



# Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

05.05.2022 – AKTUALISierter STAND FÜR DEUTSCHLAND

*COVID-19-Verdachtsfälle und -Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 werden gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet. Dieses übermittelt die Daten über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Im vorliegenden Lagebericht werden die an das RKI übermittelten Daten zu laborbestätigten (Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung) COVID-19-Fällen dargestellt. Ebenso werden Daten aus weiteren Surveillancesystemen und Erhebungen dargestellt.*

Die dem RKI übermittelten Fälle sind tagesaktuell auf dem Dashboard (<https://corona.rki.de/>) und als werktäglicher Situationsbericht ([www.rki.de/covid-19-situationsbericht](http://www.rki.de/covid-19-situationsbericht)) verfügbar. Ein Wochenvergleich mit aktueller Einordnung wird im heutigen Wochenbericht (immer donnerstags) dargestellt. Die meisten Ergebnisse in diesem Wochenbericht beziehen sich auf Daten bis zur 17. Kalenderwoche 2022.

Unter dem Link [www.rki.de/inzidenzen](http://www.rki.de/inzidenzen) stellt das RKI werktäglich die tagesaktuellen Fallzahlen und Inzidenzen, (einschließlich des Verlaufs nach Berichtsdatum) nach Landkreisen und Bundesländern zur Verfügung. Werktäglich aktualisierte [Trendberichte relevanter Indikatoren](#) stehen ebenfalls zur Verfügung. Des Weiteren bietet [SurvStat@RKI](mailto:SurvStat@RKI) die Möglichkeit übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise individuell abzufragen. Die aktuelle Version der Risikobewertung findet sich unter <https://www.rki.de/covid-19-risikobewertung>.

## Inhalt

Inhalt.....	2
1. Epidemiologische Lage in Deutschland .....	3
1.1. Zusammenfassende Bewertung der aktuellen Situation .....	3
1.2. Demografische Verteilung.....	5
1.3. Zeitlicher Verlauf .....	5
1.4. Geografische Verteilung.....	6
1.4.1. Wochenvergleich der Bundesländer .....	6
1.5. Ausbrüche.....	7
1.5.1. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen .....	7
1.5.2. Ausbrüche in Kindergärten, Horten und Schulen.....	8
1.6. Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen .....	10
1.6.1. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene .....	11
1.6.2. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung .....	12
1.6.3. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen im stationären Bereich.....	13
1.7. Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung .....	16
1.7.1. Hospitalisierungen in den Meldedaten .....	16
1.7.2. Adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz .....	17
1.7.3. Daten aus dem Intensivregister .....	18
1.7.4. Interpretation der verschiedenen Aspekte zur Krankheitsschwere und ITS-Belastung .....	20
1.8. Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo.....	21
2. Impfen .....	22
2.1. Digitales Impfquotenmonitoring (DIM): Stand der Impfquoten nach Meldedaten.....	22
2.2. Wirksamkeit der COVID-19-Impfung.....	24
3. SARS-CoV-2-Labortestungen und Variants of Concern (VOC).....	25
3.1. Testzahlenentwicklung und Positivenanteil.....	25
3.2. Testkapazitäten und Reichweite .....	26
3.3. Fachliche Einordnung der aktuellen Laborsituation in Deutschland.....	26
3.3.1. Positivenanteile nach Bundesland und Altersgruppen .....	26
3.4. SARS-CoV-2 Variants of Concern .....	28
3.4.1. Datenquellen .....	28
3.5. SARS-CoV-2-Varianten Verteilung in Deutschland .....	30
3.5.1. Genomsequenzdaten zu SARS-CoV-2 Varianten.....	30
3.5.2. IfSG-Meldedaten zu SARS-CoV-2-Varianten.....	32
4. Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland .....	33
4.1. Aktuelles .....	33
5. Anhang .....	34
5.1. Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung.....	34

## 1. Epidemiologische Lage in Deutschland

### 1.1. Zusammenfassende Bewertung der aktuellen Situation

Die bundesweite 7-Tage-Inzidenz sank in Kalenderwoche 17 im Vergleich zur Vorwoche weiter (-19 %). Der Gipfel der aktuellen Welle ist klar überschritten, viele Hospitalisierungsindikatoren und auch die Todesfälle nehmen weiter ab. Der Infektionsdruck bleibt trotzdem mit knapp 600.000 innerhalb der letzten Woche an das RKI übermittelten COVID-19-Fällen weiterhin hoch.

Bei sehr hohen Inzidenzen ist es weder möglich noch notwendig, dass jeder Einzelfall im Meldesystem erfasst wird. Dennoch ermöglicht die Auswertung aller vorliegenden Daten, einschließlich der etablierten, das Meldesystem ergänzenden syndromischen und virologischen Surveillance (siehe dazu Abschnitt 1.6. Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen), eine zuverlässige Einschätzung der Gesamtentwicklung der epidemiologischen Situation von COVID-19 in Deutschland.

Mit Ausnahme der 10- bis 14-Jährigen (Anstieg um 1 %) sank die 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen. In der letzten Woche ging die Inzidenz am stärksten bei Erwachsenen in den Altersgruppen 20 bis 59 Jahre, sowie Kindern von 0 bis 9 Jahre zurück; hier betrug der Rückgang jeweils ca. 20 %. In den höheren Altersgruppen von 60 bis 90 Jahre lag der Rückgang bei 15 %, bei Kindern von 5-9 und 15-19 Jahre bei ca. 7 %. Auch die Zahl der Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und in Alten- und Pflegeheimen ist, nach dem leichten Anstieg in der vergangenen Woche, nun wieder deutlich rückläufig.

Die Omikron-Variante ist in Deutschland mit über 99 % die dominierende SARS-CoV-2-Variante; der Anteil der Omikron-Sublinie BA.2 stieg in KW 16 noch einmal leicht auf knapp 98 % an. Rekombinationen verschiedener Varianten wurden bisher nur vereinzelt nachgewiesen.

In der Bevölkerung ist die Rate akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in KW 17/2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen und liegt aktuell im Bereich der Werte aus den vorpandemischen Jahren. Der Anstieg der ARE-Rate ist auf die Altersgruppe der 0- bis 14-jährigen Kinder zurückzuführen, bei den Erwachsenen ab 15 Jahre sind die Werte dagegen gesunken. Aktuell liegt die **Gesamt-ARE-Rate** in KW 17/2022 bei 4,3 % und damit bei ca. **4.300 ARE/100.000 Einw.** Dies entspricht einer Gesamtzahl von ca. 3,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland.

Die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in Haus- und Kinderarztpraxen ist in den meisten Altersgruppen zurückgegangen. Eine Ausnahme bilden die 5- bis 14-jährigen in KW 17. In dieser Altersgruppe wurden in Atemwegsproben besonders häufig Influenzaviren nachgewiesen, was auf eine ansteigende Influenza-Aktivität in Deutschland hindeutet.

Für die Lagebewertung in der aktuellen Situation der Pandemie ist die Entwicklung der Zahl schwer verlaufender Erkrankungen wichtig. Dabei zeigte sich in den Systemen der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen in den ersten vier COVID-19-Wellen eine hohe Zahl an schweren Krankheitsverläufen im stationären und besonders im intensivmedizinischen Bereich. In der fünften (Omikron-)Welle war die Zahl der schweren Krankheitsverläufe, bei gleichzeitig hohen Infektionszahlen, deutlich niedriger. Seit KW 14 geht die Zahl der neu hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit schweren akuten respiratorischen Infektionen zurück. Auch der Anteil der Fälle mit einer COVID-19-Diagnose ist rückläufig. Die vor allem durch die eingeschränkte Verfügbarkeit medizinischen Personals geprägte Belastung der Kapazitäten des Gesundheitsversorgungssystems, insbesondere im stationären und intensivmedizinischen Bereich, geht zurück. Die Zahl von auf einer Intensivstation behandelten Personen mit COVID-19-Diagnose ist wie bereits in den Vorwochen weiter gesunken und lag am 04.05.2022 bei 1.213 Fällen.

Der geringere Anteil schwerer Erkrankungen und die niedrigere Zahl der mit COVID-19 assoziierten Todesfälle sind zurückzuführen auf den zunehmenden Aufbau der Immunität in der Bevölkerung, insbesondere aufgrund der sehr gut wirksamen Impfung, in Kombination mit einem grundsätzlich geringeren Anteil schwerer Erkrankungen bei Infektionen hervorgerufen durch die Omikron-Variante.

Die Impfquote ist nun seit mehreren Wochen fast unverändert: Es waren zum 04.05.2022 77 % der Bevölkerung mindestens einmal und 76 % vollständig geimpft; 59 % der Bevölkerung erhielten bereits eine Auffrischimpfung. Die Mehrzahl der aktuell verabreichten Impfungen sind zweite Auffrischimpfungen. Es sind weiterhin hochgerechnet rund 7,6 Millionen Bürgerinnen und Bürger (17 %) in der Altersgruppe 18-59 Jahre und rund 2,0 Millionen (8,4 %) in der Altersgruppe ab 60 Jahre noch nicht geimpft. Ab dem heutigen Donnerstag sind im COVID-19-Wochenbericht des RKI keine regelmäßigen Auswertungen zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung mehr vorgesehen; detailliertere Auswertungen werden künftig in einem separaten Bericht in größeren Intervallen erfolgen.

Auch aktuell bei Dominanz der Omikron-Variante kann für vollständig geimpfte Personen aller Altersgruppen – insbesondere für Personen mit Auffrischimpfung – weiterhin von einem sehr guten Impfschutz gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung ausgegangen werden. Weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine schwere Verlaufsförm der COVID-19-Erkrankung.

Der weitere Verlauf der Pandemie hängt wesentlich davon ab, ob sich größere Teile der Bevölkerung auch bei Reduktion staatlich angeordneter Maßnahmen weiterhin umsichtig und rücksichtsvoll verhalten und die Empfehlungen zur Infektionsvermeidung umsetzen. Aktuell tragen auch saisonale Effekte dazu bei, die Übertragungen zu reduzieren.

**Die Impfung hat aufgrund ihrer hohen Schutzwirkung vor einem schweren Verlauf auch bei Erkrankungen durch die Omikron-Variante nicht an Bedeutung verloren. Bislang haben bundesweit erst knapp 60% aller Menschen in Deutschland nach der Grundimmunisierung auch die empfohlene erste Auffrischimpfung erhalten. Insbesondere Risikogruppen und hochaltrige Menschen ab 70 Jahren sollten sich darüber hinaus mit der von der STIKO empfohlenen 2. Auffrischimpfung vor einer schweren Erkrankung schützen.**

Die virologische Surveillance zeigt, dass neben dem noch anhaltenden COVID-19-Geschehen aktuell Influenza-Infektionen, insbesondere bei Kindern, zunehmen. Bei Auftreten von Symptomen einer neu auftretenden Atemwegserkrankung wie z.B. Schnupfen, Halsschmerzen oder Husten wird - unabhängig vom Impfstatus und Erregernachweis - dringend empfohlen, Kontakte zu meiden und bei Bedarf die hausärztliche Praxis zu kontaktieren. Bitte befolgen Sie auch bei Treffen mit Freunden und Verwandten die Verhaltenstipps für das Frühjahr 2022 ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Buerger/Flyer-Verhaltenstipps-Fruhjahr-2022.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer-Verhaltenstipps-Fruhjahr-2022.pdf)).

Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als **hoch** ein.

## 1.2. Demografische Verteilung

Die altersgruppenspezifische Inzidenz wird in Abbildung 1 als 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Einw.) in der jeweiligen Altersgruppe nach Meldewoche (MW) gezeigt.

Im Vergleich zur Vorwoche sanken die Inzidenzen in allen Altersgruppen außer in der Gruppe der 10-14-Jährigen, in der sie sehr leicht stieg. Am stärksten war der Rückgang diese Woche bei den 35- bis 39-Jährigen mit knapp 26%, im Schnitt lag der Rückgang bei 19 %. Der Altersmedian aller Fälle pro Meldewoche steigt seit MW 03/2022 (Median 29 Jahre) kontinuierlich an und lag in der MW 17/2022 bei 39 Jahren.

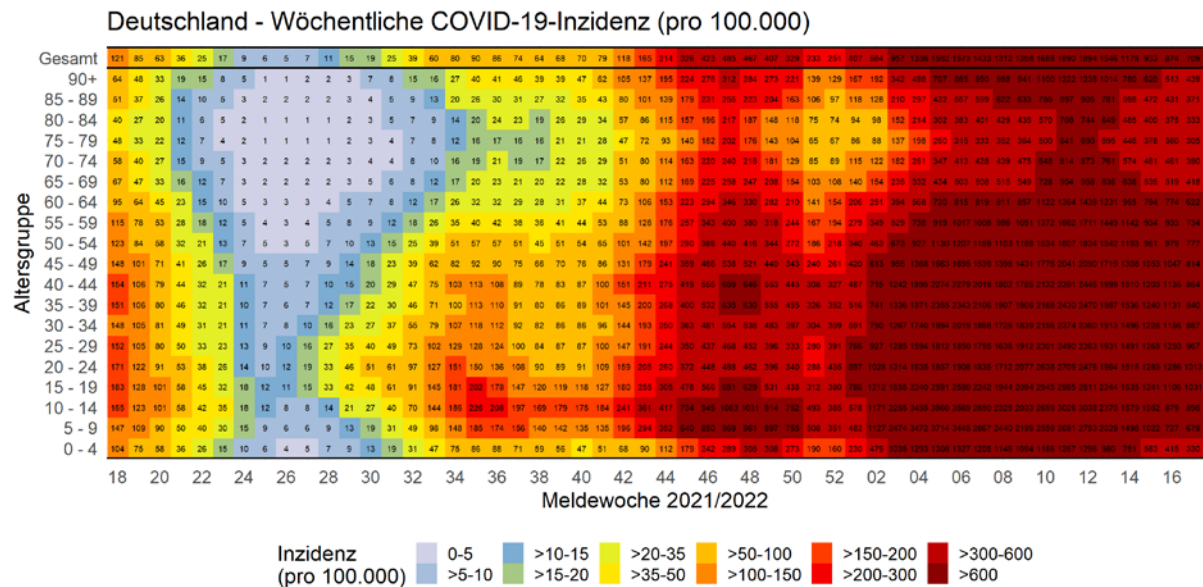


Abbildung 1. Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und Meldewoche (n= 21.420.960 Fälle mit entsprechenden Angaben in den Meldewochen 18/2021 bis 17/2022; Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr).

## 1.3. Zeitlicher Verlauf

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle pro Meldewoche seit Beginn der Pandemie in Deutschland in MW 10/2020. Am rechten Rand der Abbildung sind die Delta-Welle (vierte Welle) vor dem Jahreswechsel 2021/2022 und die zweigipflige Omikron-Welle (fünfte Welle) danach deutlich erkennbar. In MW 17/2022 gingen die Fallzahlen in der sechsten Woche in Folge zurück.

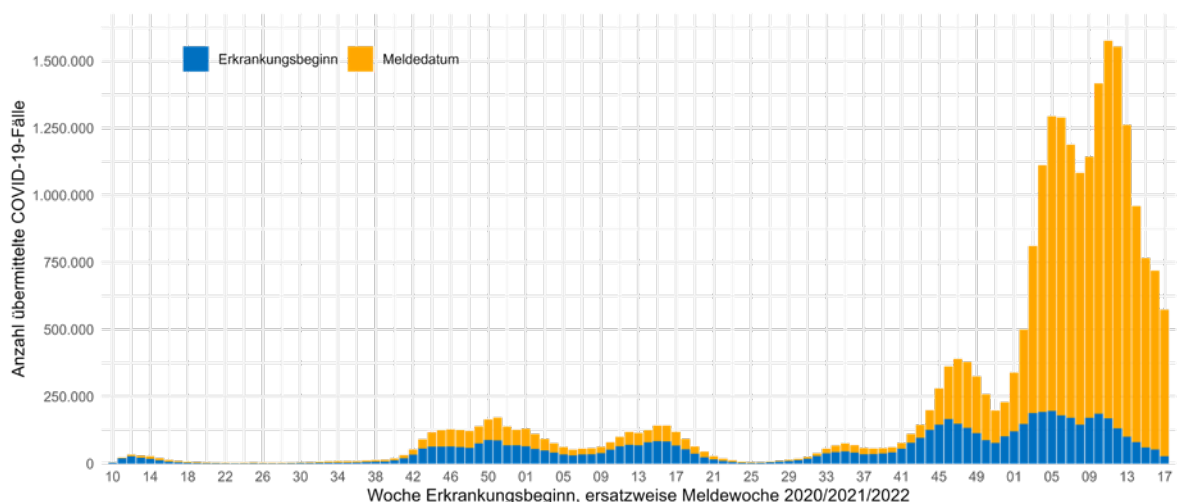


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche seit MW 10/2020 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr).



## 1.4. Geografische Verteilung

Die geografische Verteilung der Fälle der letzten Woche und der Vorwoche ist in Abbildung 3 dargestellt. Mit Datenstand vom 04.05. lag die 7-Tage-Inzidenz in keinem Landkreis über 2.000/100.000 Einw. In 19 von 411 Landkreisen lag sie bei über 1.000/100.000 Einw.

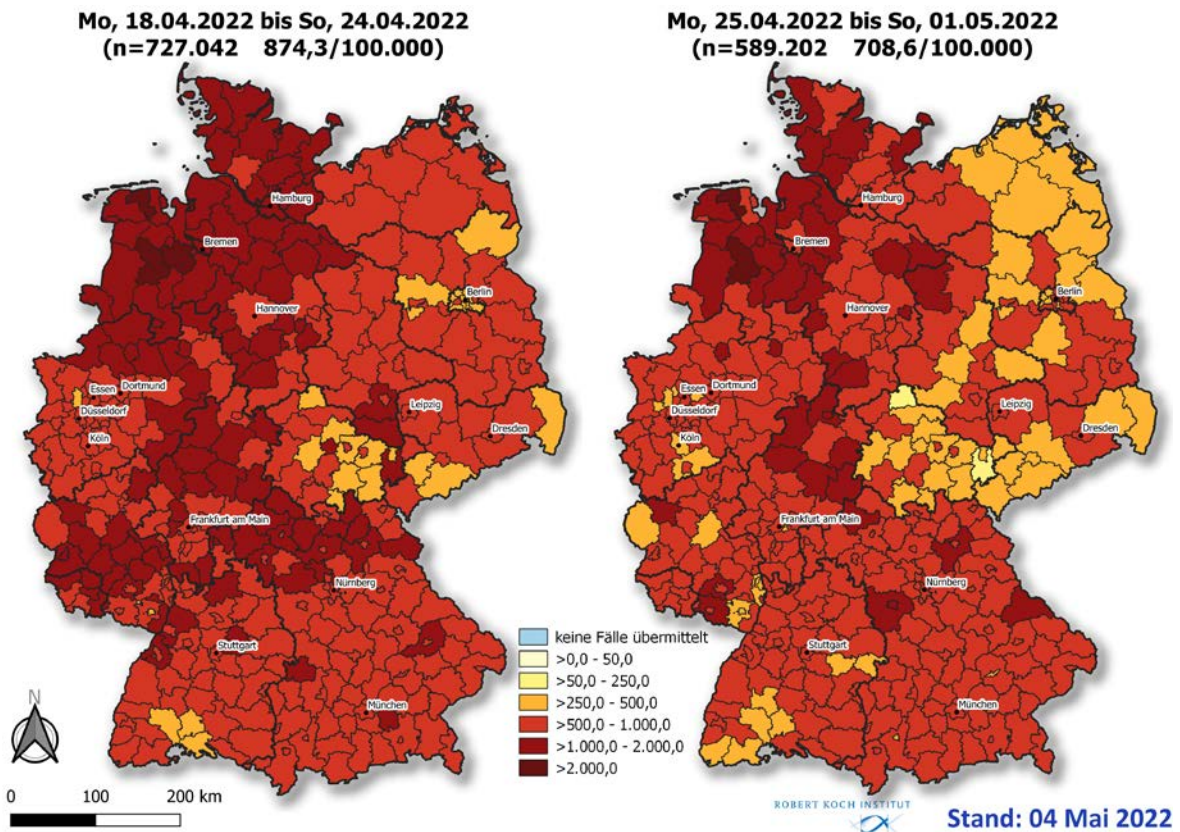


Abbildung 3: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten Kalenderwoche in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 589.202, Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr) im Vergleich zur Vorwoche. Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

### 1.4.1. Wochenvergleich der Bundesländer

In Tabelle 1 sind die Fallzahlen und Inzidenzen der vergangenen zwei Meldewochen für die einzelnen Bundesländer dargestellt. Im Vergleich zur Vorwoche sanken die Inzidenzen in fast allen Bundesländern zwischen 8 % (Brandenburg) und 38 % (Bremen). Nur in Berlin war ein Anstieg von 21 % zu verzeichnen.

**Tabelle 1: Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einwohner) pro Bundesland in Deutschland in den MW 16 und 17/2022 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr).**

Bundesland	Meldewoche 16		Meldewoche 17		Änderung im Vergleich	
	Anzahl	7-Tage-Inzidenz	Anzahl	7-Tage-Inzidenz	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	87.978	792	73.034	658	-14.944	-17%
Bayern	109.243	831	97.348	741	-11.895	-11%
Berlin	16.336	446	19.699	538	3.363	21%
Brandenburg	15.307	605	14.107	557	-1.200	-8%
Bremen	7.703	1.133	4.765	701	-2.938	-38%
Hamburg	20.997	1.133	16.576	895	-4.421	-21%
Hessen	63.231	1.005	52.326	831	-10.905	-17%
Mecklenburg-Vorpommern	12.365	768	7.820	485	-4.545	-37%
Niedersachsen	104.601	1.307	80.546	1.006	-24.055	-23%
Nordrhein-Westfalen	147.172	821	114.803	640	-32.369	-22%
Rheinland-Pfalz	37.764	921	29.146	711	-8.618	-23%
Saarland	9.883	1.004	7.292	741	-2.591	-26%
Sachsen	26.415	651	21.335	526	-5.080	-19%
Sachsen-Anhalt	18.238	836	12.677	581	-5.561	-30%
Schleswig-Holstein	36.178	1.243	28.692	986	-7.486	-21%
Thüringen	13.631	643	9.036	426	-4.595	-34%
<b>Gesamt</b>	<b>727.042</b>	<b>874</b>	<b>589.202</b>	<b>709</b>	<b>-137.840</b>	<b>-19%</b>

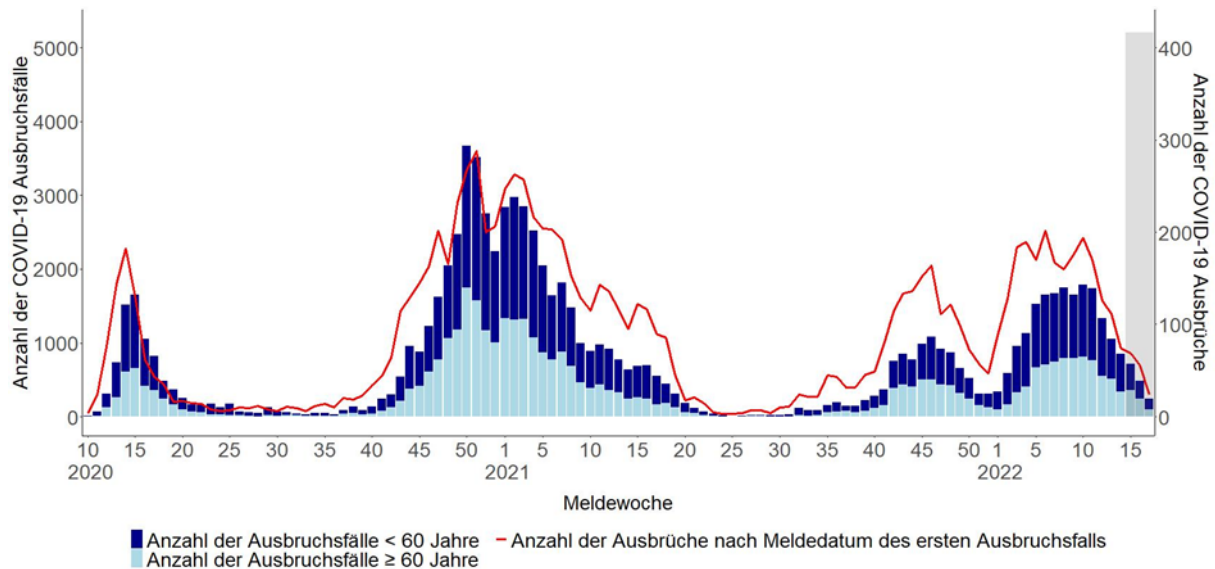
## 1.5. Ausbrüche

### 1.5.1. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen

Aktive Ausbrüche, also Ausbrüche für die jeweils ein neuer Fall in MW 17/2022 übermittelt wurde, kommen in 81 medizinischen Behandlungseinrichtungen (Vorwoche: 101) und in 295 Alten- und Pflegeheimen (Vorwoche: 368) vor. Es wurden dem RKI 1.044 neue COVID-19-Fälle in MW 17/2022 in Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und 6.784 Fälle in Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen übermittelt.

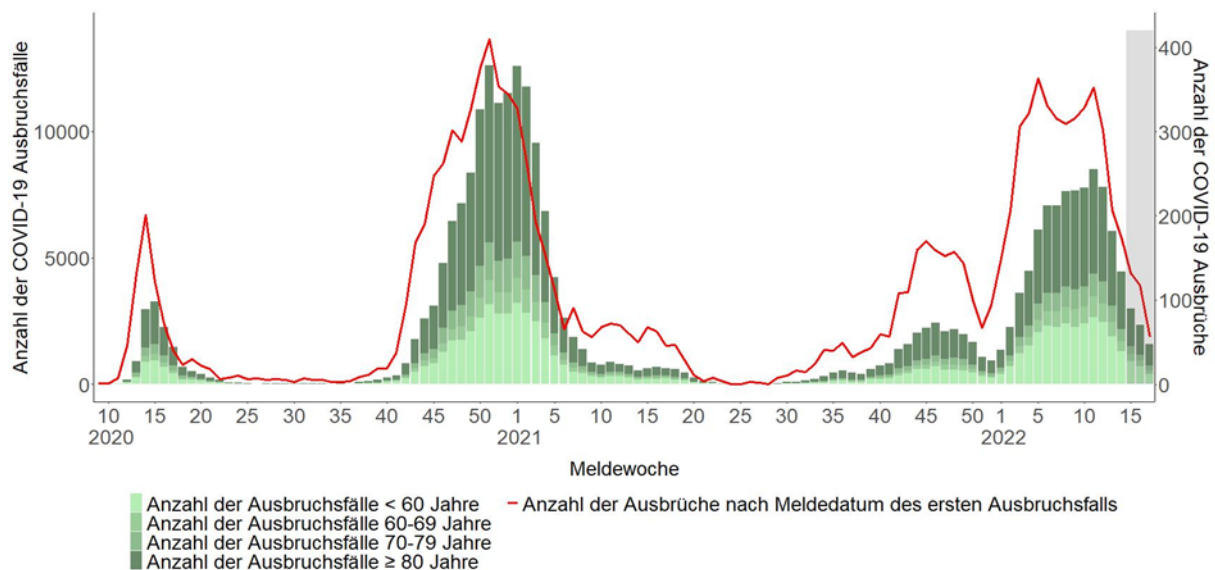
Seit Beginn der Pandemie bis Ende MW 17/2022 wurden dem RKI 10.131 Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen (Abbildung 4) und 12.327 Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen (Abbildung 5) mit mindestens 2 Fällen pro Ausbruch übermittelt (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr). In diesen Abbildungen werden die Ausbrüche nach der Woche aufgetragen, in der der Ausbruchsbeginn liegt. Diesen Ausbrüchen wurden 87.531 COVID-19-Fälle (Median: 4, Spannweite: 2-342 Fälle pro Ausbruch) in medizinischen Behandlungseinrichtungen und 268.183 COVID-19-Fälle (Median: 14, Spannweite: 2-273 Fälle pro Ausbruch) in Alten- und Pflegeheimen zugeordnet, davon 192.738 Fälle (71,9%) bei Personen ab 60 Jahre.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Die Altersgruppe der ab 60-Jährigen dient, bezogen auf die Ausbruchsfälle, als Annäherung für Bewohnende der Pflegeheime, da in den Meldedaten nicht immer für jeden Einzelfall der Status Bewohnende bzw. Beschäftigte dokumentiert wurde und auch Angehörige und Besucherinnen und Besucher den Ausbrüchen zugeordnet werden



**Abbildung 4: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen mit mindestens 2 Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr).** Insbesondere für die letzten drei Meldewochen sind Nachübermittlungen für Ausbrüche zu erwarten (graue Balken). Die Ausbrüche umfassen nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Personal und Besucherinnen und Besucher.

Die kumulative Anzahl an Todesfällen in diesen Ausbrüchen bis MW 17/2022 betrug 7.079 (8,1 % der Ausbrüche) in medizinischen Behandlungseinrichtungen (+ 29 Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche) und 28.094 Todesfälle (10,5 % der Ausbrüche) in Alten-/Pflegeheimen (+ 248 Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche). Unter den Ausbrüchen in Alten-/Pflegeheimen in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen gab es insgesamt 27.845 Todesfälle (14,4 % der ab 60-Jährigen Ausbrüche).



**Abbildung 5: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen mit mindestens 2 Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr).** Insbesondere für die letzten drei Meldewochen sind Nachübermittlungen für Ausbrüche zu erwarten (graue Balken). Die Ausbrüche mit der Angabe <60 Jahre umfassen auch Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitende der Einrichtungen.

### 1.5.2. Ausbrüche in Kindergärten, Horten und Schulen

Der seit Mitte Januar 2022 zu beobachtende Rückgang an übermittelten Kita-Ausbrüchen pro Woche hielt bisher weiterhin an (durchgezogene Linie in Abbildung 6). Für die letzten vier Wochen (MW 14 - 17/2022) wurden bislang insgesamt 193 Ausbrüche übermittelt. Der weitere Trend bei Kita-Ausbrüchen kann wegen Nachmeldungen aber noch nicht gut bewertet werden. Der Anteil der 0- bis 5-jährigen Fälle an allen in Kita-Ausbrüchen beteiligten Fällen blieb von Anfang Februar 2022 bis Mitte April relativ konstant bei etwa 55 %.



Nachdem im März 2022 etwa 220 bis 270 Schulausbrüche pro Woche übermittelt wurden, war seit Anfang April – auch bedingt durch die Osterferien (s. Feriendichte in grün in Abbildung 7)– wieder ein deutlicher Rückgang zu erkennen. Bisher wurden 159 Schulausbrüche für die letzten vier Wochen (MW 14 - 17/2022) übermittelt. Doch auch hier muss insbesondere für die letzten zwei Wochen noch mit Nachmeldungen gerechnet werden. Es werden weiterhin überwiegend Fälle im Alter von 6 bis 10 Jahren in Schulausbrüchen übermittelt. Ihr Anteil lag Mitte April 2022 bei etwa 42 % (dunkelblaue Fläche in Abbildung 7). Der Anteil der anderen Altersgruppen lag bei: 11- bis 14-Jährige: 34 %; 15- bis 20-Jährige: 20 %; ab 21-Jährige: 4 %. Das im Vergleich zu den älteren Kindern und Jugendlichen besonders ausgeprägte Infektionsgeschehen bei 6- bis 10-jährigen Kindern könnte mit deren niedrigerer Impfquote assoziiert sein.

Von Mitte März bis Mitte April (MW 12 - 15/2022) waren in Kita-Ausbrüchen mit durchschnittlich 4 - 5 Fällen pro Ausbruch etwas mehr Personen involviert als in Schulausbrüchen (3 Fälle pro Ausbruch; Median = 4 bzw. 2). Es wurden sowohl bei Schulen als auch bei Kitas vereinzelt größere Ausbrüche mit 10 oder mehr Fällen pro Ausbruch übermittelt (etwa 3 bzw. 7 % der Ausbrüche).

Wegen der hohen Inzidenz können die Gesundheitsämter nicht mehr alle Infektionsketten ermitteln und zusammenhängende Geschehen als Ausbruch zusammenfassen, zumal Kinder sich sowohl beim täglichen Besuch von Kita oder Schule als auch außerhalb infiziert haben können. Daher muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Ausbrüche in diesen Settings nicht mehr genau angegeben werden kann.

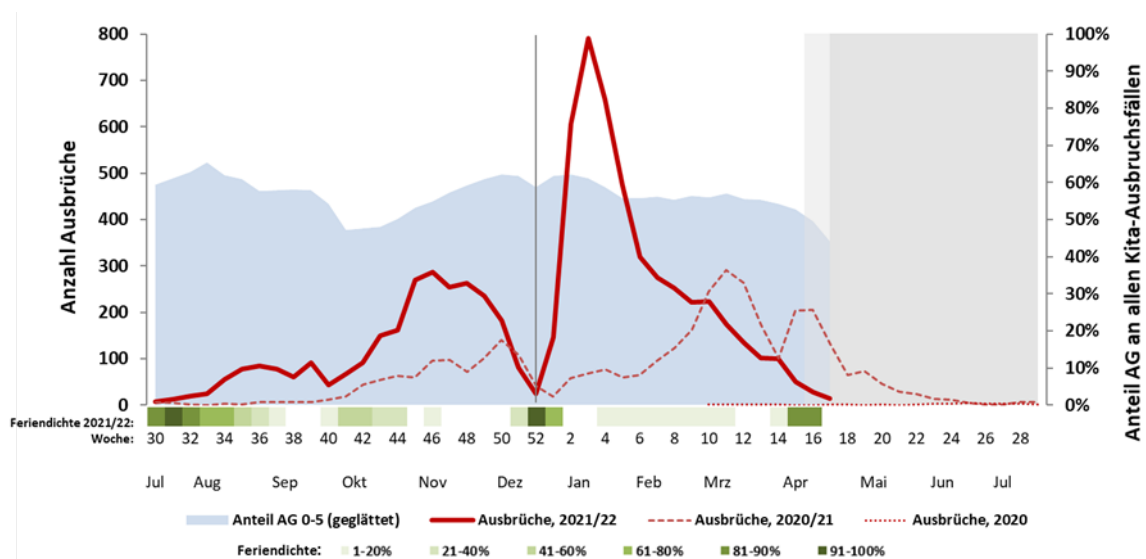


Abbildung 6: An das RKI übermittelte Ausbrüche (ab 2 Fällen) in Kindergärten und Horteinrichtungen für 2021/22 (durchgezogene Linie) im Vergleich zu den Vorjahren (gestrichelte bzw. gepunktete Linie) und Anteil der 0- bis 5-jährigen Fälle an allen Kita-Ausbruchsfällen (geglättet über 3 Wochen) sowie die bundesweite Feriendichte<sup>2</sup>. Der hellgraue Bereich markiert die letzten zwei Berichtswochen in 2022, in denen noch mit Nacherfassungen von Ausbrüchen zu rechnen ist. Der dunkelgraue Bereich markiert die weiteren Wochen in 2022, für die noch keine Daten vorliegen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Für die Vergleichbarkeit mit den Jahren ohne KW 53 wurde die KW 53/2020 nicht abgebildet. (Datenstand: 03.05.2022; n=10.797 Ausbrüche)

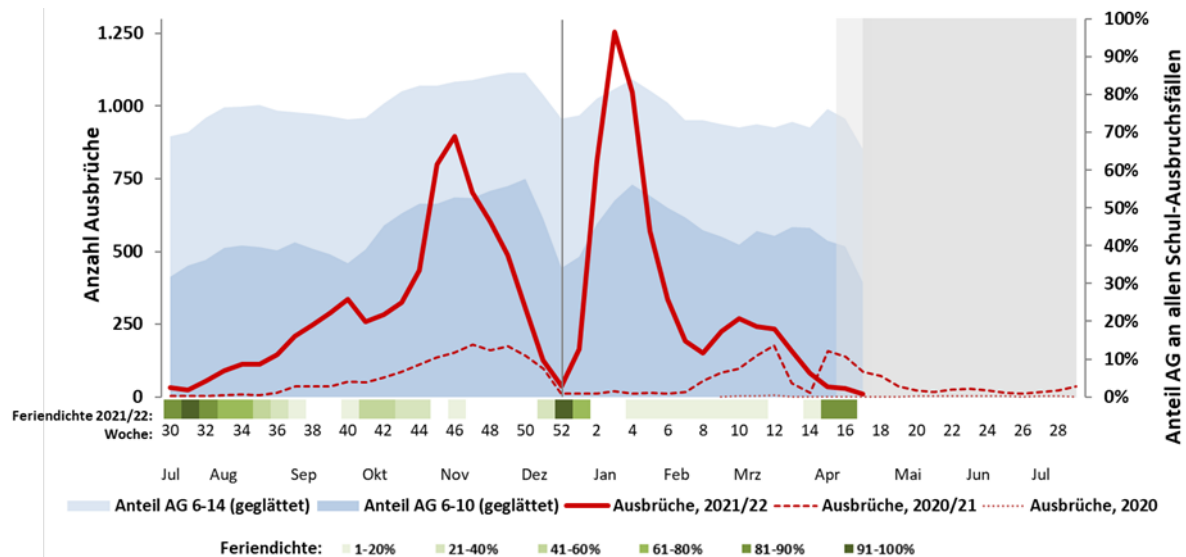


Abbildung 7: An das RKI übermittelte Ausbrüche (ab 2 Fällen) in Schulen für 2021/22 (durchgezogene Linie) im Vergleich zu den Vorjahren (gestrichelte bzw. gepunktete Linie) und Anteil der 6- bis 10- bzw. 6- bis 14-jährigen Fälle an allen Schul-Ausbruchsfällen (geglättet über 3 Wochen) sowie die bundesweite Feriendichte<sup>2</sup>. Der hellgraue Bereich markiert die letzten zwei Berichtswochen in 2022, in denen noch mit Nacherfassungen von Ausbrüchen zu rechnen ist. Der dunkelgraue Bereich markiert die weiteren Wochen in 2022, für die noch keine Daten vorliegen. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Für die Vergleichbarkeit mit den Jahren ohne KW 53 wurde die KW 53/2020 nicht abgebildet. (Datenstand: 03.05.2022; n=15.730 Ausbrüche)

## 1.6. Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen

Ergänzend zu den über das gesetzlich verpflichtende Meldewesen gemäß IfSG erhaltenen Daten stehen dem RKI weitere wichtige Informationsquellen über **akute respiratorische Erkrankungen (ARE)** zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um **syndromische** und **virologische Surveillance-Systeme**, die seit mehreren Jahren am RKI etabliert sind. Mit Hilfe dieser zusätzlichen Surveillance-Systeme kann auch in Hochinzidenzsituationen, wie z. B. bei der Pandemie oder dem Höhepunkt saisonaler Erkrankungswellen, die Krankheitslast zuverlässig erfasst und diese miteinander verglichen werden. Die Surveillance-Systeme erfassen die Krankheitslast akuter Atemwegsinfektionen auf drei Ebenen: **A)** auf der **Bevölkerungsebene (GrippeWeb)**, **B)** in der **ambulanten Versorgung** (Arbeitsgemeinschaft Influenza (**AGI**) mit dem Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes (**SEED<sup>ARE</sup>**)) sowie **C)** im **stationären Bereich** (ICD-10-Code-basierte Krankenhaus-Surveillance **ICOSARI**).

Neben der allgemeinen Krankheitslast von ARE kann aufgrund der Eigenschaften der Systeme auch die Krankheitslast von **ARE mit COVID-19 (COVID-ARE)** in der Bevölkerung und in der ambulanten Versorgung sowie von **schweren ARE mit COVID-19 (COVID-SARI)** auf Krankenhausebene berechnet werden. Die Daten haben zwar eine eingeschränkte geographische Auflösung, dafür sind sie jedoch robust und erlauben altersstratifizierte Aussagen zur Gesamtkrankheitslast akuter Atemwegsinfektionen und den jeweils vorherrschend zirkulierenden Atemwegserregern. Sie werden wöchentlich erhoben und können durch Nachmeldungen noch ergänzt werden. Weiterhin sind diese Systeme weitgehend unabhängig von Teststrategien, dem Testverhalten in der Bevölkerung und im Gesundheitswesen und der Verfügbarkeit von Tests (weitere Informationen mit detaillierteren Ergebnissen aus diesen Surveillance-Systemen können abgerufen werden unter <https://grippeweb.rki.de>, <https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx> sowie unter <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>).

<sup>2</sup> Die Feriendichte beschreibt den Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der in der jeweiligen Woche Schulferien (inkl. Feiertage) hatte. Es wurde ein Durchschnitt der fünf Arbeitstage gebildet. Die Feriendichte (Schulferien) wird auch in der Abbildung der Kita/Hort-Ausbrüche dargestellt, da einige Kitas auch während der Ferien (zumindest teilweise) schließen oder Kita-Kinder gemeinsam mit Geschwistern im Schulalter während der Ferien zu Hause betreut werden. Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte/>

### 1.6.1. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene

Im Web-Portal **GrippeWeb** wird seit 2011 die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen mit Informationen direkt aus der Bevölkerung beobachtet. In der Bevölkerung ist die Rate akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) in KW 17/2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gestiegen und liegt aktuell im Bereich der Werte aus den vorpandemischen Jahren. Der Anstieg der ARE-Rate ist auf die Altersgruppe der 0- bis 14-jährigen Kinder zurückzuführen, bei den Erwachsenen ab 15 Jahre sind die Werte dagegen gesunken. Vor und nach dem Jahreswechsel 2021/22 zeigten sich die vierte (Delta-Variante) und die fünfte COVID-19-Welle (Omikron-Variante) deutlich auf Bevölkerungsebene (Abbildung 8, rote Linie). Ein Gipfel in den Erkrankungszahlen zeigte sich hier in KW 3/2022 bzw. KW 11/2022 und damit jeweils ein bis zwei Wochen früher als in den COVID-19-Meldefällen. Dagegen bildeten sich die vorher gehenden Wellen im Herbst/Winter 2020/21 (gelbe Linie) nicht ab, da durch die strikteren Maßnahmen insgesamt weniger Erreger von Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung zirkulierten. Aktuell liegt die **Gesamt-ARE-Rate** in KW 17/2022 bei 4,3 % und damit bei ca. **4.300 ARE/100.000 Einw.** Dies entspricht einer Gesamtzahl von ca. 3,6 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland.

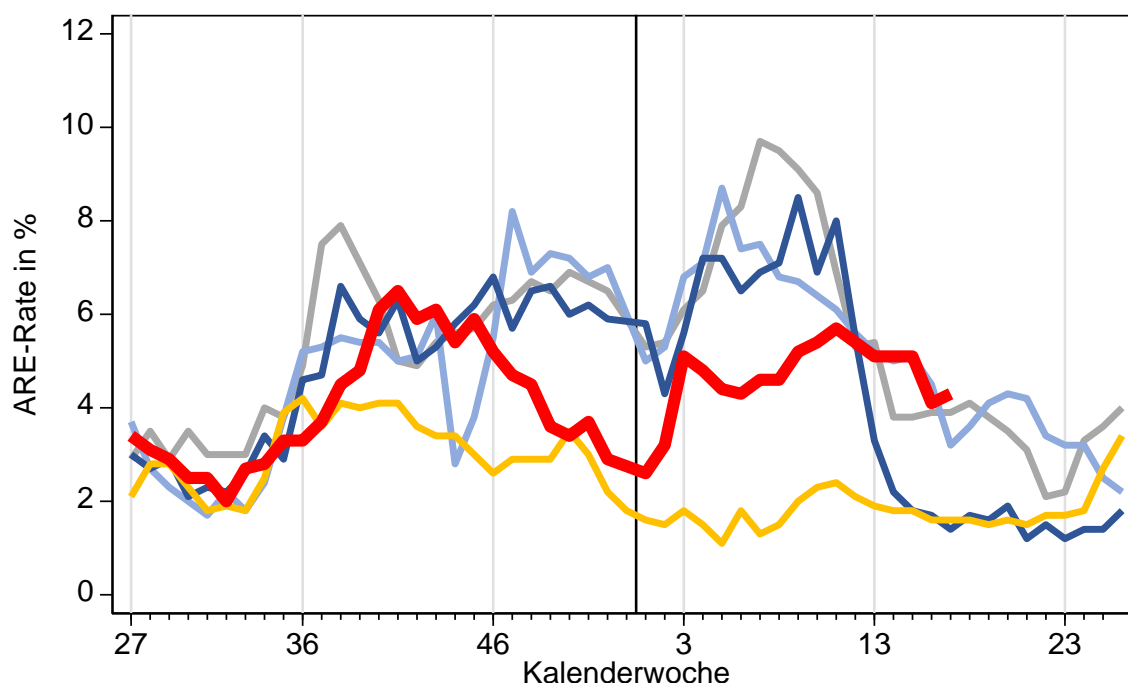


Abbildung 8: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis KW 17/2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

In GrippeWeb geben die Teilnehmenden auch an, ob sie wegen einer ARE eine Arztpraxis aufgesucht haben. Im Jahr 2021 hatten 16 % der 0- bis 14-Jährigen und 13 % der ab 15-Jährigen mit einer ARE eine Arztpraxis aufgesucht; bei Teilnehmenden mit einer fieberhaften ARE waren es 30 % bzw. 32 %.

**ARE mit COVID-19:** Über das SEED<sup>ARE</sup>-System kann die Inzidenz der ARE-Fälle mit COVID-19 (COVID-ARE) in der Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.4.20684>).

So wurde für die KW 17/2022 berechnet, dass etwa 0,3 bis 0,6 % der Kinder und Jugendlichen bis 14 Jahre und 0,9 bis 1,9 % der Bevölkerung ab 15 Jahre an COVID-19 mit akuten Atemwegssymptomen erkrankten. Das entspricht einer wöchentlichen **COVID-ARE-Inzidenz in der Bevölkerung** von etwa **800 bis 1.700 Erkrankten/100.000 Einw.** oder, als Anzahl Erkrankter ausgedrückt, 700.000 bis 1,4 Millionen SARS-CoV-2-Infizierte mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion in KW 17/2022 in Deutschland.

### 1.6.2. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung

Auch in der ambulanten Versorgung fielen insbesondere die vierte COVID-19-Welle (Delta-Variante) zum Jahreswechsel 2021/22 und die aktuelle fünfte Welle (Omikron-Variante) durch die deutliche Zunahme der Arztbesuche wegen ARE auf (Abbildung 9, rote Linie).

In KW 17/2022 wurden im Vergleich zur Vorwoche insgesamt etwas weniger Arztbesuche im ambulanten Bereich wegen akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Konsultationsinzidenz) registriert. Dabei ist die Zahl der ARE-Konsultationen jedoch bei den 5- bis 14-Jährigen gestiegen, nachdem die Werte in dieser Altersgruppe zuvor zurückgegangen waren. Der Wert (gesamt) lag in KW 17/2022 bei rund **1.200 Arztkonsultationen wegen ARE/100.000 Einw.** Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von rund einer Million Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Der zweigipflige Verlauf der Werte nach dem Jahreswechsel ähnelt dem Verlauf in der Saison 2019/20. Vor zwei Jahren spiegelte das ARE-Konsultationsverhalten im ersten Gipfel die Grippewelle und im zweiten Gipfel die erste COVID-19-Welle wieder, während sich in der aktuellen Saison die beiden Gipfel durch die Verbreitung der Omikron-Sublinien BA.1 gefolgt von BA.2 erklären lassen. Aktuell liegt die Zahl der Arztbesuche wegen ARE jedoch höher als in allen Vorsaisons zu dieser Zeit. Insbesondere bei Personen ab 15 Jahre liegen die Werte in einem Bereich, der höher ist als vor der Pandemie, da in den meisten vorpandemischen Saisons die Grippe-Aktivität zu dieser Zeit bereits deutlich zurückging. Bei Klein- und Schulkindern (0 bis 14 Jahre) liegen die Werte in KW 17/2022 dagegen im Bereich der früheren Werte.

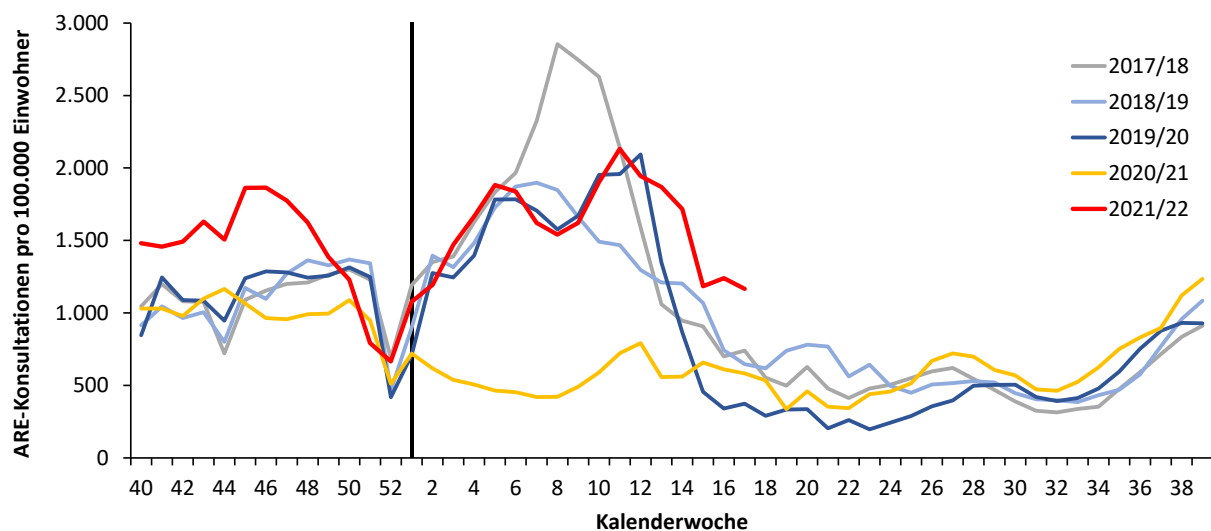


Abbildung 9: Wöchentliche Inzidenz der Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis KW 17/2022. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

In der **virologischen Surveillance der AGI** wurden in KW 17/2022 in insgesamt 81 von 120 eingesandten Proben (68 %) respiratorische Viren identifiziert. Darunter befanden sich 28 Proben mit Influenzaviren (23 %), 16 mit Rhinoviren (13 %), 14 mit SARS-CoV-2 (12 %), 12 mit humanen saisonalen Coronaviren (hCoV) (10 %), 11 mit humanen Metapneumoviren (9 %) sowie 7 Proben mit Parainfluenzaviren (6 %). Respiratorische Synzytialviren (RSV) wurden in keiner Probe nachgewiesen. In KW 17/2022 ist die SARS-CoV-2-Positivenrate insgesamt deutlich gesunken, dagegen zeigt die Influenza-Positivenrate seit KW 06/2022 einen steigenden Trend. Die Influenza-Positivenrate hat in KW 17/2022 eine Höhe erreicht, die im Winter auf den Beginn der saisonalen Grippewelle hindeuten würde. Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen in KW 17/2022 erstmals in dieser Saison hauptsächlich auf die Zirkulation von Influenzaviren in der Bevölkerung zurückzuführen, darüber hinaus werden aktuell auch Rhinoviren und SARS-CoV-2 relativ häufig nachgewiesen. Während in KW 17/2022 Influenzaviren hauptsächlich bei Kindern im Schulalter (5 bis 14 Jahre; 47 %)

zirkulierten, wurde SARS-CoV-2 hauptsächlich bei Erwachsenen ab 35 Jahren (25 – 27 %) detektiert. Seit KW 48/2021 wurden bisher insgesamt 503 SARS-CoV-2-positive Sentinelproben mittels Omikron-spezifischer PCR untersucht. Die ersten Omikron-Nachweise im Sentinel gab es in KW 50/2021, seitdem ist der Anteil Omikron-positiver Proben von 8 % auf 100 % gestiegen. Seit KW 02/2022 wurde in Sentinelproben die Omikron-Sublinie BA.2 nachgewiesen. Der Anteil von BA.2 an Omikron-positiven Proben ist seitdem von 9 % auf aktuell 100 % gestiegen (Stand 03.05.2022).

**Arztbesuche wegen ARE mit COVID-19:** Mithilfe des ICD-10-Code-basierten SEED<sup>ARE</sup>-Moduls der AGI wird die Konsultationsinzidenz wegen einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (ICD-10-Codes J00 - J22, J44.0, B34.9) mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1) berechnet (COVID-ARE Arztkonsultationen) ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/30/Art\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/30/Art_01.html)). Durch Nachmeldungen können sich für die letzten Wochen noch Änderungen ergeben.

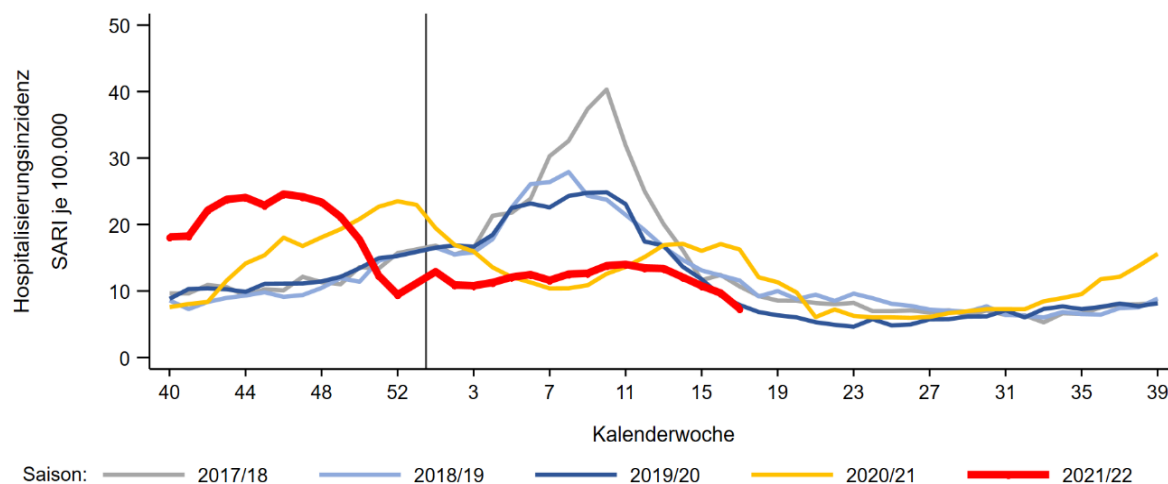
Nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ab KW 09/2022 angestiegen war, wird seit KW 12/2022 insgesamt ein Rückgang der Werte beobachtet. In KW 17/2022 gab es ca. 340 COVID-ARE Arztkonsultationen/100.000 Einw. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 280.000 Arztkonsultationen wegen COVID-ARE in Deutschland. Die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ist in KW 17/2022 bei den Kindern von 5 bis 14 Jahre angestiegen, in allen anderen Altersgruppen sind die Werte dagegen stagniert bzw. weiter gesunken.

### 1.6.3. Erfassung akuter Atemwegserkrankungen im stationären Bereich

In der ICD-10-Code-basierten Krankenhaus-Surveillance (ICOSARI) von schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) (ICD-10-Codes J09 bis J22: Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) werden neu im Krankenhaus aufgenommene Patientinnen und Patienten mit einem ICD-10-Code für SARI in der DRG-Hauptdiagnose erfasst, einschließlich noch hospitalisierter Personen. Daher handelt es sich um eine Auswertung vorläufiger Daten, die sich durch nachträglich eingehende Informationen, insbesondere für die letzten Wochen, noch ändern können.

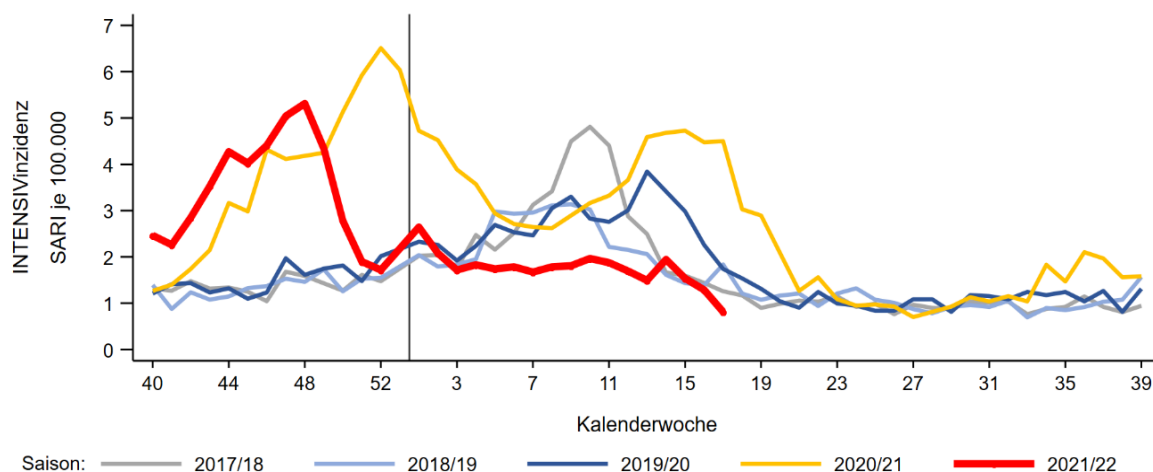
Die Zahl der SARI-Fälle geht seit KW 14/2022 insgesamt zurück und liegt mittlerweile auf dem niedrigen Niveau, das sonst üblicherweise während der Sommermonate beobachtet wird. Zuvor waren die Werte seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil. Es zeigte sich im stationären Bereich während der fünften COVID-19-Welle (Omikron-Variante) erstmals keine höhere Krankheitslast durch schwere Atemwegsinfektionen (Abbildung 10, rote Linie). Dagegen hatten die vorherigen Wellen jeweils zu einer deutlichen Erhöhung der Fallzahlen im stationären Bereich geführt; trotz der strikten Maßnahmen gegen COVID-19 wurde die Anzahl der SARI-Fälle während früherer Grippewellen erreicht (Abbildung 10, rote und gelbe Linie). Die SARI-Fallzahlen sind in der KW 17/2022 in den meisten Altersgruppen gesunken, in den Altersgruppen der Schulkinder (5 bis 14 Jahre) und der jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) kam es jedoch zu einem Anstieg der Fallzahlen. Dabei liegen die SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau, wie es sonst während der Sommermonate beobachtet wird.





**Abbildung 10:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Hauptdiagnose), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur KW 17/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen Krankenhaussurveillance. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. In Jahren mit 52 KW wird der Wert für KW 53 als Mittelwert der KW 52 und KW 1 dargestellt. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

In den Inzidenzwerten der intensivpflichtigen SARI-Fälle sind die erste COVID-19-Welle (dunkelblaue Linie, Höhepunkt KW 13/2020), die zweite und die dritte Welle (gelbe Linie, Höhepunkt KW 52/2020 bzw. KW 13 bis 17/2021) sowie die vierte Welle (rote Linie, Höhepunkt KW 48/2021) gut zu erkennen (Abbildung 11). Die Krankheitslast durch intensivpflichtige SARI-Patientinnen und Patienten war insbesondere in der zweiten und in der vierten COVID-19-Welle deutlich höher als selbst in sehr starken Grippewellen vor der Pandemie (graue Linie, Höhepunkt KW 10/2018 während der Grippewelle 2017/18). Dagegen lag die Inzidenz intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle insgesamt während der fünften Welle zumeist unter den Werten der Vorsaisons. Seit KW 17/2022 liegt die Zahl intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle auf dem niedrigen Niveau, das sonst üblicherweise während der Sommermonate beobachtet wird (Abbildung 11).

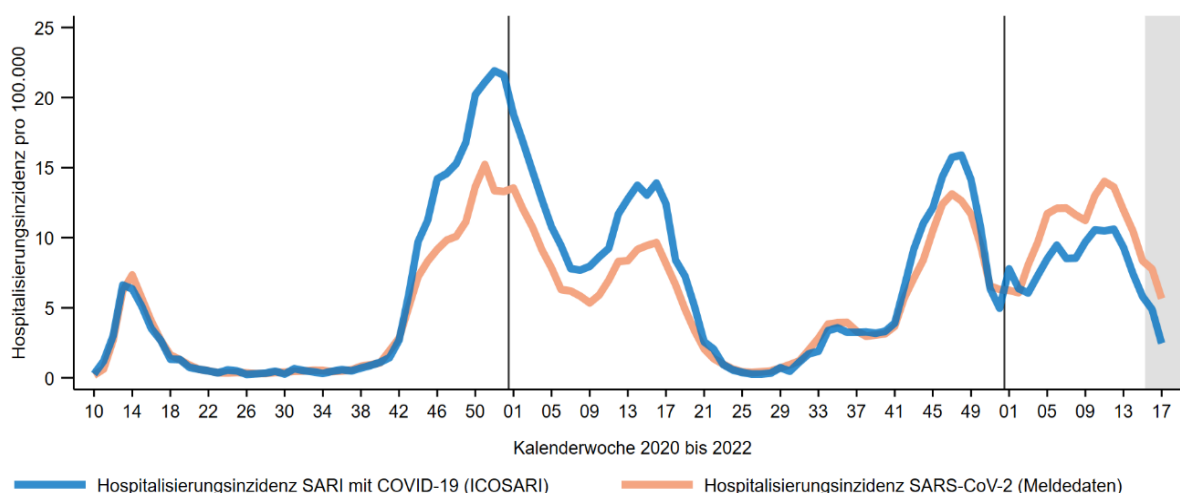


**Abbildung 11:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Hauptdiagnose) mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur KW 17/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen Krankenhaussurveillance. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die KW 53 als Mittelwert der KW 52 und KW 1 dargestellt. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

**SARI mit COVID-19:** Mit dem ICOSARI-System wird die Inzidenz der Fälle berechnet, die mit einer schweren akuten Atemwegsinfektion und COVID-19 (COVID-SARI) im Krankenhaus behandelt wurden (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.11.22269594v1>). Bei dieser Schätzung werden Fälle berücksichtigt, die einen ICD-10-Code für SARI in der DRG-Haupt- oder Nebendiagnose sowie

eine COVID-19-Diagnose erhalten haben. Im Vergleich zum Meldesystem wurden hierbei in den Hochinzidenzphasen – wie der zweiten, dritten und vierten COVID-19-Welle – höhere Werte ermittelt. In der aktuellen fünften Welle übersteigt die Hospitalisierungsinzidenz der Meldedaten die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz, weil in den Meldedaten zunehmend auch Fälle an das RKI übermittelt werden, bei denen die SARS-CoV-2-Infektion nicht ursächlich für die Krankenhauseinweisung ist (siehe dazu auch Abschnitt 1.7.4.). Seit KW 13/2022 geht die Anzahl der Krankenhausneuaufnahmen wegen COVID-SARI insgesamt kontinuierlich zurück, zudem kam es in KW 17/2022 zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Fallzahlen. So gab es in KW 17/2022 ca. 2,5 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. (Abbildung 12). Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2.000 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland.

Die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz in den einzelnen Altersgruppen zeigte in den vergangenen Wellen für die Altersgruppen ab 35 Jahre deutlich höhere Werte als für die jüngeren Altersgruppen (Abbildung 13). Seit dem Jahreswechsel gehen die Zahlen bei den 35- bis 59-Jährigen zurück und liegen nun bereits seit einigen Wochen unter den COVID-SARI-Hospitalisierungsraten, die in der aktuellen fünften COVID-19-Welle bei den 0- bis 4-Jährigen beobachtet werden. In den Altersgruppen unter 15 Jahren wurden in der fünften Welle höhere Werte beobachtet als in den vorherigen COVID-19-Wellen, zuletzt gingen die COVID-SARI-Fallzahlen aber deutlich zurück. Der Verlauf der Inzidenz bei den unter 15-Jährigen ist wegen sehr geringer Fallzahlen mit Zurückhaltung zu interpretieren. Seit KW 13/2022 ist auch bei den Altersgruppen ab 60 Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Hospitalisierungsinzidenz wegen COVID-SARI zu beobachten. Die ab 80-Jährigen sind weiterhin am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. So gab es in KW 17/2022 ca. 16 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. in der Altersgruppe ab 80 Jahre.



**Abbildung 12: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Haupt- oder Nebendiagnose) mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von KW 10/2020 bis KW 17/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen Krankenhaussurveillance ICOSARI im Vergleich zur SARS-CoV-2-Hospitalisierungsinzidenz aus den Daten des Meldesystems. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.**

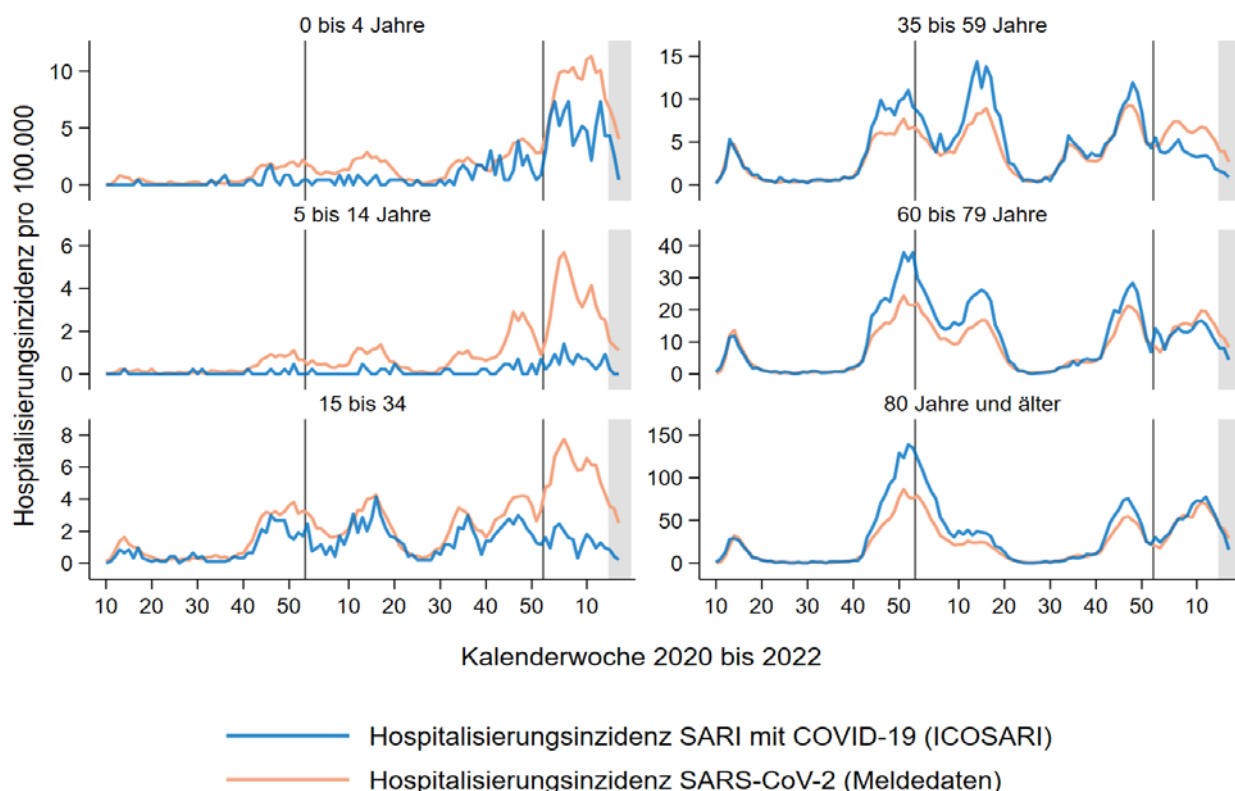


Abbildung 13: Wöchentliche Inzidenz nach Altersgruppen der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Haupt- oder Nebendiagnose) mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von KW 10/2020 bis KW 17/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen Krankenhaussurveillance ICOSARI im Vergleich zur SARS-CoV-2-Hospitalisierungsinzidenz aus den Daten des Meldesystems. Aus Gründen der Darstellbarkeit ist die y-Achse für die Altersgruppen unterschiedlich skaliert. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

## 1.7. Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung

### 1.7.1. Hospitalisierungen in den Meldedaten

Für 8.103.641 (32,4 %) der per Meldesystem übermittelten Fälle lagen klinische Informationen vor. Aufgrund der unvollständigen Erfassung klinischer Daten, z. B. zur Hospitalisierung, stellen die nachfolgend aufgeführten Fallzahlen eine Mindestangabe dar. Seit dem 13.07.2021 (MW 28/2021) müssen Ärzte und Ärztinnen auch die Aufnahme von COVID-19-Fällen ins Krankenhaus an das Gesundheitsamt melden, nicht nur den Verdacht, die Erkrankung und den Tod in Bezug auf COVID-19. Die entsprechenden Daten sind verfügbar unter [www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte](http://www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte).

Den zeitlichen Verlauf der Hospitalisierungsinzidenz in den Meldedaten zeigen Abbildung 14 und Abbildung 15. In Abbildung 14 ist die absolute Anzahl der in der jeweiligen Meldewoche neu hospitalisierten Fälle stratifiziert nach Altersgruppen dargestellt. Die Daten werden nach Meldedatum, also dem Datum, an dem das Gesundheitsamt den Fall elektronisch erfasst hat, jedoch nicht nach Hospitalisierungsdatum ausgewiesen. Es ist zu beachten, dass in allen Altersgruppen Fälle auch noch ein bis zwei Wochen nach der Diagnose hospitalisiert werden und mit entsprechenden Nachübermittlungen gerechnet werden muss. Der Anstieg der Zahl hospitalisierter Fälle, der sich seit MW 01/2022 in allen Altersgruppen, besonders aber den 60- bis 79- und über 80-Jährigen, abzeichnete, scheint den Gipfel in MW 12/2022 überschritten zu haben. Seitdem zeichnet sich, auch unter Berücksichtigung des Meldeverzugs, ein stetiger Rückgang ab. Der Altersmedian hospitalisierter Fälle, der in MW 03/2022 zwischenzeitlich auf 56 Jahre gesunken war, liegt seit mehreren Wochen stabil bei 72 Jahren.

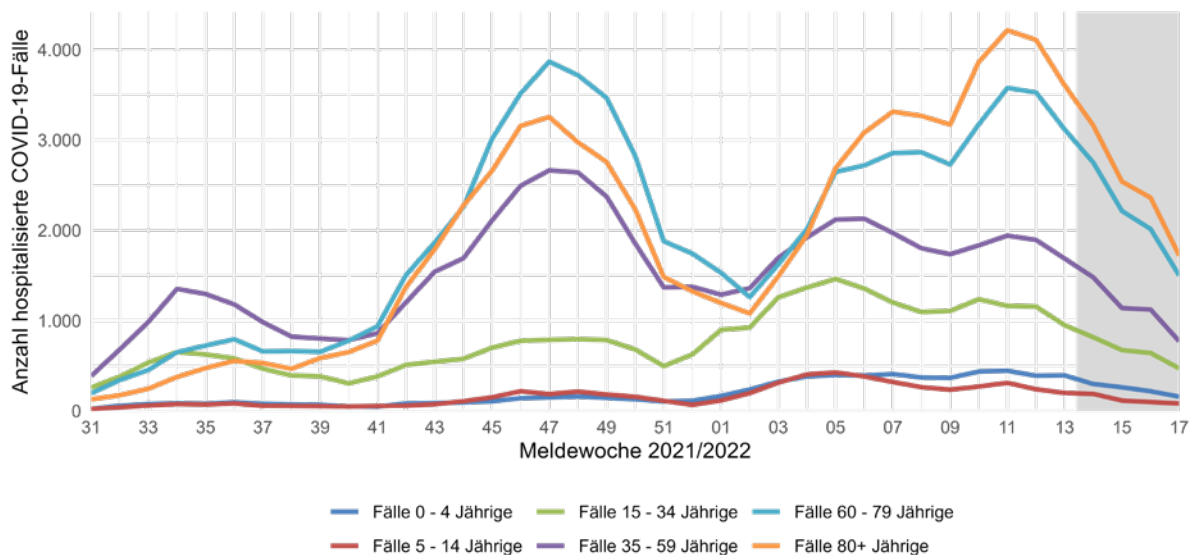


Abbildung 14: Darstellung der Anzahl der neu hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen in erheblichem Umfang und damit mit einer Erhöhung der Anzahl zu rechnen.

In Abbildung 15 ist anstelle der absoluten Anzahl der hospitalisierten Fälle die Hospitalisierungsinzidenz in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt. Auch hier ist – unter leichtem Vorbehalt zu osterbezogenen Nachmeldungen – weiterhin ein Rückgang in allen Altersgruppen erkennbar.

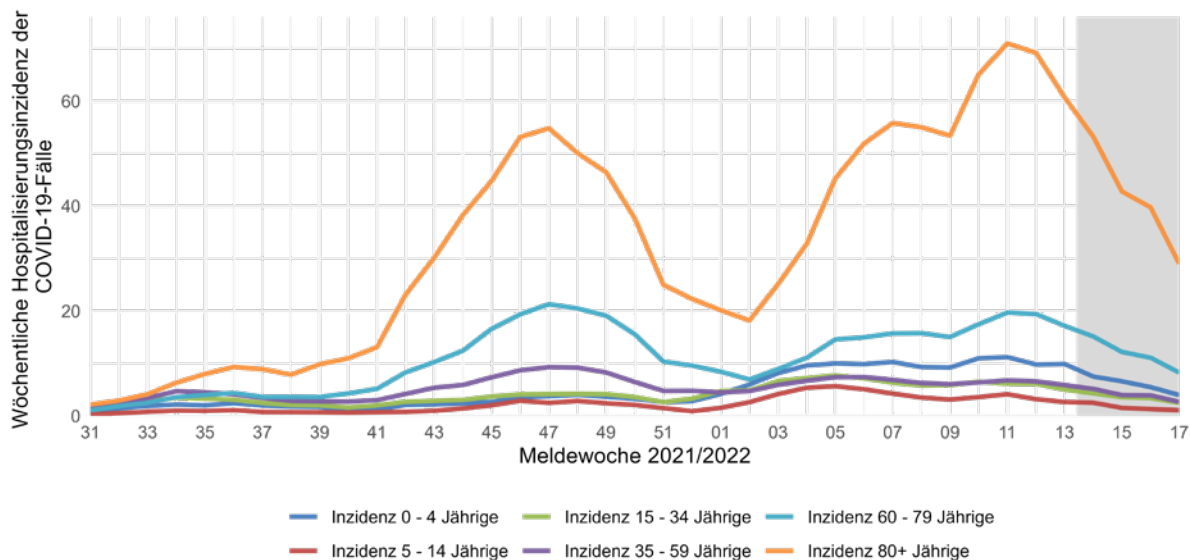


Abbildung 15: Wöchentliche Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 04.05.2022, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen in erheblichem Umfang und damit mit einer Erhöhung der Inzidenz zu rechnen

### 1.7.2. Adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz

Zwischen dem Beginn des Krankenhausaufenthalts eines COVID-19-Falles und dem Zeitpunkt, an dem diese Information am RKI eingeht, entsteht ein zeitlicher Verzug. Um den Trend der Anzahl von Hospitalisierungen und der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz besser bewerten zu können, wird die berichtete Hospitalisierungsinzidenz um eine Hochrechnung der zu erwartenden Anzahl an verzögert berichteten Hospitalisierungen ergänzt (modifizierte Variante der Nowcasting-Berechnung zur 7-

Tage-Inzidenz, ursprüngliche Berechnung siehe hier: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/Nowcasting.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Nowcasting.html))<sup>3</sup>

In Abbildung 16 zeigt die blaue Linie den Verlauf der tagesaktuell berichteten Anzahl von Hospitalisierungen (fixierte Werte) in den Altersgruppen 0-59 Jahre und ab 60 Jahre. Die graue Linie zeigt den Verlauf aller mit heutigem Datenstand dem RKI bekannten Hospitalisierungen (aktualisierte Werte). Die schwarz gestrichelte Linie mit dem orangen Bereich zeigt eine Hochrechnung, die den Verlauf inklusive der noch in den nächsten Tagen zu erwartenden Informationen zu weiteren Hospitalisierungen enthält (adjustierte Werte). Auf der zweiten y-Achse rechts lässt sich der zugehörige Wert der 7-Tage Hospitalisierungsinzidenz ablesen. Sowohl bei den 0- bis 59-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen wurde nach dem deutlichen Rückgang der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz Ende April ein erneuter Anstieg ermittelt, der wahrscheinlich durch die auch im starken Anstieg der fixierten Werte erkennbaren Nachmeldungen nach den Osterfeiertagen bedingt war. Aktuell sinkt die adjustierte Hospitalisierungsinzidenz wieder.

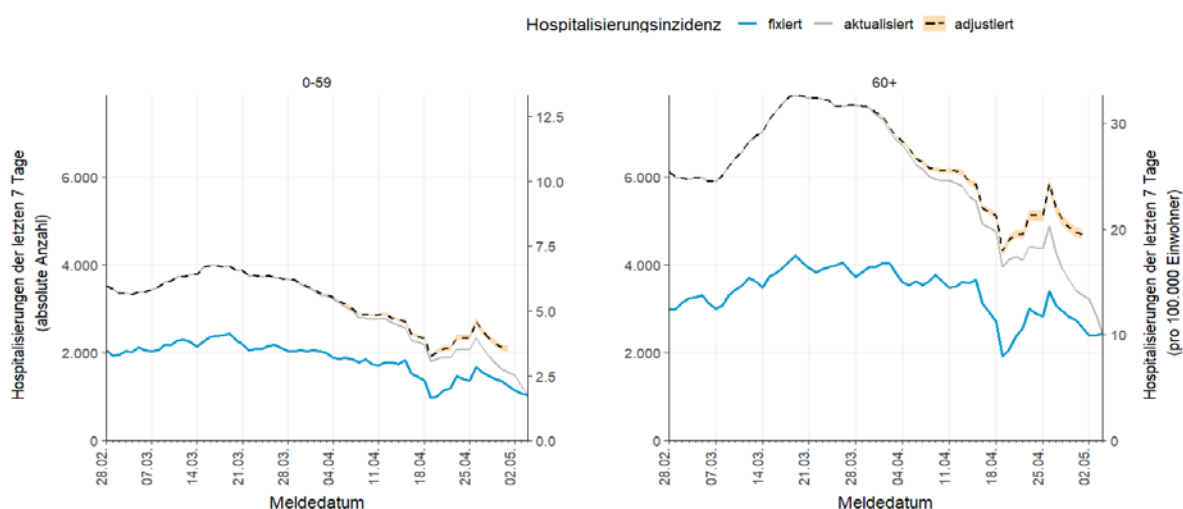


Abbildung 16: Berichtete 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (schwarze Linie) und Schätzung der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz unter Berücksichtigung von verzögert berichteten Hospitalisierungen (dunkelgraue Linie mit grün ausgewiesenem Schätzbereich) für die Altersgruppen 0-59 Jahre und 60+. Die Skalen geben die jeweilige absolute Anzahl (y-Achse, links) und den Anteil pro 100.000 Einwohner (y-Achse, rechts) an. Die tagesaktuell berichtete Hospitalisierungsinzidenz wird durch die blaue Linie dargestellt (fixierte Werte).

### 1.7.3. Daten aus dem Intensivregister

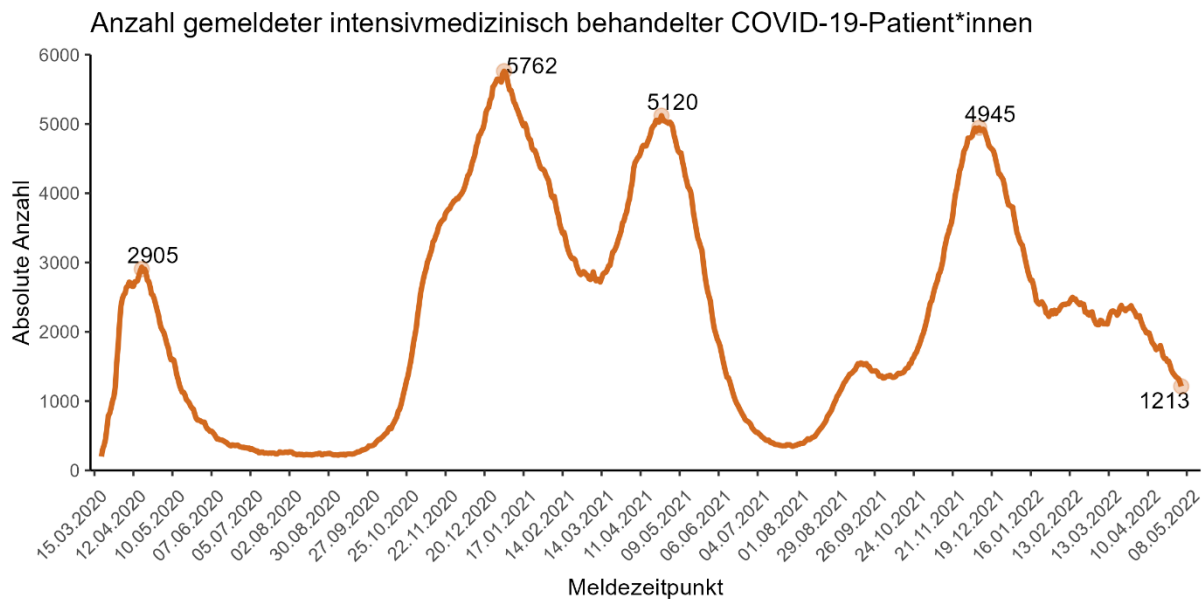
Das RKI betreibt mit Beratung durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das DIVI-Intensivregister (<https://www.intensivregister.de>). Das Register erfasst Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie Behandlungs- und Bettenkapazitäten von etwa 1.300 Akutkrankenhäusern Deutschlands. Damit ermöglicht das Intensivregister in der Pandemie, sowie darüber hinaus, Engpässe in der intensivmedizinischen Versorgung im regionalen und zeitlichen Vergleich zu erkennen. Es schafft somit eine wertvolle Grundlage zur Reaktion und zur datengestützten Handlungssteuerung in Echtzeit.

Seit dem 16.04.2020 ist laut [Intensivregister-Verordnung](#) die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend.

<sup>3</sup> Die Ergebnisse dieser Adjustierung ersetzen nicht die werktägliche Berichterstattung der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz gemäß § 28a IfSG. Sie werden seit dem 02.12.2021 zusätzlich montags bis freitags im Situationsbericht und unter COVID-19-Trends sowie als Daten unter [www.rki.de/inzidenzen](http://www.rki.de/inzidenzen) veröffentlicht. Die Adjustierung soll eine bessere Einordnung des aktuellen Trends der Anzahl Hospitalisierter und der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz erlauben. Hierbei richtet sich unser Blick auf den Trend in den letzten Wochen, tagesaktuelle Schwankungen spielen eine untergeordnete Rolle. Die werktägliche Bereitstellung des RKI-Nowcast ist auch neben mehreren verschiedenen Modellen zur adjustierten Hospitalisierungsinzidenzen auf der am Karlsruher Institut für Technologie betriebenen Vergleichsplattform verfügbar: <https://covid19nowcasthub.de/>

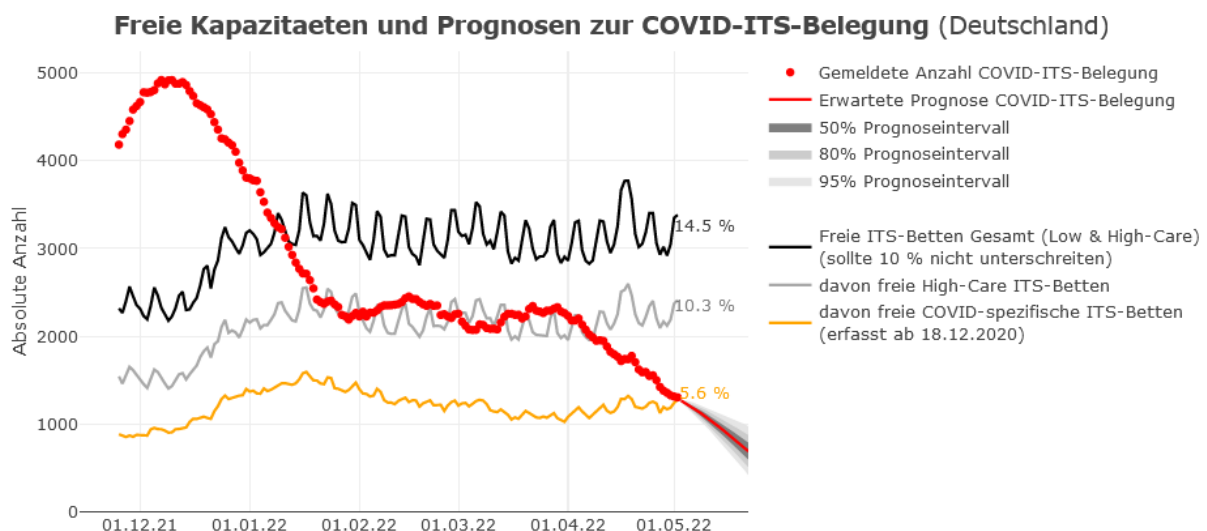


Abbildung 17 zeigt die absolute Anzahl der im Intensivregister gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle zum Stand des jeweiligen Beobachtungstages. Ein täglicher Bericht über die Lage der Intensivbettenkapazität in Deutschland wird unter <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/reports> veröffentlicht.



**Abbildung 17:** Anzahl im Intensivregister gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 04.05.2022, 12:15 Uhr). Zur Interpretation der Kurve im März/April 2020 ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell kann sich die zugrundeliegende Gruppe der COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten von Tag zu Tag verändern (Verlegungen und Neuaufnahmen), während die Fallzahl ggf. gleich bleibt.

Nach der vierten Welle im Dezember 2021 bis Januar 2022 blieben COVID-19-Belegung auf Intensivstationen und freie ITS-Bettenkapazität während der fünften Welle lange auf einem stabilen Niveau (Abbildung 18). Seit Anfang April (KW 14/2022) geht die COVID-19-Belegung auf Intensivstationen nun kontinuierlich zurück. Die Belastung der Kapazitäten des Gesundheitsversorgungssystems, insbesondere im stationären und intensivmedizinischen Bereich durch die eingeschränkte Verfügbarkeit des medizinischen Personals aufgrund infektionsbedingter Ausfälle (Erkrankung, Quarantäne) geht langsam zurück, ist aber weiterhin auf einem hohen Niveau. Der Anteil freier ITS-Betten an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten sollte oberhalb von 10 % liegen, was als Grenzwert der Reaktionsfähigkeit der Kliniken gilt, die man versucht, nicht zu unterschreiten. Der leichte Anstieg freier Betten in allen Kategorien der freien Betten aus den vergangenen Wochen setzt sich weiter fort.



**Abbildung 18:** 20-Tages-Prognose der intensivmedizinischen Bettenbelegung mit COVID-19 Patienten und Patientinnen mit bisheriger Belegungsentwicklung (rote Punkte) sowie Verlauf der verfügbaren freien ITS-Bettenkapazität für alle Patienten und Patientinnen (COVID und Non-Covid, schwarze Linie), sowie davon freie High-Care Betten (graue Linie) und freie COVID-spezifische ITS-Betten (orange).

Seit Mitte Dezember wird im Intensivregister der Impfstatus von neu aufgenommenen COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Intensivstationen erfasst. Die Definitionen der Impfstatus im Intensivregister finden Sie unter folgendem Link: [https://diviexchange.blob.core.windows.net/\\$web/Impfstatus\\_Definitionen\\_zum\\_Download\\_im\\_IR.pdf](https://diviexchange.blob.core.windows.net/$web/Impfstatus_Definitionen_zum_Download_im_IR.pdf).

**Es ist zu beachten, dass die Intensivregister-Daten in dieser Form nicht geeignet sind, um die Wirksamkeit der Impfung einzuschätzen. Es muss die generelle Altersverteilung von Intensivpatientinnen und -patienten sowie die Entwicklung der allgemeinen Impfquote der Bevölkerung berücksichtigt werden** (hierzu wird künftig ein separater Bericht erscheinen).

Für den Zeitraum vom 04.04.2022 bis 01.05.2022 (KW 14 - KW 17/2022) wurde der Impfstatus von 3.617 COVID-19-Aufnahmen gemeldet, das entspricht etwa 71,5 % der für diesen Zeitraum übermittelten Fälle (5.061). 20,3 % (736 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus waren ungeimpft. Rund 6 % (217 Fälle) wiesen einen unvollständigen Immunschutz auf (Genesen ohne Impfung oder Teil-Immunisierung). 73,7 % (2.664 Fälle) hatten einen vollständigen Impfschutz (Grundimmunisierung oder Booster), der Anteil mit Boosterimpfung lag dabei bei ca. 47,7 % (1.724 Fälle).

Für den betrachteten Zeitraum waren 81,9 % (1.654) der vollständig geimpften ITS-Erstaufnahmen mindestens 60 Jahre oder älter. Für insgesamt 2.019 der vollständig geimpften ITS-Erstaufnahmen lagen Informationen zum Alter vor.

#### 1.7.4. Interpretation der verschiedenen Aspekte zur Krankheitsschwere und ITS-Belastung

Zur Einschätzung der verschiedenen Aspekte muss bei den einzelnen Erhebungssystemen der unterschiedliche Blickwinkel berücksichtigt werden. Während in der Hospitalisierungsinzidenz basierend auf den Meldedaten alle Fälle betrachtet werden, die **neu ins Krankenhaus aufgenommen** wurden und eine **laborbestätigte SARS-CoV-2-Infektion** haben, werden in der syndromischen Surveillance nur die neu in der jeweiligen Woche aufgenommenen Fälle betrachtet, bei denen neben der COVID-19-Diagnose auch eine **schwere akute Atemwegserkrankung** diagnostiziert wurde. Im Intensivregister wiederum wird hier im Bericht insbesondere die **aktuelle Belegung** der Intensivstationen mit Patientinnen und Patienten mit COVID-19 gezeigt. Unter dem sehr hohen Infektionsdruck während der Omikron-Welle wurde erstmals in der Pandemie der Anteil der Personen höher, bei denen ein positiver SARS-CoV-2 Nachweis vorlag, aber die dringende stationäre oder intensivmedizinische Behandlung wegen einer anderen Erkrankung notwendig wurde, so dass die SARS-CoV-2 Infektion nicht unbedingt ursächlich oder allein maßgeblich für die Hospitalisierung war. Diese Fälle wurden und werden sowohl bei der Hospitalisierungsinzidenz der Meldedaten als auch bei der Belegung der Intensivbetten mitgezählt, in der syndromischen Surveillance ICOSARI jedoch nicht. Abbildung 13 zeigt, dass in den Altersgruppen bis 59 Jahre die Hospitalisierungsinzidenz in den Meldedaten insbesondere während der Omikron-Welle deutlich höher lag als die Inzidenz der COVID-SARI Fälle der syndromischen Surveillance. Im Unterschied hierzu lag in den älteren Altersgruppen, die den Großteil der Krankenhauspatienten ausmachen (bitte Skalierung beachten), die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz auf einem vergleichbaren Niveau wie die Hospitalisierungsinzidenz der Meldedaten.

In der Gesamtschau zeigen sowohl die Hospitalisierungsinzidenz aus den Meldedaten und die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz als auch die Belegungskapazitäten im Intensivregister, dass es in den vergangenen Wochen während der Omikron-Welle zunächst zu einem erneuten Anstieg der Neuaufnahmen gekommen war. Der Anstieg der Zahl schwerer Atemwegserkrankungen mit einer COVID-19 Diagnose war allerdings im Verhältnis zum Anstieg der Gesamtfallzahlen insgesamt eher moderat und deutlich schwächer als in den ersten vier COVID-19-Wellen. Dies trifft auch auf die Belastung der intensivmedizinischen Kapazitäten zu. Dies ist einerseits auf die gegen schwere Krankheitsverläufe

wirksame Impfung und andererseits auf die grundsätzlich geringere Krankheitsschwere bei Infektionen durch die Omikron-Variante zurückzuführen.

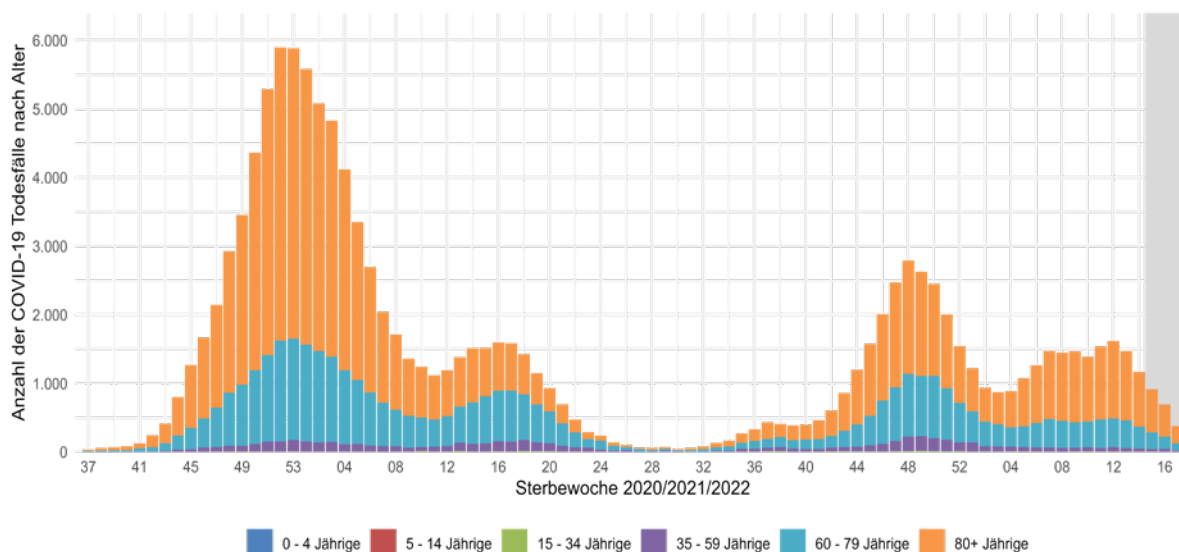
Aktuell zeigen alle drei Parameter einen deutlich rückläufigen Trend.

### 1.8. Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo

In Abbildung 19 werden die übermittelten COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche dargestellt. Todesfälle treten meist erst 2 bis 3 Wochen nach der Infektion auf. Für die MW 14 - 16/2022 werden noch nachträglich Todesfälle übermittelt werden. In der fünften Welle kam es trotz vergleichsweise milder Erkrankungsverläufe aufgrund der hohen Infektionszahlen wieder zu einem Anstieg der Todesfälle. In den MW 05-14/2022 wurden wöchentlich zwischen ca. 1.000-1600 Todesfälle mit Angaben zum Alter übermittelt. Seit MW 13/2022 ist hier ein Rückgang zu beobachten, mit einem Wert von 377 Todesfällen in der vergangene MW 17/2022.

Unter den übermittelten Todesfällen seit KW 10/2020 waren 114.870 (85 %) Personen 70 Jahre und älter, der Altersmedian liegt bei 83 Jahren. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle etwa 7 %.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVID-19\\_Todesfaelle.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html). Hinweise zu den Mortalitätsdaten in EuroMOMO und Destatis finden Sie hier in der Fußnote <sup>4</sup>.



**Abbildung 19:** An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (KW 37/2020 – KW 17/2022: 125.298 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 04.05.2022, 0:00 Uhr). Insbesondere für die vergangenen drei Wochen ist mit Nachübermittlungen zu rechnen.

<sup>4</sup> EuroMOMO und Destatis: Insgesamt 27 europäische Staaten oder Regionen stellen dem europäischen EuroMOMO-Projekt (European monitoring of excess mortality for public health action) wöchentlich offizielle Daten zur Mortalität zur Verfügung, sodass auf dieser Basis die sogenannte Exzess-Mortalität oder Übersterblichkeit (unabhängig von der Todesursache) erfasst und verfolgt werden kann (<https://www.euromomo.eu/>). Seit MW 15/2021 stellt auch Deutschland rückwirkend Mortalitätsdaten für alle Bundesländer zur Verfügung. Die Darstellung erfolgt in Form von Grafiken und Landkarten (<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>). Auch auf der Seite des Statistischen Bundesamtes werden die täglichen Sterbefallzahlen registriert: [https://service.destatis.de/DE/bevoelkerung/sterbefallzahlen\\_bundeslaender.html](https://service.destatis.de/DE/bevoelkerung/sterbefallzahlen_bundeslaender.html). Der zeitliche Verzug der Sterbefallmeldung wird durch eine Schätzung ausgeglichen. Es zeigt sich eine Parallelität im zeitlichen Verlauf zwischen dem momentanen Anstieg der Anzahl gemeldeter COVID-19 Todesfälle und der höheren Zahl von Sterbefällen.

## 2. Impfen

### 2.1. Digitales Impfquotenmonitoring (DIM): Stand der Impfquoten nach Meldedaten

**Hinweis:** Zum 29.04.2022 erfolgten in der Datenbasis des RKI für die Berechnung der COVID-19-Impfquoten mehrere Umstellungen: Die bis zum 30.09.2021 übermittelten Impfdaten der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sind durch die vollständigeren KV-Abrechnungsdaten ersetzt worden, die Zählweise der Janssen-Impfungen wurde angepasst und es wird nun auch die zweite Auffrischimpfung in der Tabelle 2 mitgezählt sowie in der Abbildung 20 ausgewiesen.

Die Meldung aller durchgeführten COVID-19-Impfungen an das RKI ist in §4 der Coronavirus-Impfverordnung für alle Leistungserbringer gesetzlich vorgeschrieben.<sup>5</sup>

Aus den Impfmeldedaten ergibt sich folgender Stand<sup>6</sup>: Bis zum Impftag 03.05.2022 (Datenstand 04.05.2022) wurden insgesamt 178.695.234 COVID-19-Impfungen in Deutschland verabreicht; 64.503.837 Menschen (77,6 % der Bevölkerung) sind mindestens einmal geimpft und 63.020.821 Menschen (75,8 %) sind grundimmunisiert. Darüber hinaus erhielten bisher 49.350.476 Menschen (59,3 %) eine erste und 4.091.560 (4,9 %) Menschen eine zweite Auffrischimpfung. Nach einem Maximum der Impfinanspruchnahme von 7,7 Mio. Impfungen in KW 50/2021, war die Zahl der wöchentlich verabreichten Impfungen seit KW 2/2022 (rund 4,5 Mio.) bis KW 16 (383.922) kontinuierlich zurückgegangen. Erstmals gab es in KW 17/2022 mit 536.319 wieder mehr Impfungen als in der Vorwoche. Gegenwärtig sind die Mehrzahl der verabreichten Impfungen zweite Auffrischimpfungen, Erstimpfungen werden dagegen am wenigsten verabreicht. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anzahl der insgesamt durchgeführten Impfungen nach Impfstelle bundesweit und nach Bundesland.

<sup>5</sup> Das Impfgeschehen begann in allen Bundesländern in Impfzentren, mobilen Teams und einigen Krankenhäusern am 27.12.2020. Die Datenübermittlung erfolgt auf unterschiedlichen Wegen: Impfzentren, Gesundheitsämter, mobile Impfteams, Krankenhäuser, Apotheken sowie Betriebe und Betriebsmedizin übermitteln pseudonymisierte individuelle Impfdaten über das vom RKI in Zusammenarbeit mit der Bundesdruckerei bereitgestellte Erhebungssystem zum digitalen Impfquotenmonitoring (DIM). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Meldeportal für alle Impfungen der Vertragsärzte und -ärztinnen seit dem 06.04.21 und die Privatärztlichen Abrechnungsstellen (PVS) ein Portal für alle Privatärzte und -ärztinnen seit dem 07.06.21 zur Verfügung gestellt, von denen jeweils aggregierte Daten täglich an das RKI gelangen. Die bis zum 30.09.21 über das KBV-Portal übermittelten Daten wurden durch die Abrechnungsdaten aus 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt. Nur für Brandenburg konnte der Austausch der Daten nicht erfolgen, da hier zum Teil unspezifische Abrechnungsziffern genutzt werden, aus denen sich weder Impfstoff noch Impfstoffdosis ableiten lassen.

<sup>6</sup> Die Gesamtzahl mindestens einmal Geimpfter umfasst alle Personen, die eine Erstimpfung mit den in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Impfstoffen erhalten haben. Als grundimmunisiert gelten alle Personen, für die eine Zweitimpfung dokumentiert wurde (hierzu zählt auch eine Impfung nach Genesung, diese ist jedoch nicht spezifisch im Impfquotenmonitoring dokumentiert). Als Personen mit erster bzw. zweiter Auffrischimpfung gelten Personen, die eine oder zwei weitere Impfung(en) nach abgeschlossener Grundimmunisierung erhalten haben.

Tabelle 2: An das RKI übermittelte COVID-19-Impfungen nach Impfstelle pro Bundesland (Datenstand 04.05.2022).

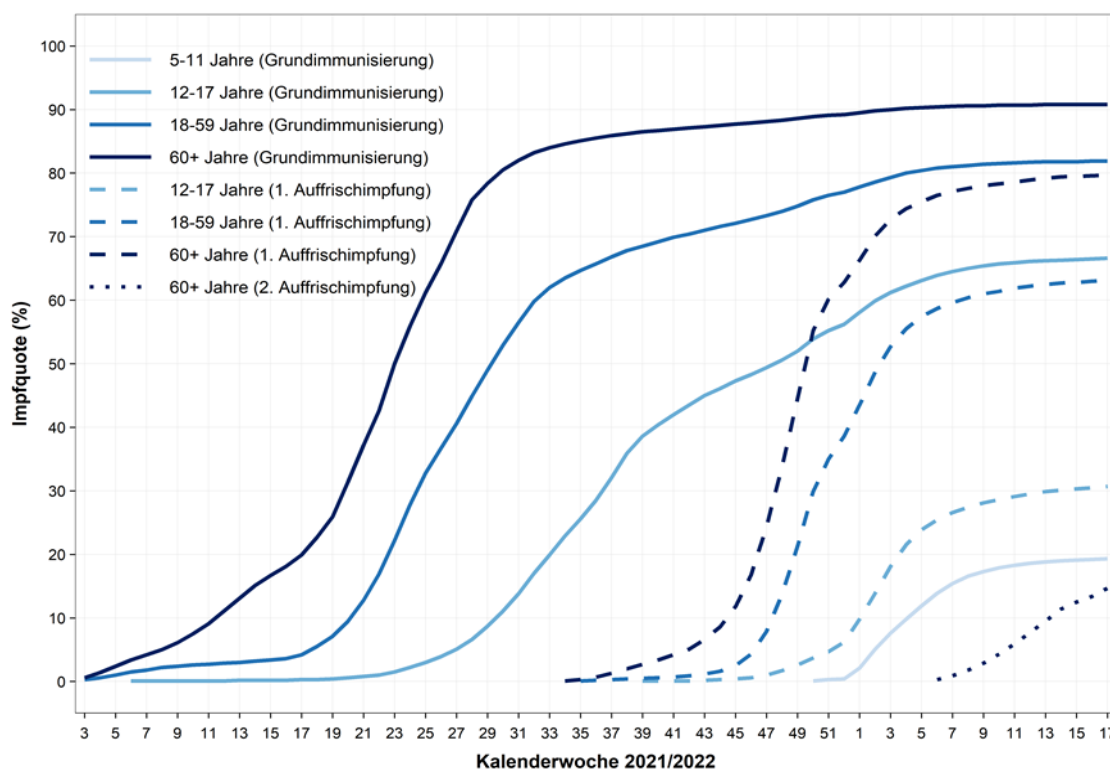
Bundesland	Impfzentren, Mobile Teams, Krankenhäuser, Gesundheitsämter	Arztpraxen (Vertragsärzte und Privatärzte)	Betriebsärzte	Apotheken
Baden-Württemberg	10.558.372	11.912.831	566.286	6.871
Bayern	13.804.538	12.781.673	631.009	7.444
Berlin	3.751.232	4.164.781	135.776	8.151
Brandenburg	2.062.645	2.712.397	33.589	1.093
Bremen	1.049.861	591.003	45.499	353
Hamburg	1.840.651	2.301.123	183.856	2.728
Hessen	6.307.467	6.602.760	367.555	4.686
Mecklenburg-Vorpommern	1.566.214	1.775.814	21.890	794
Niedersachsen	7.927.347	9.671.248	367.542	10.521
Nordrhein-Westfalen	17.064.240	22.548.759	1.006.004	40.620
Rheinland-Pfalz	3.958.099	4.632.262	234.273	5.062
Saarland	1.096.398	1.156.154	48.049	2.145
Sachsen	3.518.668	3.634.621	99.373	3.348
Sachsen-Anhalt	2.067.198	2.281.105	50.158	1.765
Schleswig-Holstein	3.120.991	3.614.753	125.748	3.336
Thüringen	2.348.732	1.690.376	31.608	260
<b>Gesamt</b>	<b>82.042.653</b>	<b>92.071.660</b>	<b>3.948.215</b>	<b>99.177</b>

Mit Datenstand 04.05.2022 unterscheiden sich die Impfquoten der Bundesländer bei den mindestens einmal Geimpften um etwa 25 Prozentpunkte, bei Grundimmunisierten um etwa 23 Prozentpunkte, bei Geimpften mit erster Auffrischimpfung um etwa 24 Prozentpunkte und bei den zweiten Auffrischimpfungen um 6 Prozentpunkte. Die höchsten Quoten bei den beiden Impfungen der Grundimmunisierung erreicht Bremen, bei der ersten Auffrischimpfung Schleswig-Holstein und bei der zweiten Auffrischimpfung Bremen. Für alle vier Impfungen liegen die niedrigsten Quoten jeweils in Sachsen ([www.rki.de/covid-19-impfquoten](http://www.rki.de/covid-19-impfquoten)).<sup>7</sup>

Die Anteile der Geimpften variieren nach Alter: in der Altersgruppe 60+ ist der Anteil der mindestens einmal Geimpften, der Grundimmunisierten sowie der Personen mit einer oder zwei Auffrischimpfungen jeweils am höchsten ([Tabelle mit den gemeldeten Impfquoten bundesweit und nach Bundesland](#)). Noch ohne Impfung sind rund 78 % (rund 4,1 Mio. Menschen) der 5- bis 11-Jährigen und 28 % (rund 1,3 Mio. Menschen) der 12- bis 17-Jährigen. In der Altersgruppe 18-59 Jahre sind 17 % (rund 7,6 Mio. Menschen) und in der Altersgruppe ab 60 Jahre 8,4% (rund 2,0 Mio. Menschen) noch ungeimpft. In der Altersgruppe ab 60 Jahre ist seit KW 06/2022 eine steigende Inanspruchnahme der zweiten Auffrischimpfung zu beobachten (Abbildung 20).

<sup>7</sup> Limitationen: Von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stehen nur aggregierte Daten mit Angaben zur Postleitzahl der Praxis, zum Impfstoff, zur Impfstoffdosis und lediglich mit den Alterseinteilungen 5-11 Jahre (ab KW 50), 12-17 Jahre, 18-59 Jahre und ≥60 Jahre (bei der KBV jedoch ohne Impfstoffbezug) zur Verfügung. Daher kann über das Impfgeschehen nur zuverlässig in diesen Aggregationsstufen berichtet werden (vgl. tägliche Tabelle mit den gemeldeten Impfquoten bundesweit und nach Bundesland). Der Impffortschritt in differenzierteren Altersgruppen und auch eine Darstellung von Impfquoten nach Landkreisen ist mit den verfügbaren Daten nicht abbildbar. Eine konsistente regionale Zuordnung ist nur nach der Impfstelle, nicht jedoch nach dem Wohnort der Geimpften möglich. Diese Zuordnung ist auch bei der Interpretation der Bundeslandimpfquoten zu beachten. Da die regional nach Impfort zugeordneten Impfdaten zur Berechnung der Impfquote eines Bundeslandes auf die jeweilige Wohnbevölkerung bezogen werden, können dabei rechnerisch auch Anteile von >100 % kalkuliert werden. Des Weiteren sind Unschärfen in der Zuordnung von Impfdaten zu beachten, insbesondere aufgrund unterschiedlicher Meldewege der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte: sie können entweder unter eigener Kennung DIM nutzen oder über Impfzentren mit deren Kennung melden oder auch ihre Daten über das KBV-Portal übermitteln.





### 3. SARS-CoV-2-Labortestungen und Variants of Concern (VOC)

Für die Erfassung der Testzahlen werden von Universitätskliniken, Forschungseinrichtungen sowie klinischen und ambulanten Laboren übermittelte Daten aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengeführt. Die Erfassung basiert auf einer freiwilligen Mitteilung der Labore und erfolgt über eine webbasierte Plattform (RKI-Testlaborabfrage) und in Zusammenarbeit mit der am RKI etablierten, laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 (eine Erweiterung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance, ARS), dem Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir) sowie der Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands. Bei den erhobenen Daten handelt es sich um eine freiwillige und keine verpflichtende Angabe der Labore, sodass eine Vollerfassung der in Deutschland durchgeführten PCR-Tests auf SARS-CoV-2 zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorliegt. Die hier veröffentlichten aggregierten Daten erlauben keine direkten Vergleiche mit den gemeldeten Fallzahlen.

#### 3.1. Testzahlenentwicklung und Positivenanteil

Die Anzahl der seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich KW 17/2022 erfassten PCR-Testungen, der Positivenanteil und die Anzahl übermittelnder Labore sind in Tabelle 3 dargestellt. Bis einschließlich KW 17/2022 haben sich 260 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen oben aufgeführten Netzwerke registriert und berichten nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlerfassung die Tests der vergangenen Kalenderwochen nachmelden bzw. korrigieren können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich ändern. Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da z. B. in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können (Tabelle 3). Der nach wie vor sehr hohe Anteil positiver PCR-Tests lässt sich durch Vortestungen mit Antigen(Selbst-)tests erklären, bei denen dann die PCR-Testungen zusätzlich als Bestätigungstests durchgeführt wurden.

**Tabelle 3: Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Deutschland (Stand 19.04.2022, 12:00 Uhr); KW=Kalenderwoche**

Kalenderwoche	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positivenanteil (%)	Anzahl übermittelnder Labore
Bis einschließlich KW 07/2022	109.430.871	13.840.631		
08/2022	1.993.948	894.215	44,8	209
09/2022	1.873.205	949.893	50,7	211
10/2022	2.297.826	1.215.698	52,9	213
11/2022	2.486.755	1.381.792	55,6	210
12/2022	2.331.579	1.285.967	55,2	207
13/2022	1.969.598	1.016.812	51,6	206
14/2022	1.558.284	765.809	49,1	211
15/2022	1.147.953	624.072	54,4	211
16/2022	1.056.351	533.700	50,5	208
<b>17/2022</b>	<b>1.071.728</b>	<b>448.248</b>	<b>41,8</b>	<b>204</b>
<b>Summe</b>	<b>127.218.098</b>	<b>22.956.837</b>		

Eine Auswertung der Positivenanteile der Vorwochen auf Laborebene im zeitlichen Verlauf (KW 12/2020 bis KW 20/2021) finden Sie im Epidemiologischen Bulletin (Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Epid. Bull. 24 | 2021 vom 17.06.2021)). Ab KW 05/2021 werden im Lagebericht die Testzahlen und -Kapazitäten in einer zusammenfassenden Grafik (Abbildung 21) dargestellt. Die vollständigen Testzahlen und -Kapazitäten sowie Probenrückstaus seit Beginn der Erfassung liegen zum Download unter <http://www.rki.de/covid-19-testzahlen> vor.

### 3.2. Testkapazitäten und Reichweite

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testzahlerfassung und durch einen labormedizinischen Berufsverband freiwillige Angaben zur täglichen (aktuellen) PCR-Testkapazität und Reichweite erfasst. In KW 17/2022 machten 180 Labore hierzu Angaben. Unter Berücksichtigung aller notwendigen Ressourcen (Entnahmematerial, Testreagenzien, Personal u. a.) ergibt sich daraus eine zum Zeitpunkt der Abfrage reelle Testkapazität von 3.071.641 Tests in KW 18/2022 (Abbildung 21).

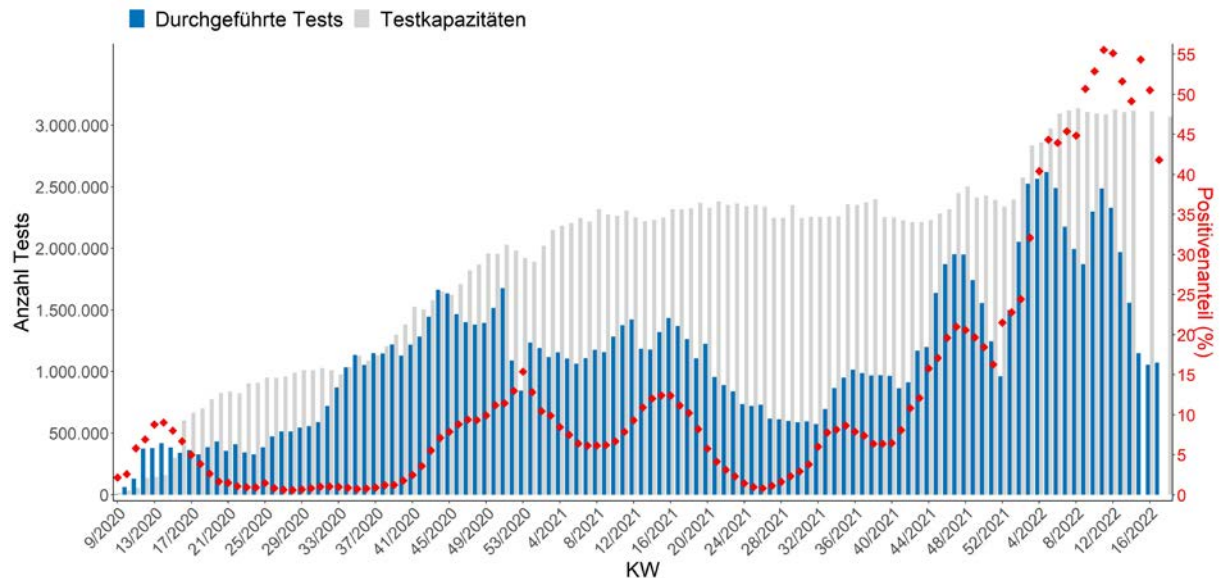


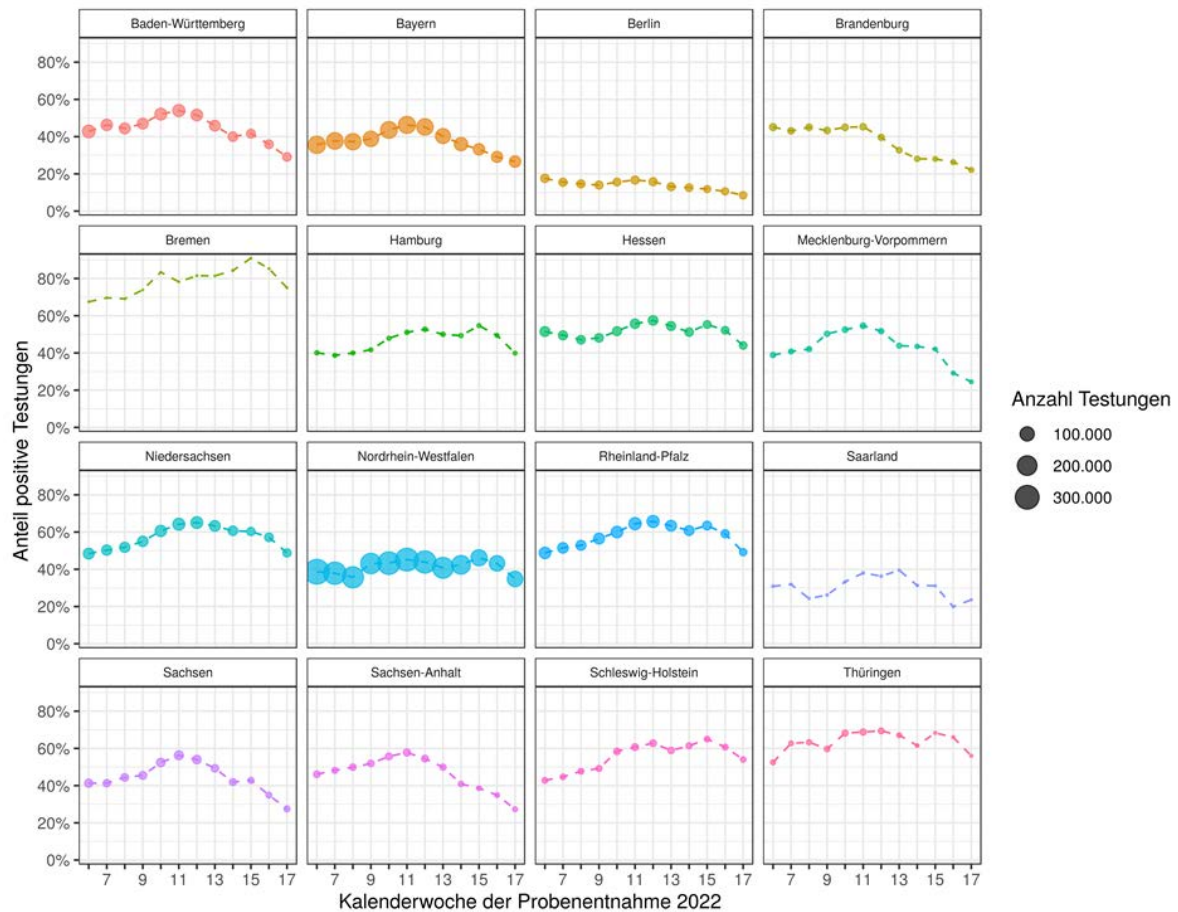
Abbildung 21: Anzahl der durchgeführten SARS-CoV-2-PCR-Testungen und der Positivenanteil sowie Testkapazitäten der übermittelnden Labore pro Kalenderwoche (KW), (Stand 03.05.2022, 12:00 Uhr)

### 3.3. Fachliche Einordnung der aktuellen Laborsituation in Deutschland

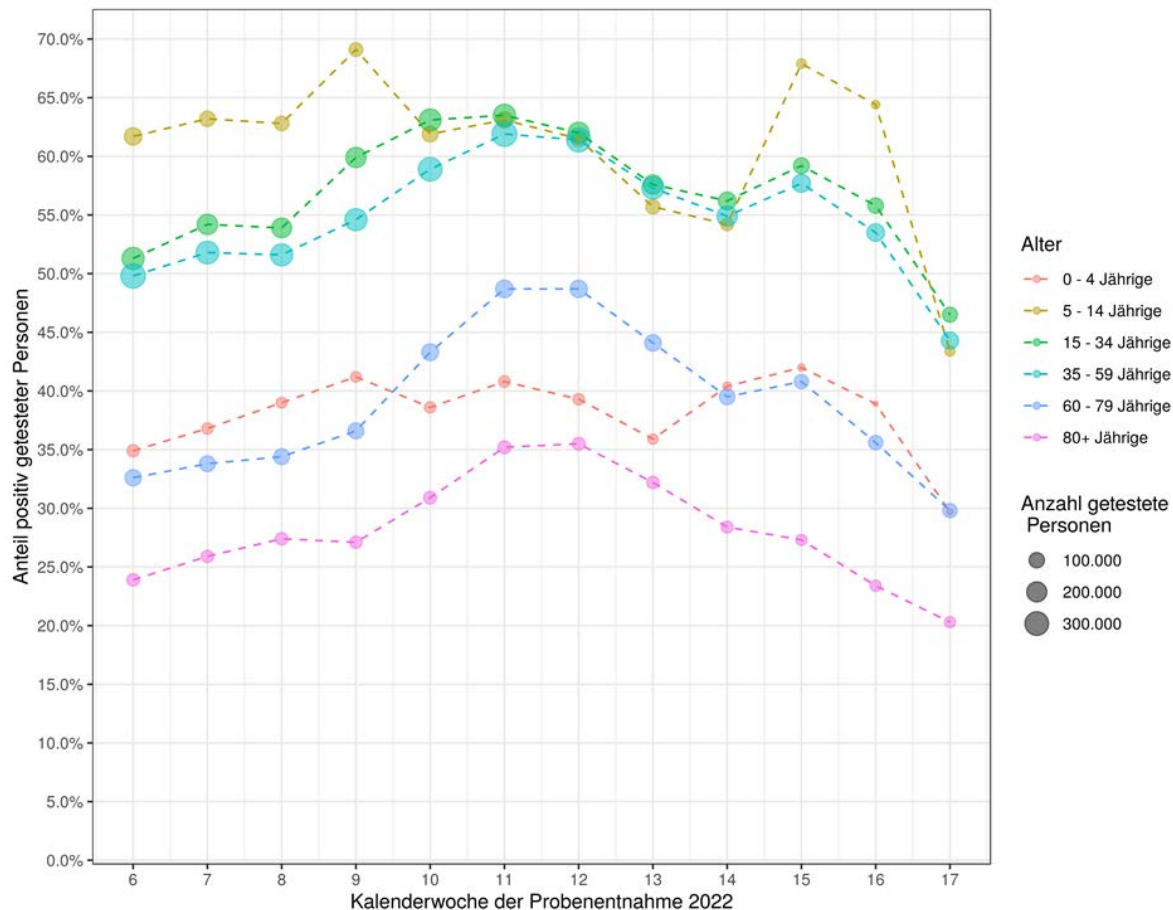
Im Rahmen der COVID-19-Pandemie spielt die Diagnostik zu SARS-CoV-2 eine bedeutsame Rolle. Die Tests sind nicht nur unverzichtbar für die diagnostische Abklärung, sondern spielen auch eine wichtige Rolle für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung. Die Erfassung der durchgeführten Tests sowie die Ermittlung des Anteils der positiven Tests ermöglichen eine Einschätzung zur Wirksamkeit der Teststrategie. Bei der Interpretation der Daten müssen Veränderungen in der Teststrategie sowie im Testverhalten der Bevölkerung berücksichtigt werden. In KW 17/2022 lag der Positivenanteil der erfassten Tests bei 41,8 %.

#### 3.3.1. Positivenanteile nach Bundesland und Altersgruppen

Bei den derzeit 76 Laboren, die sich an der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 beteiligen, werden weitere Informationen zu SARS-CoV-2-Testungen erhoben, die stratifizierte Darstellungen der Testzahlen und Positivenanteile ermöglichen. Von den 76 Laboren wurden seit Beginn der Testungen insgesamt 53.399.393 SARS-CoV-2 PCR-Testergebnisse übermittelt von denen 9.184.571 positiv waren (Datenstand 03.05.2022). Diese decken ca. 40 % der insgesamt im Rahmen aller Abfragen und Surveillance-Systeme an das RKI übermittelten Testungen ab. In Abbildung 22 und Abbildung 23 werden die Ergebnisse über die Zeit nach Bundesland und Altersgruppe dargestellt. Unter <https://ars.rki.de/Content/COVID19/Main.aspx> sind weiterführende Informationen zur laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 und ein ausführlicherer wöchentlicher Bericht mit weiteren stratifizierten Darstellungen sowie Daten zum Download zu finden.



**Abbildung 22:** Anteil der positiven PCR-Testungen von allen im Rahmen der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelten PCR-Testungen nach Kalenderwoche der Probenentnahme und nach Bundesland unter Berücksichtigung der Anzahl der Testungen. Die Punktgröße spiegelt die Anzahl der gesamtgetesteten Proben pro Kalenderwoche wider. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Repräsentativität der Daten aktuell nicht für jedes Bundesland gegeben ist. Dargestellt werden die letzten 12 Kalenderwochen (Datenstand 03.05.2022; 76 übermittelnde Labore).



**Abbildung 23:** Anteil der PCR-positiv getesteten Personen von allen im Rahmen der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelten PCR-getesteten Personen nach Kalenderwoche der Probenentnahme und unter Berücksichtigung der Anzahl der getesteten Personen. Die Punktgröße spiegelt die Anzahl der gesamtgetesteten Personen pro Kalenderwoche wider. Dargestellt werden die letzten 12 Kalenderwochen (Datenstand 03.05.2022; 76 übermittelnde Labore).

### 3.4. SARS-CoV-2 Variants of Concern

Seit Beginn der Pandemie wurden sowohl weltweit als auch in Deutschland verschiedene SARS-CoV-2-Varianten beobachtet, darunter die besorgniserregenden Varianten (Variants of Concern, VOC) Alpha (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gamma (P.1), Delta (B.1.617.2) und seit Ende November 2021 Omikron (B.1.1.529). Die Definition als VOC erfolgt, wenn Hinweise auf eine erhöhte Übertragbarkeit, einen schwereren Krankheitsverlauf und/oder eine immunevasive Wirkung vorliegen. Neben den VOC gibt es weiterhin die Gruppe der unter Beobachtung stehenden Varianten (Variant of Interest; VOI). Diese weisen charakteristische Mutationen auf, welche mit einer erhöhten Übertragbarkeit, Virulenz und/oder veränderter Immunantwort assoziiert sind. Das RKI richtet sich bei der Bewertung von Virusvarianten (VOC, VOI) nach der WHO. Auf den RKI Internetseiten zu den [virologischen Basisdaten](#) sowie [Virusvarianten](#) finden Sie nähere Informationen zu den SARS-CoV-2-Varianten und ihren Sublinien<sup>9</sup>, zur Nomenklatur als auch Fallzahlen aus verschiedenen Datenquellen in Deutschland.

#### 3.4.1. Datenquellen

Das RKI hat die Systeme zur bundesweiten Integrierten Molekularen Surveillance (IMS) erweitert, um einen detaillierten Überblick über Vorkommen und Ausbreitung spezifischer SARS-CoV-2-Mutationen zu erhalten. So werden auch neue Virusvarianten und deren Ausbreitung frühzeitig entdeckt. Die IMS

<sup>9</sup> Im Rahmen der international verwendeten Pangolin-Nomenklatur für SARS-CoV-2-Virusvarianten wurden eine Reihe einzelner Sublinien definiert, unter anderem auch für VOC und VOI. Die Unterteilung in Sublinien ermöglicht eine differenziertere Überwachung ihrer Ausbreitung und basiert neben genomischen Veränderungen auch auf einer signifikanten geografischen Häufung. Für verschiedene Virusvarianten wurden Sublinien eingeführt, z. B. für die VOCs Alpha (B.1.1.7; Q Linien), Delta (B.1.617.2; AY Linien) und Omikron (B.1.1.529; BA Linien).



besteht aus zwei Komponenten: (1) der Gesamtgenomsequenzierung der SARS-CoV-2-positiven Proben und (2) der Verknüpfung der dabei gewonnenen Sequenzdaten mit den klinisch-epidemiologischen Daten, welche von den Gesundheitsämtern erhoben und über die Landesbehörden an das RKI übermittelt werden. Im Rahmen der IMS wertet das RKI also die deutschlandweit zusammengeführten Sequenzdaten gemeinsam mit den klinisch-epidemiologischen Daten aus.

Die Analyse der Genomsequenzen beinhaltet Daten aus der Gesamtgenomsequenzierung, die am RKI direkt durchgeführt wird, sowie jene, die dem RKI im Rahmen der Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) übermittelt werden. Die übermittelten Sequenzdaten wiederum können zwei Gruppen zugeordnet werden. **(A) Sequenzierungen, die aus einem bestimmten klinisch-epidemiologischen oder labordiagnostischen Verdacht auf Besonderheiten durchgeführt wurden**, sowie **(B) Sequenzierungen, die zufällig aus dem Gesamtvorkommen an SARS-CoV-2-positiven Proben in den Laboren ausgewählt wurden**. Gruppe A enthält die anlassbezogenen Proben<sup>10</sup>, Gruppe B bildet die sogenannte **Stichprobe**.

Für *etwa die Hälfte* der eingereichten Gesamtgenomsequenzen stehen zusätzlich klinisch-epidemiologische Informationen aus dem Meldesystem zur Verfügung, da sie konkreten Fällen zugeordnet werden können. Die im Abschnitt Genomsequenzdaten zu SARS-CoV-2 Varianten gezeigte Auswertung basiert auf der o. g. Stichprobe.

Insgesamt stehen dem RKI aktuell (Datenstand 03.05.2022) 854.422 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen seit dem 01.01.2021 aus Deutschland zur Verfügung. Für die KW 16/2022<sup>11</sup> ergibt sich aus der Zahl verfügbarer Genomsequenzen und bekannter laborbestätigter Infektionen in Deutschland bisher ein Anteil mittels Gesamtgenomsequenzierung untersuchter SARS-CoV-2-positiver Proben von insgesamt 1,5 %. Etwas mehr als die Hälfte davon – 0,9 % – entfallen auf die o. g. Stichprobe.

Um Veränderungen des Erregergenoms und die Verbreitung der SARS-CoV-2-Varianten schnell und genau erkennen zu können, sollte ein hoher Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben sequenziert werden. Die Integrierte Molekulare Surveillance (IMS) ermöglicht die frühzeitige Detektion von neuen Varianten, aber auch von Veränderungen der Verbreitung bekannter Varianten. Dabei ist insbesondere ein hoher Anteil von zufällig ausgewählten Proben, die in die o. g. Stichprobe eingehen, von großer Bedeutung. Die Proben der Stichprobe sollen dabei ohne vorherigen Verdacht auf Vorliegen einer bestimmten Variante oder anderer Besonderheiten, wie klinische Eigenschaften, für die Gesamtgenomsequenzierung ausgewählt werden. In Abbildung 24 ist der Anteil der sequenzierten Proben der Stichprobe seit Januar 2021 dargestellt, wobei die Anzahl der Proben in den letzten Wochen jeweils bei mehreren Tausend lag.

---

<sup>10</sup> z. B. bei Hinweisen auf das Vorliegen einer VOC aufgrund der Reiseanamnese oder Labordiagnostik, Reinfektion, Impfdurchbruch oder Hinweise auf einen Ausbruch

<sup>11</sup> Aufgrund der prozessbedingten langen Dauer bis zur Übermittlung der Sequenzierungsergebnisse an das RKI (z. B. Einsendung der Proben an sequenzierende Labore, Sequenzierung der Proben, Genomanalyse) wird über die Genomsequenzdaten aus der Vorvorwoche berichtet. Für den Berichtszeitraum werden jene Sequenzen ausgewählt, deren zugehörige Probenahme in der berichteten Woche stattfand. Das Datum der Probennahme entspricht ungefähr dem Meldedatum.

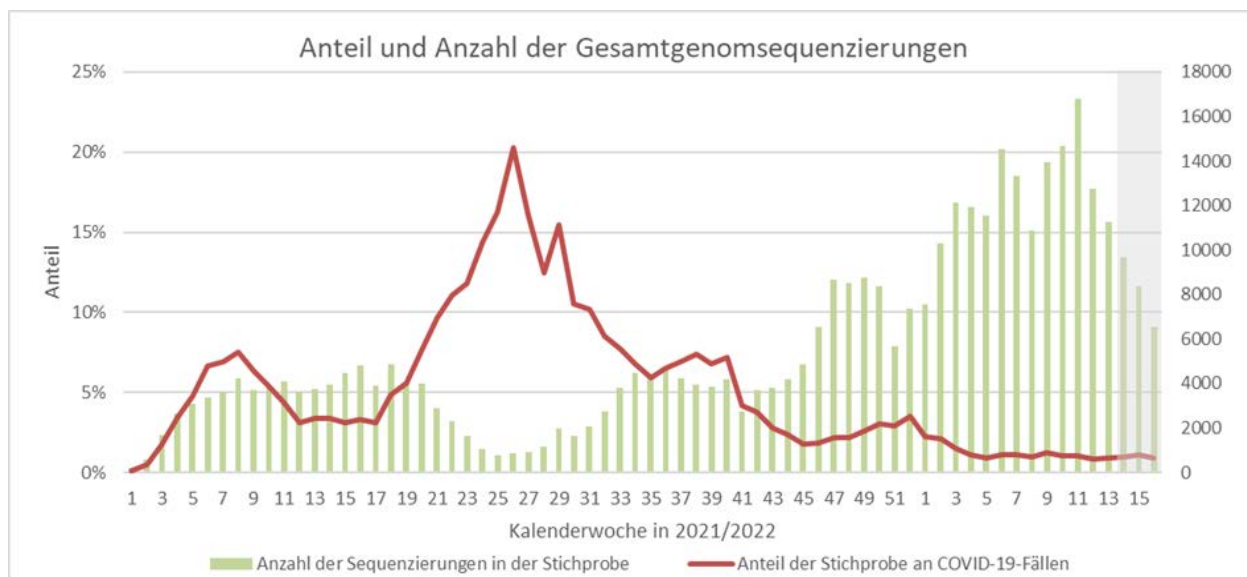


Abbildung 24: Anzahl (grüne Balken) und Anteil (rote Linie) der zufällig für die Sequenzierung ausgewählten SARS-CoV-2 positiven Proben an den COVID-19-Fällen der jeweiligen Kalenderwoche in 2021/2022 (siehe Abbildung 2). Für den grau hinterlegten Bereich ist mit Veränderungen auf Grund von Nachmeldungen zu rechnen (Datenstand: 03.05.2022).

Sowohl die **Genomsequenzdaten zu SARS-CoV-2 Varianten**, das heißt **anlassbezogene Proben und Stichproben**, als auch Verdachtsfälle von VOC, die mittels variantenspezifischer PCR bestimmt und übermittelt wurden, finden Eingang in die IfSG-Meldedaten, wo sie mit den zugehörigen klinisch-epidemiologischen Daten verknüpft werden. Damit fließt ein großer Teil der Genomsequenzdaten in die IfSG-Meldedaten ein.

### 3.5. SARS-CoV-2-Varianten Verteilung in Deutschland

Aktuell ist die Variant of Concern (VOC) Omikron die in Deutschland dominierende SARS-CoV-2-Variante. Andere Varianten, wie die VOC Delta und zuvor die VOC Alpha wurden fast vollständig verdrängt und werden zurzeit nur sehr selten nachgewiesen. Aktuell sind die SARS-CoV-2-Varianten Lambda (C.37) und My (B.1.621) als VOI eingestuft, beide VOI wurden seit letztem Sommer bzw. Herbst nicht mehr in der Stichprobe nachgewiesen.

#### 3.5.1. Genomsequenzdaten zu SARS-CoV-2 Varianten

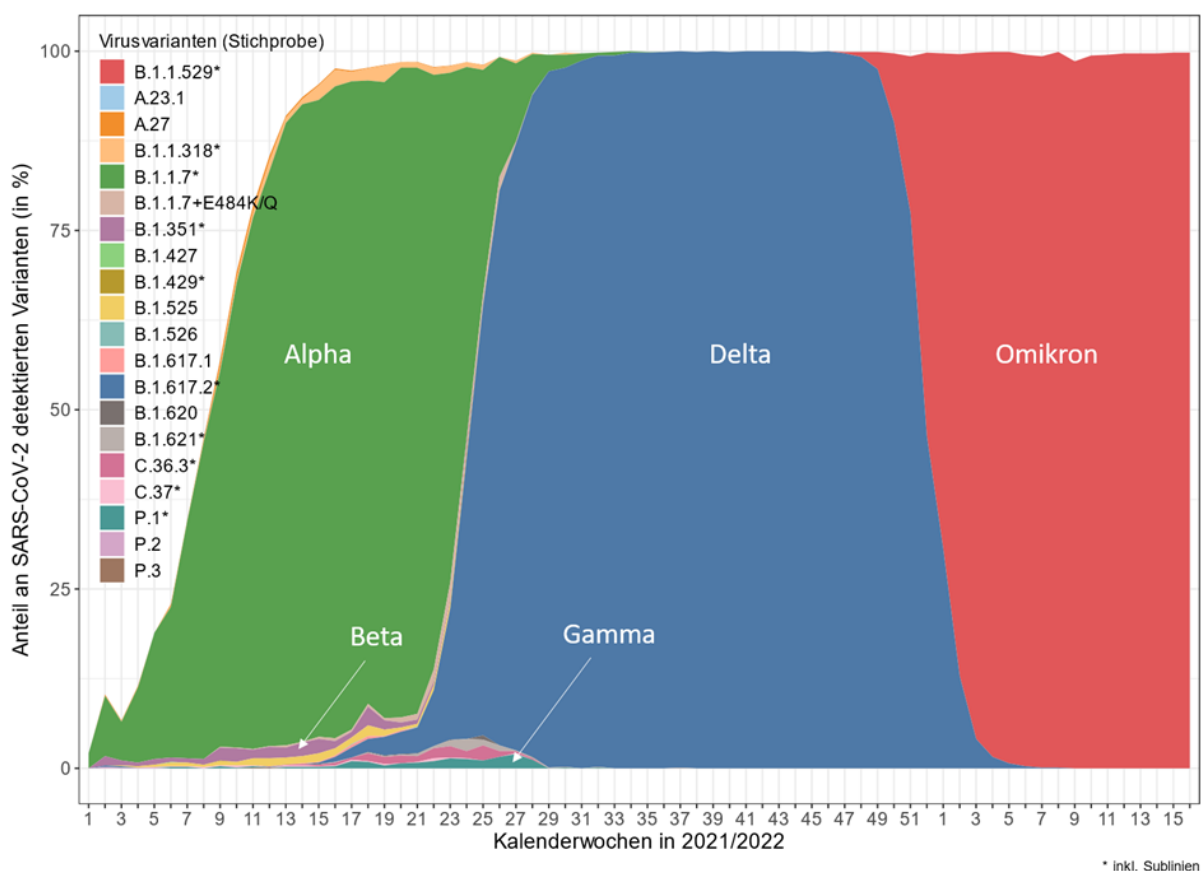
Die Genomsequenzdaten in diesem Abschnitt beziehen sich auf den Zeitraum bis einschließlich KW 16/2022.

Die Linien der aktuell dominierenden VOC Omikron weisen verschiedene Aminosäureunterschiede innerhalb des Spikeproteins (und anderen Virusproteinen) auf und werden als BA Linien erfasst. Die Linien BA.1 bis BA.5 werden als übergeordnete Linien in Tabelle 4 aufgeführt. Eine vollständige Tabelle ab KW 01/2021, in der alle VOC und Sublinien enthalten sind, findet sich unter:

[www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/VOC\\_VOI\\_Tabelle.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/VOC_VOI_Tabelle.html)

**Tabelle 4: Anteile sequenzierter VOC Delta (B.1.617.2) und Omikron BA.1 bis BA.5 (inkl. der jeweiligen Sublinien) (Datenstand 03.05.2022).**

KW 2022	Delta	Omikron				
		BA.1	BA.2	BA.3	BA.4	BA.5
07	0,1 %	61,4 %	37,4 %	0,4 %	0 %	0 %
08	0,1 %	49,3 %	50,2 %	0,3 %	0 %	0 %
09	< 0,1 %	35,2 %	62,7 %	0,7 %	0 %	0 %
10	< 0,1 %	25,1 %	73,8 %	0,5 %	0 %	0 %
11	< 0,1 %	16,5 %	82,5 %	0,5 %	0 %	0 %
12	< 0,1 %	10,5 %	89,0 %	0,2 %	0 %	< 0,1 %
13	0 %	6,6 %	92,9 %	0,2 %	0 %	< 0,1 %
14	0 %	4,9 %	94,5 %	0,2 %	0 %	0,1 %
15	0 %	2,9 %	96,5 %	0,2 %	< 0,1 %	0,1 %
16	0 %	1,7 %	97,6 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %



**Abbildung 25: Prozentuale Anteile der VOC und VOI bezogen auf die Genomsequenzen aus der Stichprobe, absteigend sortiert nach Anteil. Die Abbildung zeigt auch Varianten, die deeskaliert wurden und damit nicht mehr als VOI gelten.**

Wie in Tabelle 4 aufgelistet, ist die Omikron-Linie BA.2 (inkl. aller Sublinien) in der Stichprobe die in Deutschland vorherrschende Variante. Ihr Anteil lag in KW 16/2022 bei 98 %. In der Stichprobe wurde keine anderen VOC oder VOIs nachgewiesen.

Neben den Omikron-Sublinien treten sporadisch auch Rekombinanten verschiedener Virusvarianten auf. Bei einer Rekombination entsteht ein Virus, dessen Erbmateriale sich aus Genominformation verschiedener Virusvarianten, die gleichzeitig eine Wirtszelle infiziert haben, zusammensetzt. So besitzt z. B. die rekombinierte Viruslinie XD die Spike-Gensequenz aus Omikron (BA.1), während das restliche Genom aus Delta (AY.4) stammt. Die Linie XD wurde in Deutschland bisher einmal in einer Probe von Februar 2022 nachgewiesen. Des Weiteren wurden Rekombinationen aus BA.1 und BA.2 nachgewiesen: XE (13-mal), XG (3-mal), XH (1-mal) und XN (1-mal). Die am häufigsten (203-mal) nachgewiesene XM-Linie ist eine Rekombinante aus den Omikron-Sublinien BA.1.1 und BA.2. Die XM-Linie wurde Mitte Februar zum ersten Mal identifiziert und seitdem in verschiedenen europäischen

Ländern, wie Dänemark, Niederlanden und dem Vereinigten Königreich nachgewiesen. Der Nachweis erfolgte sowohl durch Klassifizierung mittels Pangolin (v4.0.6) als auch gezielter Suche von Genomsequenzen, die charakteristische Mutationsprofile aufweisen (Datenstand 01.05.2022). Die so ermittelten Sequenzen wurden hinsichtlich ihrer Verlässlichkeit von Fachleuten bestmöglich eingeschätzt. Da die Klassifizierung rekombinanter Sequenzen derzeit noch fehleranfällig sein kann und sich die hierfür benötigten Liniendefinitionen und Algorithmen in steter Weiterentwicklung befinden, können die resultierenden Zahlen gewissen Schwankungen unterliegen und sich von Zahlen alternativer Analyseverfahren unterscheiden. Die rekombinanten Linien stehen unter Beobachtung, bislang liegen bislang keine epidemiologischen Hinweise auf eine Veränderung der Übertragbarkeit, Virulenz und/oder veränderter Immunantwort gegenüber den Ausgangsvarianten vor. Für die rekombinante Linien XE wird aus dem Vereinigten Königreich eine leicht bessere Übertragung bei XE gegenüber BA.2 berichtet. Bisher ist kein starkes Wachstum der genannten Rekombinanten in Deutschland festzustellen. Sie treten in Deutschland bisher nur vereinzelt auf.

### 3.5.2. IfSG-Meldedaten zu SARS-CoV-2-Varianten

Mit den Änderungen in der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 11.02.2022 werden variantenspezifische PCR Testungen nicht mehr vergütet. Seitdem hat sich die Anzahl der übermittelten VOC Ergebnisse seit KW 06/2022 sehr stark reduziert. Dies wirkt sich besonders in Bundesländern mit geringer Bevölkerungszahl aus und führt zu größeren Schwankungen in der Berechnung der VOC Anteile, so dass ein Vergleich zwischen den Bundesländern nicht mehr aussagekräftig ist. Die übermittelten Fälle nach VOC und nach Bundesländern werden seit dem 07.04.2022 nicht mehr veröffentlicht.

Unter [www.rki.de/covid-19-varianten](https://www.rki.de/covid-19-varianten) sind weitere Informationen zu Omikron und allen VOC zu finden. Darüber hinaus stellt das RKI eine [Hilfestellung zur Ableitung variantenspezifischer PCR-Testungen aus charakteristischen Aminosäure-Austauschen und Deletionen bei SARS-CoV-2](#) zur Verfügung.

## 4. Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland

Dokumente und Informationen zu Empfehlungen und Maßnahmen finden sie unter [www.rki.de/covid-19](https://www.rki.de/covid-19).

### 4.1. Aktuelles

- Aktuelle Risikobewertung für Deutschland (05.05.2022)  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikobewertung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html)
- Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition, Empfehlungen des Bundes (02.05.2022)  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html)
- Aktualisierung Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2 / Krankheit COVID-19 (02.05.2022)  
<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html>
- COVID-19-Infektionsgeschehen und Maßnahmen in Schulen – Auswertungen der Daten auf der Webseite der Kultusministerkonferenz, Epid Bull 17/2022 (28.04.2022)  
[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/17/Art\\_02.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/17/Art_02.html)
- Aktualisierung der Informationen zu besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvarianten (VOC) (20.04.2022)  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Virusvariante.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html)
- Flyer: Verhaltenstipps für das Frühjahr 2022 (30.03.2022)  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Buerger/Flyer-Verhaltenstipps-Fruehjahr-2022.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer-Verhaltenstipps-Fruehjahr-2022.pdf)

## 5. Anhang

### 5.1. Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung

Die in diesem Lagebericht dargestellten Daten stellen eine Momentaufnahme dar. Informationen zu Fällen können im Verlauf der Erkrankung nachermittelt und im Meldewesen nachgetragen werden. Nicht für alle Variablen gelingt eine vollständige Erfassung.

Die Gesundheitsämter ermitteln ggf. zusätzliche Informationen, bewerten den Fall und leiten die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen ein. Die Daten werden spätestens am nächsten Arbeitstag vom Gesundheitsamt elektronisch an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI übermittelt. Die Daten werden am RKI einmal täglich jeweils um 0:00 Uhr aktualisiert.

Durch die Dateneingabe und Datenübermittlung entsteht von dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens des Falls bis zur Veröffentlichung durch das RKI ein Zeitverzug, sodass es Abweichungen hinsichtlich der Fallzahlen zu anderen Quellen geben kann.

Für die Berechnung der Inzidenzen werden seit 26.08.2021 die Daten der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes mit Datenstand 31.12.2020 verwendet. Die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz erfolgt auf Basis des Meldedatums, also dem Datum, an dem das lokale Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst hat. Für die heutige 7-Tage-Inzidenz werden die Fälle mit Meldedatum der letzten 7 Tage gezählt.

Die Differenz zum Vortag, so wie sie im Lagebericht und Dashboard ausgewiesen wird, bezieht sich dagegen auf das Datum, wann der Fall erstmals in der Berichterstattung des RKI veröffentlicht wird. Es kann sein, dass z. B. durch Übermittlungsverzug dort auch Fälle enthalten sind, die ein Meldedatum vor mehr als 7 Tagen aufweisen. Gleichzeitig werden in der Differenz auch Fälle berücksichtigt, die aufgrund von Datenqualitätsprüfungen im Nachhinein gelöscht wurden, sodass von dieser Differenz nicht ohne weiteres auf die 7-Tage-Inzidenz geschlossen werden kann. Die Meldewoche entspricht der Kalenderwoche nach den Regeln des internationalen Standards ISO 8601 (entspricht DIN 1355). Sie beginnt montags und endet sonntags. Die Meldewochen eines Jahres sind fortlaufend nummeriert, beginnend mit der ersten Woche, die mindestens 4 Tage des betreffenden Jahres enthält. Meldejahre können 52 oder gelegentlich 53 Wochen haben. Die Zuordnung zur Meldewoche wird durch den Tag bestimmt, an dem das Gesundheitsamt offiziell Kenntnis von einem Fall erlangt. Für hier aufgeführte Daten aus Meldesystemen wird die Bezeichnung „MW“ für Meldewoche verwendet. Für unabhängige Surveillance-systeme und solche in dem unterschiedliche Datenquellen zusammenfließen wird die Bezeichnung „KW“ für Kalenderwoche verwendet.