Corona-Newsletter

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

Newsletter Nr. 36 - 5/05/2022

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

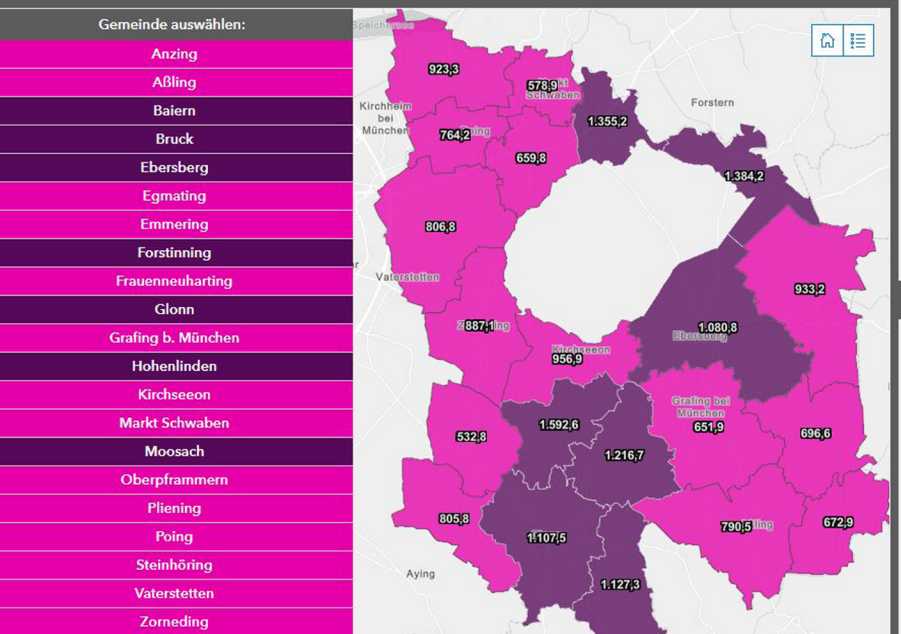
Kontakt
Christiane Siegert
08092 823 520
socialmedia@lra-ebe.de

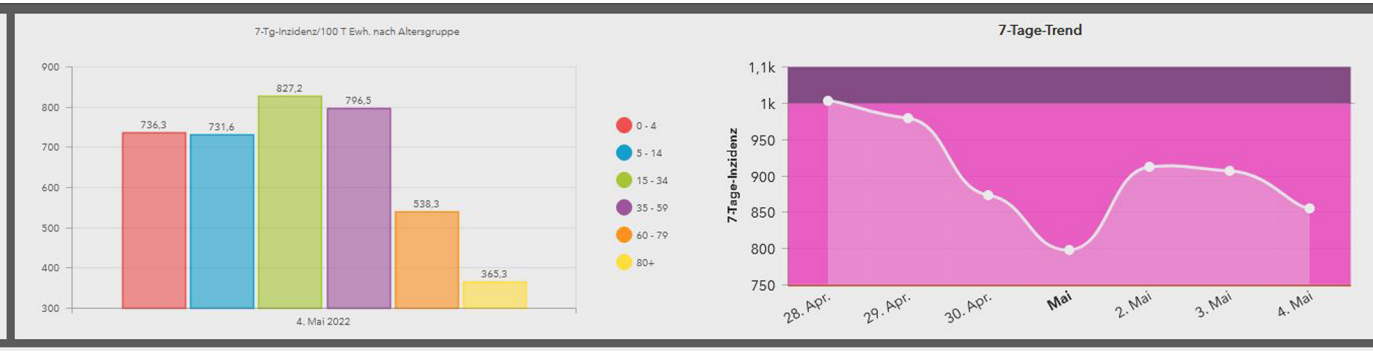
Neue COVID19-Fälle (ltzt. 7 Tg.) — Inzidenz RKI — 05.05.2022, 00:00 Uhr

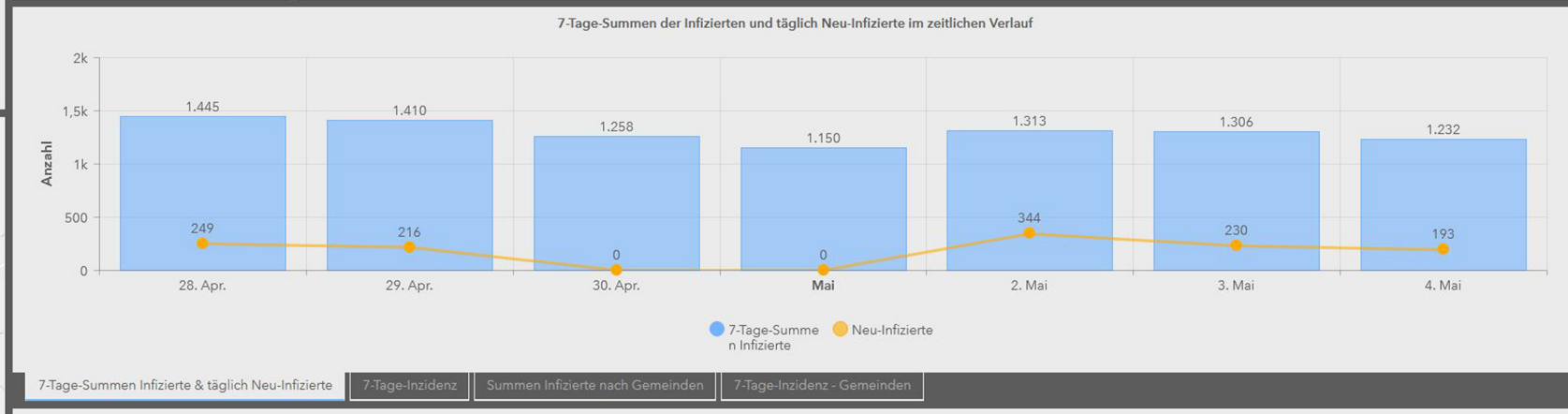
1.232 — 852,2

COVID19-Fälle-Gesamt — Todesfälle gesamt — 05.05.2022, 00:00 Uhr

51.581 — 275







Kdo SanDstBw VI-2
Medical Intelligence & Information
Der Menschlichkeit verpflichtet.

InfektInfo Nr.75z

COVID-19

Corona-Virus-Erkrankung

050900Bmay22

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)

515.595.834

bestätigte Fälle

6.244.913 Todesfälle

Alle 222 Staaten und Territorien der Welt betroffen

DEUTSCHLAND

(kumulativ)

25.130.137 bestätigte Fälle
136.125 Verstorbene
23.000.482 Genesene

USA

(kumulativ)
81.620.383 bestätige Fälle
996.704 Verstorbene

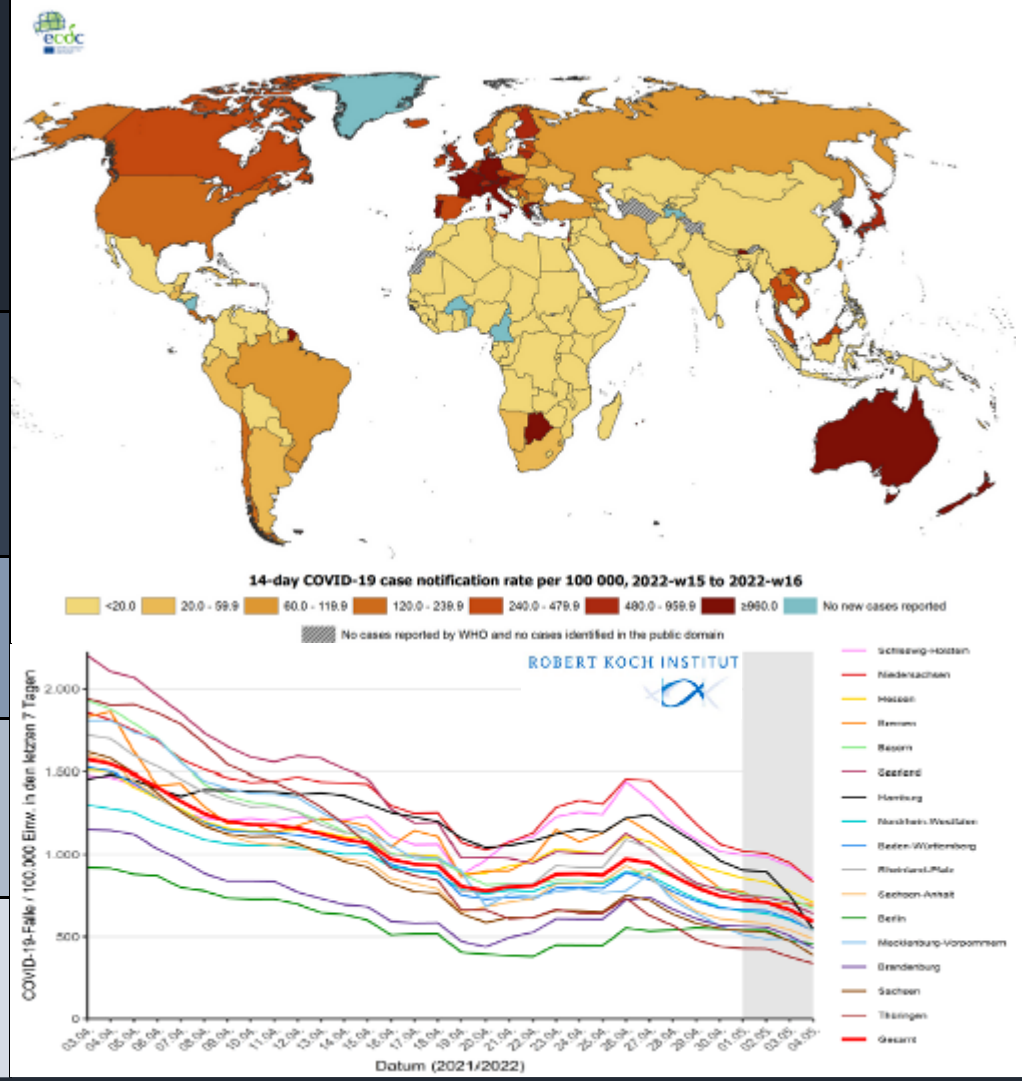
IND

(kumulativ)
43.091.393 bestätigte Fälle
523.975 Verstorbene

BRA

(kumulativ)
30.502.501 bestätigte Fälle
663.994 Verstorbene

Sachstand-Update



Aktuelles

•Die **WHO** twittert, dass die psychosozialen Auswirkungen der COVID19-Pandemie und die Kriegstraumata durch den UKR-Krieg noch Jahre spürbar sein werden. Hier werden dringend Investitionen in die Gesundheitsversorgung gebraucht.

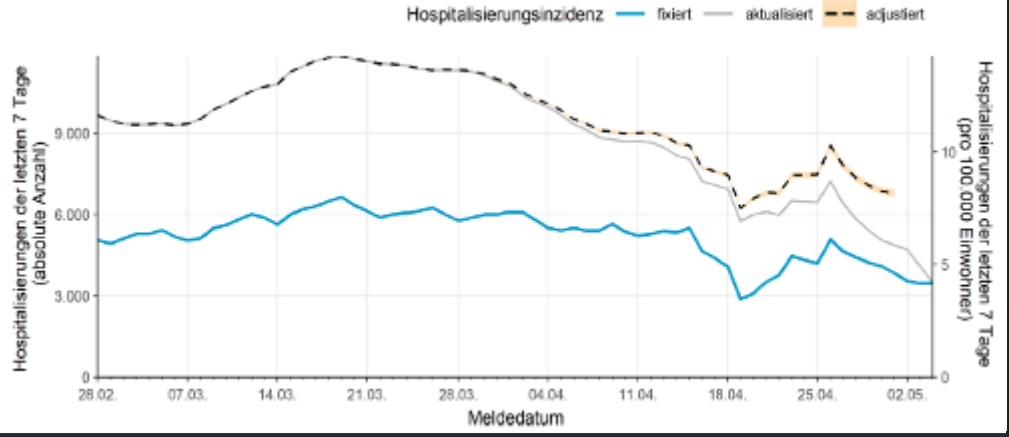
•**DEU:** Der Vorstandschef der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gaß, sagte, die Lage in den Kliniken entspanne sich. Nach seinen Angaben liegen 1.300 COVID-Patienten auf den ITS. Das seien so wenige wie seit 09/21 nicht mehr. Kliniken könnten nun zuvor verschobene Leistungen nachholen.

•**DNK:** Gesundheitsexperten schätzen das Risiko neuer Corona-Varianten durch die Nerzzucht als gering ein. Genau lasse sich dies zwar nur schwer abschätzen, die Gefahr könne aber insgesamt als niedrig bezeichnet werden.

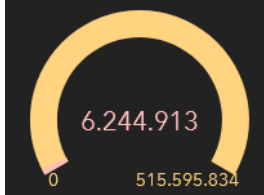
•**USA:** Mitarbeiter der ehemaligen US-Regierung Trumps haben die Gesundheitsbehörde zu Beginn der Pandemie davon abgehalten, Infektionswarnungen für Gottesdienste auszusprechen. Dies besagt der Bericht eines Untersuchungsausschusses des Repräsentantenhauses.

•**NZL:** Nach zweijähriger Abschottung wegen der Corona-Pandemie hat Neuseeland seine Grenzen für Besucher aus 60 Ländern wieder geöffnet.

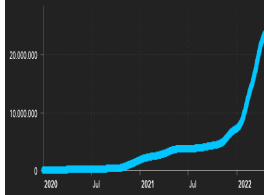
•**CHN:** Im Kampf gegen die weitere Ausbreitung des Coronavirus schränkt die chinesische Hauptstadt Peking den öffentlichen Nahverkehr deutlich ein. Mehr als 40 U-Bahn-Stationen und fast 160 Busstrecken wurden geschlossen.



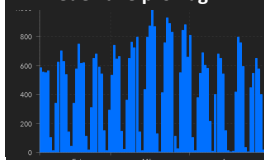
Verstorbene/ best. Fälle weltweit



Best. Fälle in DEU & CFR



Neue Fälle pro Tag Bw



COVID-19-IMPFUNGEN

Stand: 04.05.2022

ERSTIMPFUNG (DEU)
Impfquote 77,6%

ZWEITIMPFUNG (DEU)
Impfquote 75,8 %

BOOSTER (DEU)
Impfquote 59,3 %

Lage INLAND

IST EIN WIRKSTOFF GEGEN LONG–COVID IN SICHT?

Projekt reCOVer - Eine Hoffnung für Long-COVID Patienten

Es wird wieder wärmer, viele Veranstaltungen finden im Freien statt und Maßnahmen werden weiter abgeschafft, bzw. abgeschwächt. Doch die COVID-19 Pandemie ist weiterhin eine Bedrohung, wenn auch inzwischen eine unterschwellige. Denn nicht nur während einer Infektion leiden viele Betroffene unter Atemwegsbeschwerden, auch nach mehreren Wochen bleiben in einigen Fällen Atemnot, Erschöpfung und Husten bestehen oder treten in besonderem Maße erst nach der akuten Infektion auf.

Was ist Long-COVID?

Für die Langzeitfolgen einer Corona Infektion gibt es bislang noch keine Definition. Allgemein werden mit dem Begriff Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion beschrieben, die auch drei Monate nach der Infektion noch anhalten. Unter den Symptomen sind von Erschöpfung und kognitive Beeinträchtigung bis hin zu Schlafstörungen und Geruchs– und Geschmacksstörungen über Atemnot und Kurzatmigkeit alles dabei. Etwa 40 Prozent aller Menschen, die sich mit dem Virus infizierten, entwickeln Studien zufolge eine Long -Covid-Erkrankung. Etwa jede dritte Person konnte die ursprüngliche Leistungsfähigkeit nicht wieder erlangen.

Ursachen einer Long-COVID Erkrankung

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze, welche Ursachen hinter der Langzeiterkrankung stecken. Zum einen wird angenommen, dass Virusbestandteile sich noch im Körper befinden, die eine andauernde Entzündungsreaktion hervorrufen. Zum anderen gibt es Patienten die von ihrer Erkrankung organische Schäden davongetragen haben. Eine COVID-19 Infektion beeinflusst ebenfalls die Blutzirkulation. Forscher des Max-Planck-Instituts für Physik und Medizin in Erlangen kamen zu dem Schluss, dass bis zu sieben Monate nach einer Infektion die weißen Blutkörperchen deutlich verändert blieben. Dies betrifft unter anderem die Vergrößerung und Deformierung der Zellen, was die Mikrozirkulation beeinträchtigt und somit zu einem erhöhten Risiko für langanhaltenden Beschwerden führen kann. Auch kommt es bei Betroffenen zu einer Bildung von Autoantikörper gegen G-Protein-gekoppelten Rezeptoren. Eine eingeschränkte Mikrozirkulation kann demnach einer der Hauptauslöser von Long-COVID-Symptomen sein.

Das Projekt reCOVer - die Lösung?

Ein interdisziplinäres Team aus Ärzten (Medizinische Klinik 1 – Gastroenterologie, Pneumologie und Endokrinologie und Augenklinik, Universitätsklinikum Erlangen) und Wissenschaftlern (Max-Planck-Institut Erlangen, Humboldt-Universität Berlin) untersucht eben diesen Einfluss der aktiven Autoantikörper gegen G-protein gekoppelten Rezeptoren auf das Gefäßsystem bei Patienten mit Long-COVID.

Bereits jetzt können vier erfolgreiche Heilversuche vorgezeigt werden. Alle vier Patienten hatten zuvor eine ausgeprägte Symptomatik und zeigten nach Medikamentengabe eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands. Bei den Patienten konnten erfolgreich die Autoantikörper unschädlich gemacht werden.

Der Wirkstoff BC 007 wurde erstmals für Patienten mit einer schweren Herzerkrankung in einer Zulassungsstudie verwendet. BC 007 neutralisiert die schädlichen Autoantikörper gegen G-Protein-gekoppelten Rezeptoren. Diese Autoantikörper können die Durchblutung des Auges beeinträchtigen, wie es auch bei Glaukom-Patienten der Fall ist. So wurde auch erstmals einem Glaukom-Patienten, der gleichzeitig an gravierenden COVID Langzeitfolgen litt, den Wirkstoff BC 100 verabreicht. Das Ergebnis sprach für sich: Die Durchblutung der Kapillaren zeigte sich deutlich verbessert und die Autoantikörper konnten nicht mehr nachgewiesen werden. Der Gesundheitszustand des Patienten verbesserte sich erheblich.

Die Durchblutung der Augen als Indikator

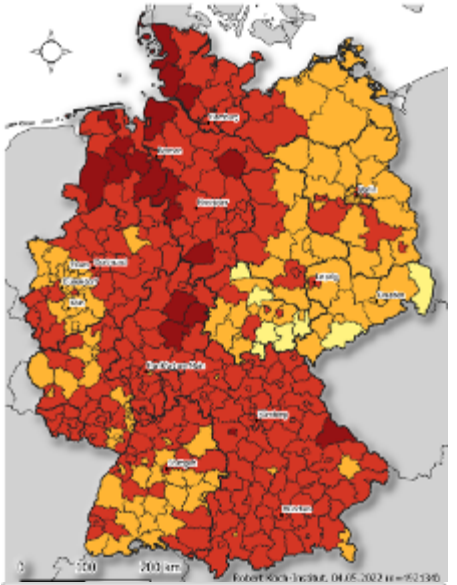
Als diagnostisches Fenster erweist sich dabei die Mikrozirkulation in der Netzhaut des Auges. Diese verminderte Durchblutung kann mithilfe der OCT-Angiographie Methode aus der Augenheilkunde optisch dargestellt und vermessen werden. Ein Forschungsschwerpunkt an der Erlanger universitären Augenklinik war die Pathomechanismen des Gaukoms, bei dem ebenfalls derartige Autoantikörper nachweisbar sind. Es war also kein Zufall, dass gerade Ophthalmologen die Antikörper in der Netzhaut bei Long-COVID-Patienten fanden.

disCOVer: Diagnostizieren & effektiv therapieren

Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse von reCOVer wird nun untersucht, ob und dank welcher Mechanismen BC 007 den Long-COVID-Patienten helfen kann. Um Long-COVID optimal zu therapieren, ist eine genaue Diagnostik von Nöten. Denn eine Behandlung mit BC 007 kann nur dann erfolgen, wenn Autoantikörper gegen G-Protein-gekoppelten Rezeptoren nachzuweisen sind. Falls noch eine Aktivität der T-Zellen festgestellt wird, also eine geringe Virusmenge noch im Körper aktiv ist, wird eine Booster-Impfung empfohlen. Liegen Organschäden vor, profitieren die Patienten von einer gezielten Rehabilitation. disCOVer (Diagnosis COVID-19 Erlangen) kann hierfür die Grundlage für ein deutschlandweites Versorgungskonzept werden.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert die Studie mit 1,2 Millionen Euro.

https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/studie-prueft-medikament-gegen-long-covid-15943/
https://www.eyefox.com/news/1017/long-covid-interdisziplinaere-studie-unter-beteiligung-von-augenaerzten.html
https://www.augenklinik.uk-erlangen.de/forschung/ag-long-covid-me/cfs/discover-erlangen
https://www.mpg.de/17108102/long-post-covid-corona-blutzellen
https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Long-Covid-Husten-und-Asthma-nach-Omikron-Infektion,corona10614.html



	Kreis	Anzahl	Inzidenz
1	LK Cloppenburg	3333	1.930,7
2	LK Hersfeld-Rotenburg	1653	1.374,0
3	LK Ammerland	1625	1.293,3
4	LK Uelzen	1140	1.231,6
5	LK Nienburg (Weser)	1489	1.224,1
6	LK Wittmund	695	1.211,1
7	LK Steinburg	1561	1.194,3
8	LK Diepholz	2427	1.112,9
9	LK Vogelsbergkreis	1166	1.105,2
10	LK Oldenburg	1433	1.090,0
11	LK Cham	1363	1.064,1
12	SK Ansbach	441	1.058,0
13	LK Dithmarschen	1376	1.032,6
14	LK Emsland	3367	1.023,6
15	LK Cuxhaven	2021	1.016,5

Lage WELTWEIT

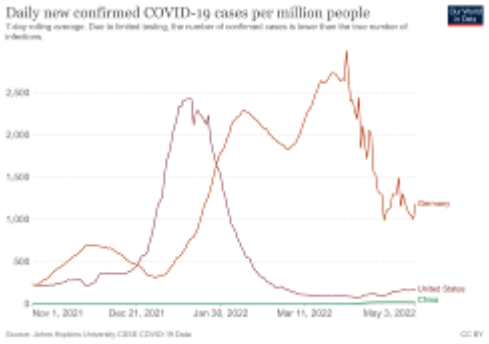
VR CHINA—Nach SHANGHAI nun auch bald PEKING im Lockdown?

NULL-COVID-POLITIK UND KEIN ENDE

CHN hat momentan mit dem schwersten Coronaausbruch seit Beginn der Pandemie vor etwa zweieinhalb Jahren zu kämpfen. Nachdem SHANGHAI, die größte Wirtschaftsmetropole des Landes—immerhin eine Stadt mit sagenhaften 26 Millionen Einwohnern—seit nunmehr einem Monat quasi im totalen Lockdown ist, zeichnen sich nun ähnliche Entwicklungen auch in anderen Städten CHN ab: Sehr zum Verdruss des stets auf gute Außenwirkung bedachten Ein-Parteien-Regimes droht nun ausgerechnet der Hauptstadt PEKING ein totaler Lockdown.

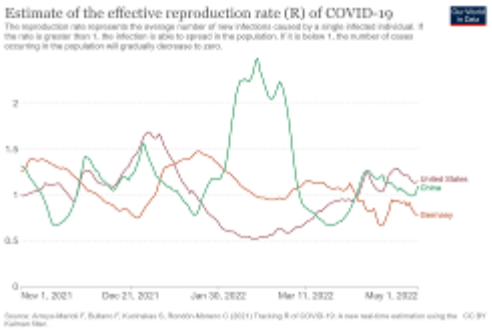
Wiedereröffnung von Massenisolationszentren

Als erstes Anzeichen einer bevorstehenden Verschärfung der Maßnahmen wurde in PEKING Anfang dieser Woche das XIAOTANGSHAN-FANGCAI-Krankenhaus wieder geöffnet, welches anlässlich der SARS-Epidemie 2003 gebaut und Anfang 2020 bereits zur Behandlung von COVID-19-Patienten genutzt wurde. Das Krankenhaus soll im Falle stark ansteigender Fallzahlen in seinen Isolierstationen Infizierte mit unterschiedlich starken Krankheitsverläufen—von asymptomatisch bis Intensivpatient—behandeln, aber diese vor allen Dingen von der Allgemeinheit absondern. Obwohl in PEKING derzeit (04.05.2022) noch kein Lockdown verhängt wurde, so kommt es dennoch zu ersten Bewegungseinschränkungen der rund 22 Mio. Einwohner zählenden Hauptstadtbevölkerung: Seit einigen Tagen sind rund 40 U-Bahn-Stationen geschlossen, was etwa 10% des U-Bahn-Netzes der Hauptstadt betrifft. Nun fürchten die Einwohner PEKINGS Verschärfungen, wie sie seit vielen Wochen bereits in SHANGHAI gelten. Die wesentlichen Indizien für einen bevorstehenden Lockdown sind erste Abriegelungen ganzer Wohnanlagen, das Verbot der Essensverkaufs in Restaurants sowie das Anlaufen von umfangreichen Massentests der Bevölkerung.



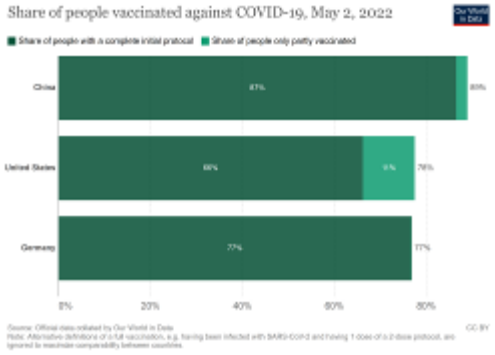
Größte Vorsicht trotz vergleichsweise geringer Fallzahlen

Aus westlicher Sicht sind die drastischen Maßnahmen angesichts der im Vergleich verschwindend geringen Fallzahlen (s. Abbildung unten links) zwar nicht nachvollziehbar, angesichts der nach wie vor praktizierten Null-COVID-Politik aber in sich relativ schlüssig. So wurden in CHN letzten Mittwoch LANDESWEIT nur rund 16,500 Fälle gemeldet (s. Abbildung oben rechts), davon rund 90% aus der Hafenmetropole SHANGHAI. Aus PEKING selbst wurden am selben Tag wiederum lediglich 46 symptomatische und fünf asymptomatische Fälle gemeldet, was die Zahl der in der derzeit laufenden Omikron-Welle Infizierten in der Hauptstadt auf nur rund 400 erhöht. Weitere Infektionscluster wurden aus der zentralchinesischen Provinz HENAN gemeldet und Maßnahmen wie in PEKING wurden vor Kurzem auch aus der Handelsmetropole SHENZHEN gemeldet. Obgleich sich die Fallzahlen ja insgesamt auf vergleichsweise niedrigem Niveau befinden, so zeichnet sich dennoch nach einer ersten drastischen Steigerungsrate der Fallzahlen im Februar (s. R-Werte-Diagramm oben rechts) nun seit einigen Tagen wieder eine ähnliche Entwicklung ab—und dies trotz der beinahe unmenschlichen Gegenmaßnahmen der kommunistischen Kaderregierung.



Menschen in PEKING horten Lebensmittel

Da die restriktiven Maßnahmen in SHANGHAI dem Großteil der CHN Bevölkerung durchaus bekannt sind haben die Gerüchte eines bevorstehenden, totalen Lockdowns in PEKING dazu geführt, dass die Einwohner der Hauptstadt sich seit Tagen mit Vorräten eindecken. Besondere Sorgen bereitet den Bürgern der Stadt, dass sich die Behörden bislang nicht zu dem möglicherweise bevorstehenden Lockdown geäußert haben, die Erfahrung aus SHANGHAI aber lehrt, dass ein solcher Vorgang durchaus mehrere Wochen bis Monate dauern kann—in SHANGHAI zumindest ist trotz stark gesunkener Infektionszahlen ein Ende des Lockdowns noch nicht in Sicht.

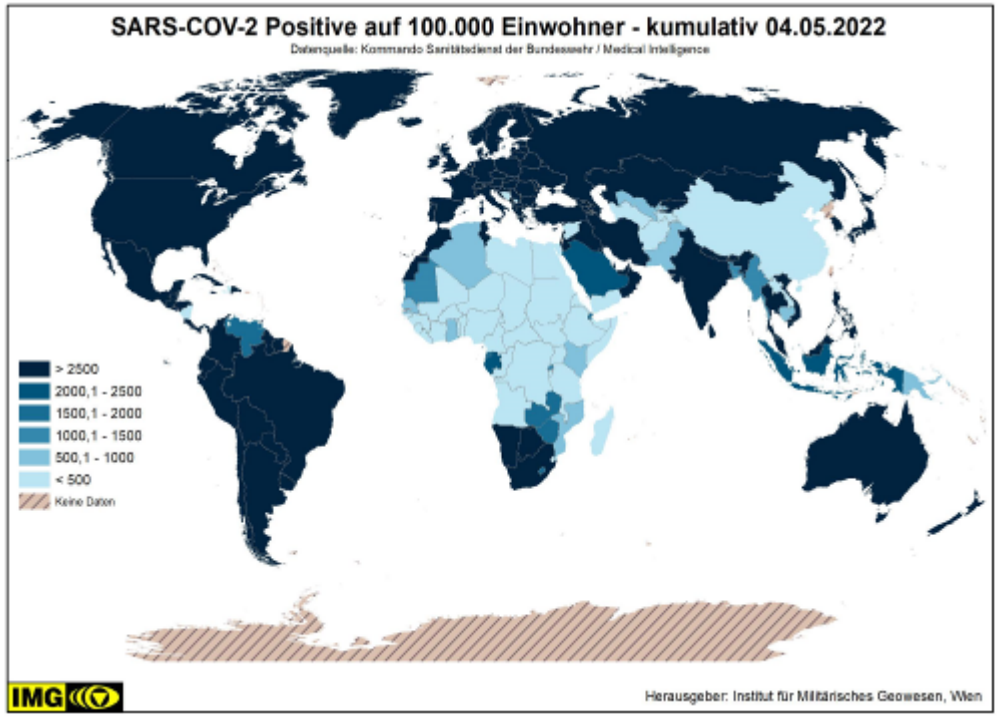


Land	Infektionen (gesamt)	Neu-infektionen	Neuinfektionen (7-Tage-Inzidenz)	Infektionsrate (gesamt)	Todesfälle (gesamt)	Neue Todesfälle	Letalitätsrate (gesamt)	Aktualisiert
Deutschland Europa	25.033.970	106.631	991,8	30,1%	135.942	241	0,5%	04.05.
Vereinigte Staaten Nordamerika	81.506.075	61.743	121,6	24,5%	994.744	745	1,2%	04.05.
Volksrepublik China Asien	1.039.372	16.462	11,8	0,1%	5.128	16	0,5%	04.05.

Die Menschen in CHN begehren auf

Angesichts der immer drastischer zum Vorschein tretenden Gefühlskälte der CHN Regierung fangen die Menschen an, zu revoltieren. So berichten Studenten davon, dass sie mittlerweile nach sechst Wochen noch immer nicht ihr Sechsbettzimmer verlassen durften. Dagegen formiert sich nun immer mehr Widerstand—wie die CHN Regierung darauf reagieren wird, werden die nächsten Wochen zeigen.

https://www.rnd.de/wirtschaft/corona-chinas-lockdown-politik-wird-zum-echten-wirtschaftsrisiko-WIPSYWV3IVBW5JTIE4QAXPDGKM.html
https://www.spiegel.de/ausland/coronavirus-peking-oeffnet-massen-isolationszentrum-wieder-a-fedcabb4-4fa2-4e2c-b0b2-b9381ae3bd62
https://www.merkur.de/politik/china-corona-test-pcr-normalitaet-peking-shenzhen-shanghai-lockdowns-null-covid-zr-91518637.html
https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/corona-restriktionen-peking-faehrt-runter-18004379.html



Health in Conflict & Crises

BURUNDI

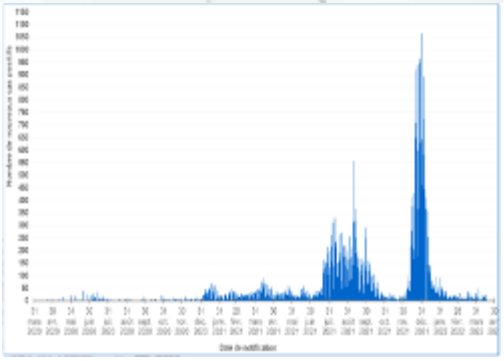
Eines der ärmsten Länder der Erde kämpft mit der Pandemie und einem nicht existenten Gesundheitssystem

Burundi als einer der kleinsten Staaten Afrikas (ca. die Fläche von Brandenburg) und einer der ärmsten Staaten der Welt, ist mit ca. 11 Millionen Einwohnern allerdings auch einer der am dicht besiedelten. Das Durchschnittsalter beträgt 16,9 Jahre und der Anteil der über 65-Jährigen beträgt nur ca. 2,5 Prozent. Als Binnenstaat grenzt es an den konfliktreichen Osten der Demokratischen Republik Kongo, Ruanda und Tansania. Das burundische Volk gehört einer Ethnie an und teilt Kultur und Geschichte. Trotz alledem gibt es verschiedene Religionsgemeinschaften (Rund 62 % der Burundier sind Katholiken, 5 % Protestanten,10 % sunnitische Muslime und 23 % Anhänger afrikanischer Religionen) und soziale Gruppen. Die Burundier ordnen sich selbst in Huthi (ländliche Bevölkerung ca. 85 Prozent) und Tutsi (städtische Elite ca. 14 Prozent) ein.Nationen als Genozid berichtet wurden.

Auch wenn diese Gewaltexzesse der letzten Jahrzehnte in den vergangenen Jahren abgenommen haben, gibt es weiterhin existierende Hürden, die Konflikte beizulegen und einen internen Frieden in Burundi zu schaffen. Insbesondere die extreme Armut in der Bevölkerung, fehlende Sicherheits- und Rechtsstrukturen sowie ständige Menschenrechtsverletzungen haben einen großen Anteil daran. Die Integration der ehemaligen Konfliktparteien bzw. Rebellen in den Staatsapparat ist ebenso eine bis heute ungelöste, aber essentielle Aufgabe und Herausforderung.

Im April 2015 löste Präsident Nkurunziza eine seither andauernde politische, wirtschaftliche und humanitäre Krise aus. Auf die Verkündung für eine dritte, in der damaligen Verfassung nicht vorgesehene Amtszeit folgten gewaltsame Auseinandersetzungen zwischen Regierung und Opposition. Hunderte sind diesen zum Opfer gefallen und Hunderttausende sind in diesem Zusammenhang in die Nachbarländer geflohen oder innerhalb des Landes vertrieben worden. Die zersplitterte Opposition und die Medien sind stark eingeschränkt. Burundi, das auf allen humanitären und Konfliktrankings immer am Ende der Skala rangiert, kämpft mit einem fast **nicht existenten Gesundheitssystem** gegen die in der Region verbreiteten Krankheiten, wie Darminfektionen einschließlich Amöbiasis, Hepatitis A, Typhus, Bilharziose, Hepatitis B und C,

Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS, Tollwut und Schlafkrankheit. Malaria ist über das ganze Land stark verbreitet und es besteht ein ganzjähriges, alarmierend hohes Malaria-Risiko. Insgesamt soll es zu rund 8,3 Millionen Erkrankungsfällen gekommen sein. Bei einer Einwohnerzahl Burundis von mehr als 11 Millionen bedeutet dies landesweit ein extrem hohes Malaria-Übertragungsrisiko. Im Mai 2019 erreicht es den Threshold einer Epidemie, die zu mehr Toten führte als der letzte Ebola-Ausbruch im benachbarten Ostkongo. Die hohe Zahl der Toten ist teilweise auf die fehlende Immunität der Bevölkerung (unter 5 Jährige) zurückzuführen. Die damalige Regierung hat sich strikt geweigert diesen Ausbruch als Epidemie anzuerkennen.



Dies war Nährboden für eine mögliche erneute humanitäre Katastrophe durch COVID-19, nach dem Mitte Mai 2020 die Präsidentschaftswahlen und davor zahlreiche Wahlkampfveranstaltungen mit Tausenden von Menschen stattfanden. Dies erweckte den Eindruck, als ob in Burundi das Abstandhalten unbekannt sei bzw. keine Wertschätzung erhält. Die Regierung hat bis dahin außer einer Quarantäne für Einreisende, Hygieneempfehlungen und die Aussetzung des Flugverkehrs keine Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung ergriffen. Es wird berichtet, dass humanitären Organisationen der Zugang zu den in Quarantäne befindlichen Eingereisten, die unter menschenunwürdigen Bedingungen eingesperrt sind, verwehrt wurde. Burundi vermeldet bis heute gemessen an der Bevölkerungszahl sehr geringe Fälle von **COVID-19** (**40937** bestätigt, 3**8** Todesfälle; 04.05.21). Es wird berichtet, dass Ärzte vor Ort den gemeldeten Zahlen nicht glaubten und die Krankenhäuser vor Ort regelrecht überschwemmt waren. Allerdings konnten die Eingelieferten nicht einmal getestet werden, denn im nationalen Labor, der einzigen Einrichtung des Landes, die Tests durchführen kann, sich zu Beginn gleich sechs Angestellte angesteckt hatten. Zeitweise war das Institut geschlossen. Als der Repräsentant der Weltgesundheitsorganisation WHO Walter Mulombo Zweifel an den offiziellen Statistiken anmeldete, wurde er Mitte Mai 2020 zur „persona non grata“ erklärt und ausgewiesen. So stand nach Beginn der Pandemie Burundi auch diese Expertise und dieser Rat nicht mehr zur Verfügung.

Nachdem Mitte Mai 2020 erwartungsgemäß der designierte Nachfolger Ndayishimiye von Präsident Nkurunziza gewählt wurde, verstarb Anfang Juni der eigentlich bis August noch amtierende Präsident Nkurunziza nach offiziellen Angaben an einem Herzversagen. Dennoch kamen sofort Spekulationen auf, der Präsident sei an Covid-19 erkrankt. Seine Frau war erst einige Tage zuvor ins Aga-Khan-Krankenhaus in Nairobi gebracht worden, weil sie sich mit dem Coronavirus infiziert hatte.

Die ernstgemeinte Aussage des Präsidentensprechers vom April 2020, Burundi sei eine Ausnahme in der Staatengemeinschaft, beschützt und auserwählt von Gott, traf offensichtlich nicht mehr zu.

Am 30. Juni 2020 erklärt Burundis neuer Präsident bei der Amtseinführung der neuen Regierung (inkl. von EU - u. US-Sanktionen belegten Mitgliedern), dass jetzt COVID-19 der „größte Feind von Burundi“ ist. Er fordert, sich umfänglich dem Kampf gegen die Pandemie zu verschreiben und die Präventivmaßnahmen einzuhalten. Er weist auf die kostenlose Testung und Behandlung hin, gleichzeitig warnt er vor der Nichteinhaltung von Quarantänemaßnahmen bei auftretender Symptomatik. Er verspricht weitere Testzentren zu dem bisher einzigen zu eröffnen. Es wird berichtet das diese komplette Kehrtwende der Regierung in der Pandemiebekämpfung mit einer 5 Millionen Dollar Unterstützung der Weltbank zur Bekämpfung der Pandemie zusammenhängt.

Burundi startete am 6. Juli 2020 eine dreimonatige Testkampagne und führte nach Aussagen des Gesundheitsministers 25.221 Tests (Stand 23.09.2020) durch. Gefolgt wurde diese von einer erneuten Kampagne im Januar 2021. Die Ergebnisse dieser Testkampagnen zeigen sich auch deutlich im Anstieg der kumulativen Fälle bzw. sind die Ergebnisse durch geringe und nur punktuelle Testungen verzerrt. Zum Jahrewechsel 2021/22 wird trotz der geringen Testungen auch hier ein exponentieller Anstieg der Fälle deutlich. Ähnlich wie in zahlreichen anderen Konfliktstaaten mit geringer Testquote liegt auch hier die Vermutung nahe, dass es sich primär um die Omnikron-Welle handelt. Insgesamt gibt vermutlich eine sehr große Dunkelziffer.

Das erklärte offizielle Ziel ist 70 Prozent der Bevölkerung zu impfen. Bis zum 18. April 2022 wurden allerdings nur 0.9 Prozent geimpft.

Fazit: Das monatelange Ignorieren und das Verneinen von COVID-19 am Anfang der Pandemie durch die Regierung hat wie befürchtet, den weiteren Eintrag der Pandemie nach Burundi nicht verhindert. So hat sich COVID-19 in Burundi durch die sozio-ökonomischen und politischen Umstände vermutlich stark ausgebreitet. Die Kehrtwende in der Regierung hat sich auf die tatsächliche Bekämpfung der Pandemie im Land und in der Bevölkerung kaum ausgewirkt. Schlüssel zu dem Versuch die Pandemie in Burundi erfolgreich zu bekämpfen wird weiter die Ernsthaftigkeit der Regierung bei der Bewältigung und die Wahl bzw. insbesondere **die Verfügbarkeit der Mittel** zur Umsetzung sein.

Quellen:
https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/burundi/document/burundi-i-epid%C3%A9mie-de-covid-19-i-rapport-de-situation-18-04-2022-fr
https://reports.unocha.org/en/country/burundi https://www.aa.com.tr/en/africa/coronavirus-outbreak-in-burundi-under-control-/1982571https://www.usip.org/sites/default/files/file/resources/collections/commissions/Burundi-Report.pdf
https://www.theeastafrican.co.ke/tea/news/east-africa/burundi-records-highest-cases-of-covid-19-after-festive-season-3249678
https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/burundi/infographic/burundi-aper%C3%A7u-de-la-situation-humanitaire-septembre-2020-en
(https://www.timeslive.co.za/news/africa/2020-04-28-burundi-elections-going-ahead-despite-covid-19-fears/
https://www.fr.de/politik/burundi-waehlt-trotz-corona-pandemie-13769198.html
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325162/OEW23-0309062019.pdf?sequence=5&isAllowed=y
https://www.eurasiareview.com/29062020-post-nkurunziza-burundi-the-rise-of-the-generals-analysis/
https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/nach-nkurunzizas-tod-machtuebergabe-in-burundi-gefaehrdet-16810967.html
https://www.eurasiareview.com/29062020-post-nkurunziza-burundi-the-rise-of-the-generals-analysis/

Journal-Club COVID-19

[gr-solutions.de]

COVID-19-IMPFUNG IM 3. SCHWANGERSCHAFTS-TRIMESTER IST SICHER

COVID-19 VACCINATION DURING THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY: RATE OF VACCINATION AND MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES, A MULTICENTRE RETROSPECTIVE COHORT STUDY - JC-COVID-1344

Die retrospektive Studie aus Israel nutzte Daten von schwangeren Frauen, die zwischen Januar und April 2021 jenseits der 24. Schwangerschaftswoche entbunden hatten. Von allen zu berücksichtigten Frauen lagen vollständige Daten zu COVID-19 sowie zum Impfstatus vor. Im Rahmen der Analyse wurden Schwangere, die eine 2-fache Impfung mit dem Vakzin von BioNTech/Pfizer erhalten hatten, Schwangeren ohne Impfung gegenübergestellt. Keine Berücksichtigung innerhalb der Studie fanden Frauen, bei denen während der Schwangerschaft bzw. der Entbindung eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt worden war. Als primären Endpunkt wählten die Autoren die zusammengesetzten unerwünschten maternalen Outcomes und als sekundäre Endpunkte die Impfrate sowie die zusammengesetzten unerwünschten neonatalen Verläufe.

Ergebnisse

Insgesamt 5.745 Frauen hatten während des ausgewählten Zeitraums an 2 Studienzentren entbunden. 717 von 1780 Frauen hatten 1 oder 2 Impfungen erhalten (nur 5 Frauen mit einer Impfung = 0,2%), 712 Frauen wiesen beide Impfungen auf (40%)), während 1.063 ungeimpft blieben (siehe Abb 1). Im Vergleich zu den Ungeimpften waren Frauen mit beiden Impfungen älter (30,6 +/- 5,8 vs. 29,5 +/- 6 Jahre; p<0,01). Zudem wiesen diese höhere Raten von vorangegangenen Fehlgeburten (33,7 vs. 27,8%;p = 0,01), früheren Kaiserschnittgeburten (16,4 vs. 12,9%; p= 0,04) sowie Fertilitätsbehandlungen (4,6 vs. 2,3%; p = 0,01) auf. Hinsichtlich der zusammengesetzten maternalen Verläufe stellten die Autoren zwischen den beiden Studiengruppen keine signifikanten Unterschiede fest. Allerdings wurden innerhalb der Gruppe geimpfter Frauen häufiger geplante Kaiserschnittentbindungen und seltener Vakuumentbindungen durchgeführt. Eine justierte multivariable logistische Regressionsanalyse unter Berücksichtigung signifikanter Kovarianten und Einflussfaktoren hatte folgendes Ergebnis: Im Gegensatz zu den zusammengesetzten unerwünschten maternalen Verläufen (adjustierte Odds-Ratio 0,8) wurde das Risiko für die zusammengesetzten unerwünschten maternalen Outcomes durch die Impfung signifikant reduziert (aOR 0,5).

Take-Home-Message

+ Die Autoren ermittelten innerhalb des 3. Trimesters eine COVID-19-Impfquote von 40,2%. Während sich das Risiko für die maternalen unerwünschten Verläufe im Zuge der Impfung nicht erhöhte, sank das Risiko für die unerwünschten neonatalen Verläufe.

+ die Impfquote erscheint im Vergleich zur Normalbevölkerung niedrig (>65%), allerdings ist es nicht ungewöhnlich, dass selbst empfohlenen Impfungen bei Schwangeren seltener verimpft werden. So liegt die Quote bei Influenza bei 21% und auch die Keuchhusten-Schutzimpfung erreicht lediglich 25%.

+ eine COVID-19-Impfung von Schwangeren im dritten Trimester ist sicher und führt nicht zu einer erhöhten Komplikationsrate der Schwangerschaft

+ auch bei den Neugeborenen ergaben sich keine Auffälligkeiten.

DOI: 10.1111/1471-0528.16941

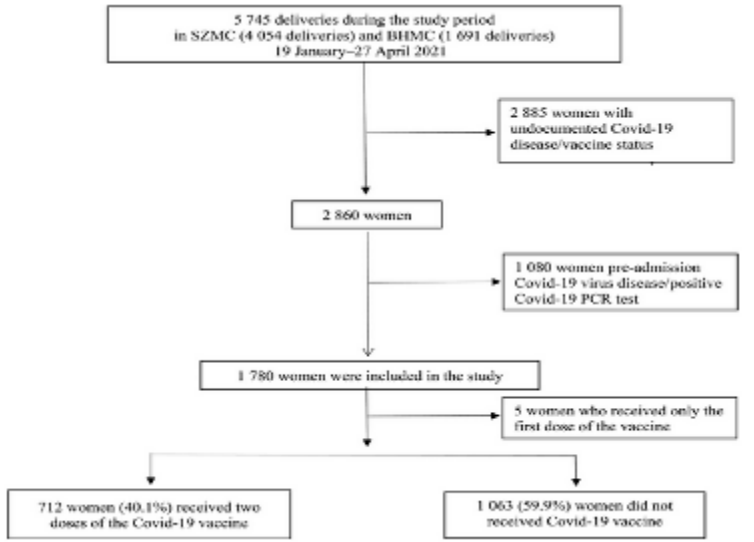


Table 4. Neonatal outcomes among the study groups

	Unvaccinated *n* = 1063	Covid-19 vaccinated *n* = 712	*P*
Birthweight > 4000 g	3339.5 ± 466.3	3317.8 ± 517.8	0.36
Birthweight, g	27 (2.5%)	27 (3.8%)	0.13
LGA	85 (8%)	68 (9.6%)	0.26
SGA	98 (9.2%)	81 (11.4%)	0.14
Male gender	539 (50.7%)	353 (49.6%)	0.64
1-minute Apgar score ≤ 7	49 (4.6%)	30 (4.2%)	0.69
5-minute Apgar score ≤ 7	27 (2.5%)	21 (2.9%)	0.60
Intrauterine fetal death	5 (0.5%)	5 (0.7%)	0.52
NICU admission	48 (4.5%)	29 (4.1%)	0.65
Meconium aspiration syndrome	0 (0%)	0 (0%)	N/A
Jaundice	45 (4.6%)	16 (3.3%)	0.21
TTN	8 (0.8%)	3 (0.6%)	0.66
Mechanical ventilation	15 (1.5%)	4 (0.8%)	0.24
Seizures	4 (0.4%)	1 (0.2%)	0.52
Hypoglycaemia	23 (2.4%)	12 (2.4%)	0.93
Sepsis	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0.62
Encephalopathy	0 (0%)	0 (0%)	N/A
Intracranial haemorrhage	0 (0%)	0 (0%)	N/A
Birth asphyxia	9 (0.9%)	1 (0.2%)	0.11
Composite adverse neonatal outcome	121 (11.4%)	56 (7.9%)	0.02

Data are mean ± standard deviation or number (%). LGA, large for gestational age; SGA, small for gestational age; TTN, transient tachypnoea of the newborn. Composite adverse neonatal outcome was defined as one of the following: intrauterine fetal death, 1-minute Apgar score < 7, 5-minute Apgar score < 7, NICU admission, neonatal asphyxia, jaundice, neonatal hypoglycaemia, meconium aspiration, TTN, mechanical ventilation, sepsis, seizures, intracranial haemorrhage and encephalopathy.