz. Mittlerweile sollen nach offiziellen Angaben etwa zwölf Prozent der Bevölkerung eine Erst- und fast sieben Prozent eine Zweitimpfung erhalten haben. Die Booster-Quote beläuft sich auf lediglich 0,017 Prozent.

FAZIT:

Assad gibt sich zuversichtlich. Syriens Machthaber will die internationale Gemeinschaft davon überzeugen, dass der Krieg in seinem Land vorbei ist. Seine Regierung bereitet nach eigenen Angaben die Rückkehr von Millionen Flüchtlingen vor und knüpft neue Kontakte zu anderen arabischen Staaten. Tatsächlich kontrolliert er nach jahrelangen Kämpfen wieder rund zwei Drittel des syrischen Staatsgebietes. Die Folgen des anhaltenden Bürgerkriegs sind nicht zuletzt für das Gesundheitssystem gravierend. Die Infrastruktur ist zerstört, es fehlt an medizinischem Fachpersonal und die Verbreitung von SARS-CoV-2 macht die Situation schier aussichtslos. Die Hilfe für die syrische Bevölkerung und der Zugang humanitärer Organisationen zu den Brennpunkten sind kaum gegeben. Ein Aktivist der Opposition beschreibt die Situation wie folgt: „Wer nicht von Regierungs- oder russischen Luftangriffen getötet worden ist, wird es jetzt durch das Coronavirus.“

<https://www.nzz.ch/international/syrien-die-neuesten-entwicklungen-im-buergerkrieg-id-1536230#>
<https://www.tagesschau.de/ausland/asien/syrien-1409.html>
<https://corona-zahlen-heute.de/syrien/>
<https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/unsere-arbeit/einsatzlaender/syrien>
<https://www.tagesspiegel.de/politik/anschlaege-und-neue-gefechte-in-syrien-die-rueckkehr-des-krieges/2721942.html>
<https://ro-online.de/politik/ausland/syrien-in-der-verwuesteten-rebellenhochburg-idlib-grassiert-nun-corona-aid-62925583>
<https://jungle.world/blog/von-tunis-nach-teheran/2022/02/krieg-ukraine-wuerde-verheerende-folgen-fuer-den-nahen-osten>

Journal-Club COVID-19

[gr-solutions.de]

AN ODER MIT COVID-19 VERSTORBEN? ERSTE ERKENNTNISSE DES NEUEN DEUTSCHEN AUTOPSIEREGISTERS

FIRST REPORT FROM THE GERMAN COVID-19 AUTOPSY REGISTRY - JC-COVID-1281

Obduktionen (= Autopsien) sind ein wichtiges Instrument in der Medizin, um die Pathophysiologie von Krankheiten zu verstehen und Todesursachen zu untersuchen. Bei der neuen Erkrankung COVID-19 wurden durch Obduktionen zum Beispiel die Auswirkungen auf die pulmonale Mikrovaskulatur, das Nervensystem, die systemische Virusverbreitung und das Zusammenspiel mit dem Immunsystem untersucht. Um Daten von möglichst vielen COVID-19-Obduktionen zu sammeln und eine zentrale elektronische Plattform für die Pflege, Sammlung und Auswertung dieser Daten bereitzustellen wurde im April 2020 das deutsche COVID-19-Autopsieregister (DeRegCOVID) ins Leben gerufen. Dieses soll unter anderem auch dazu dienen, Autopsiezentren zu unterstützen, Forschern den Zugang zu den Daten zu ermöglichen sowie Ergebnisse für Entscheidungsträger, Fachgesellschaften und die Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Methoden

Auf freiwilliger Basis wurden vom 20.03.2020 (Kalenderwoche 10) bis Oktober 2021 (KW 39) von 29 deutschen Standorten von insgesamt 1.129 Autopsien die finalen Autopsieberichte über ein webbasiertes Fallberichtsformular eingestellt. Alle Fälle mit positivem SARS-CoV-2-Test (Antigen- oder PCR-Test) sind zugelassen; neben kompletten sind auch minimal-invasive Autopsien erlaubt. Die Todesursache sowie die Ereigniskette, welche unmittelbar zum Tod führte, Alter und Geschlecht der Obduzierten ebenso wie die Dauer der Erkrankung (von Symptombeginn oder positivem Testergebnis bis zum Tod) wurden ausgewertet. Eine Differenzierung des Zeitpunkts 1. Welle (KW 10-

31, 2020), 2. (KW 32, 2020 bis KW 11, 2021) oder 3. Welle (KW 12-38, 2021) sowie der Region (je nach Postleitzahl der Wohnadresse der Verstorbenen) wurden ebenfalls vorgenommen (siehe Bild a). Die insgesamt 18.674 entnommenen Bioproben verblieben jeweils am Ort der Autopsie.

Ergebnisse

1.095 Datensätze erfüllten die Voraussetzungen und wurden ausgewertet, 34 wegen fehlendem SARS-CoV-2-Nachweis ausgeschlossen. Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug 1,8 : 1. Die Altersverteilungen zeigten bei den Männern zwei Gipfel in den Gruppen 65-69 und 80-84 Jahren, bei den Frauen im Alter > 85 Jahren.

In 86,2% dieser Obduktionsfälle war COVID-19 die zugrundeliegende Todesursache. Am häufigsten war die unmittelbare Todesursache ein diffuser Alveolarschaden / ARDS (52,5%), gefolgt auf Platz 2 von Multiorganversagen (18%) und den bakteriellen Superinfektionen der Lunge auf Platz 3 (5,7%). Diese nahmen ebenso wie die direkten Lungenschädigungen von der ersten zur dritten Pandemiewelle ab, während hingegen der Anteil der Toten aufgrund von Multiorganversagen zunahm. Ebenso nahm der Anteil der Verstorbenen aufgrund des diffusen Alveolarschadens/ des ARDS mit der Krankheitsdauer, von Welle zu Welle, ab, während der Anteil der an Multiorganversagen verstorbenen Menschen zunahm (siehe Bild b und c).

Die Krankheitsdauer vom ersten Symptom (oder dem positiven Testergebnis) bis zum Tod von unter 2 Wochen war in der ersten Welle in 49% aufgetreten und reduzierte sich in der dritten Welle auf 41%, wohingegen die Dauer von 2-5 Wochen von 38% auf 45% anstieg. Der Anteil der über 5 Wochen Erkrankten blieb weitgehend konstant.

In den restlichen 13,8% der Obduktionsfälle war COVID-19 eine Begleiterkrankung. Die Haupterkrankung

war kardialer (7,5%), respiratorischer (0,9%) oder anderer Genese (5,4%). Wird jedoch berücksichtigt, dass COVID-19 eine gefäßbetonte Erkrankung ist, welche vorbestehende kardio- oder neurovaskuläre Erkrankungen verschlimmern kann, und man den Anteil der hauptsächlich kardiovaskulär bedingten Todesfälle ebenfalls COVID-19 zuschreiben würde, dann läge die Todesursache in über 90% der Obduktionsfälle bei einer COVID-19-Infektion.

Diese Ergebnisse decken sich zum einen mit den Anga-

nomenklatur der in Autopsien erhobenen Befunde und Diagnosen. Und zuletzt schränken auch die Tatsachen, dass nicht alle Autopsien Deutschlands aufgrund von COVID-19 Eingang in das Register gefunden haben und, dass in den meisten pathologischen Abteilungen ausschließlich im stationären Umfeld Verstorbene autopsiert wurden, die Aussagekraft ein.

Take-Home-Message

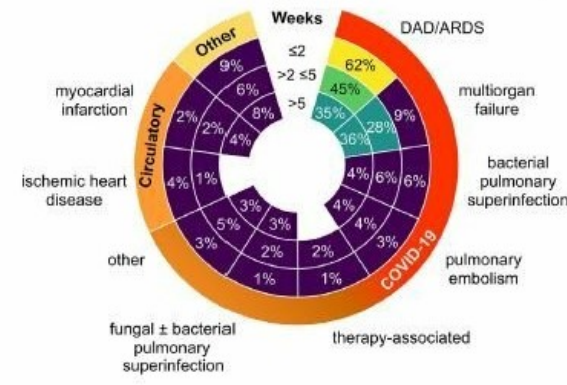
+ Obduktionen sind ein hilfreiches und wichtiges In-

strument, um Todesursachen eindeutig feststellen zu können.

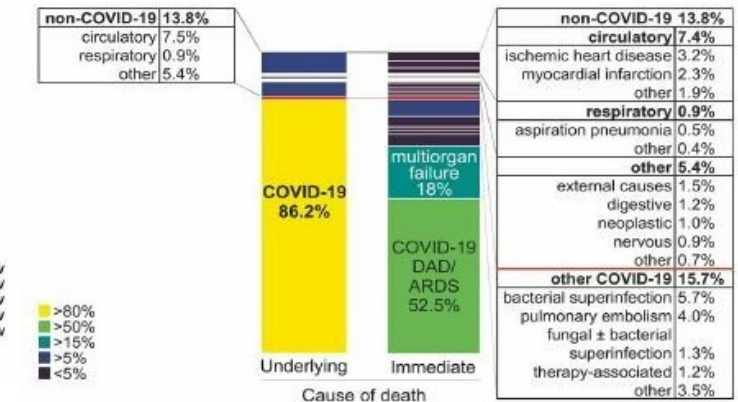
+ am häufigsten sterben Menschen durch eine COVID-19-Infektion an direkten Lungenschäden, gefolgt von Multiorganversagen und bakteriellen Superinfektionen der Lunge.

DOI: [10.1016/j.lanepe.2022.100330](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100330)

Immediate cause of death at autopsy by disease duration (N=771)



b Cause of death at autopsy (N=986)



a COVID-19 autopsies per calendar week (N=1094)

