ROBERT KOCH INSTITUT

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

08.06.2023 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

*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 meisten Ergebnisse in diesem Wochenbericht beziehen sich auf Daten bis zur 22. Kalenderwoche 2023.

Mit diesem Bericht am 08.06.2023 stellt das RKI den wöchentlichen Lagebericht zu COVID-19 ein.

Im ARE-Wochenbericht des RKI wird weiterhin über die Zirkulation von SARS-CoV-2 im Rahmen der virologischen Surveillance sowie über die Krankheitslast von akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung, im ambulanten sowie im stationären Bereich im Rahmen der syndromischen Surveillance berichtet werden: https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx .

Werktäglich aktualisierte Trendberichte relevanter Indikatoren stehen im Pandemieradar zur Verfügung. Des Weiteren bietet SurvStat@RKI die Möglichkeit, übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise individuell abzufragen.

## Datengrundlage

Im **Meldesystem nach Infektionsschutzgesetz** werden alle gemeldeten SARS-CoV-2 laborbestätigten Fälle erfasst. Damit lassen sich Fälle nach Krankheitsschwere regional hochaufgelöst analysieren sowie Ausbrüche erkennen und ggf. eindämmen. Es können nicht alle Einzelfälle vollständig erfasst werden. Meldungen sind u.a. abhängig vom Inanspruchnahmeverhalten von Betroffenen. Mit der **syndromischen Surveillance** kann über den gesamten Pandemieverlauf die Zahl der symptomatisch Erkrankten in der Bevölkerung sowie die Zahl der Arztbesuche und Krankenhauseinweisungen auf nationaler Ebene zuverlässig geschätzt und bewertet werden. Mit der **virologischen und molekularen Surveillance** werden die zirkulierenden Atemwegserreger und für SARS-CoV-2 die jeweiligen Varianten mit entsprechenden Sublinien sicher detektiert. Für die **Belastung des intensivmedizinischen Bereichs** liegen ebenfalls detaillierte Daten vor. Die Auswertung dieser Daten ermöglicht eine zuverlässige Einschätzung und Bewertung der Gesamtentwicklung der epidemiologischen Situation von COVID-19 in Deutschland.

**Inhalt**

**1 Epidemiologische Lage in Deutschland ... 3**
1.1 Zusammenfassende Bewertung der aktuellen Situation ... 3
1.2 Demografische Verteilung ... 4
1.3 Zeitlicher Verlauf ... 4
1.4 Geografische Verteilung ... 5
1.4.1 Wochenvergleich der Bundesländer ... 5
1.5 Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in Bezug auf COVID-19 ... 6
1.5.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene ... 6
1.5.2 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung ... 7
1.5.3 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen im stationären Bereich ... 7
1.6 Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung ... 8
1.6.1 Hospitalisierungen in den Meldedaten ... 8
1.6.2 Daten aus dem Intensivregister ... 9
1.6.3 Inanspruchnahme von Notaufnahmen aus der Notaufnahmesurveillance (SUMO) ... 10
1.7 Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo ... 10
**2 Impfen und Testzahlen ... 11**
2.1 Impfen ... 11
**3 Variants of Concern (VOC) und Viruslast im Abwasser ... 11**
3.1 SARS-CoV-2 Varianten von besonderer Bedeutung ... 11
3.2 Viruslast im Abwasser ... 11
**4 Weitere Berichte und Dokumente ... 13**
4.1 Aktuelle Berichte und Dokumente ... 13
**5 Anhang ... 14**
5.1 Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung ... 14

# 1 Epidemiologische Lage in Deutschland

## 1.1 Zusammenfassende Bewertung der aktuellen Situation

Die zur Bewertung der COVID-19-Situation herangezogenen Datenquellen zeigen für KW 22/2023 weiterhin einen sinkenden Trend und eine abnehmende Zahl schwerer Krankheitsfälle.

In KW 22/2023 erkrankten etwa 4,0 Millionen Personen mit akuten Atemwegserkrankungen (ARE) in der Bevölkerung. Die ARE-Rate blieb im Vergleich zur Vorwoche stabil. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in KW 22/2023 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken und liegt bei 580.000 Konsultationen (entspricht ca. 700 Arztkonsultationen wegen ARE/100.000 Einw.). Wie die virologische Sentinel-Surveillance zeigt, verursachen aktuell unterschiedliche Atemwegsviren, vor allem Rhinoviren, die Zahl an ARE, die im ambulanten Bereich zu Arztbesuchen führen. Auch die Zahl der SARI-Fälle ist in KW 22/2023 weiter gesunken und liegt aktuell auf einem niedrigen Niveau. Eine aktuelle Darstellung, die die Entwicklungen akuter respiratorischer Erkrankungen im Detail beschreibt, finden Sie im ARE-Bericht dieser Woche (ARE-Wochenbericht).

Die Anzahl SARS-CoV-2-infizierter Menschen mit Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung in Deutschland wird in KW 22/2023 auf 75.000 geschätzt, die Zahl der Arztkonsultationen aufgrund einer akuten Atemwegserkrankung mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose auf etwa 16.000. Die Anzahl SARS-CoV-2-infizierter Menschen mit ARE-Symptomen (GrippeWeb) ist gesunken, die Zahl der Arztkonsultationen aufgrund einer ARE mit COVID-19 (SEED) ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.

Die bundesweite 7-Tage-Inzidenz der gemeldeten Fälle mit einem labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 ist im Vergleich zur Vorwoche um 36 % gesunken.

Die Inzidenz der Hospitalisierungen mit SARI aufgrund von COVID-19 (COVID-SARI) liegt aktuell bei 0,5/100.000 Einwohnern. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa **400 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI** für die KW 22/2023 in Deutschland. In den letzten Wochen war auch hier ein sinkender Trend zu beobachten.

Die im DIVI-Intensivregister berichtete absolute Zahl der auf einer **Intensivstation behandelten Personen mit einer COVID-19-Diagnose** ist in KW 22/2023 niedriger als in der Vorwoche und lag am 07.06.2023 bei 170 Personen (Vorwoche 218 Personen).

Insgesamt zeigen die verschiedenen Datenquellen für die verschiedenen Schweregrade von COVID-19 (Erkrankungen allgemein, Erkrankungen mit Arztbesuch, Erkrankungen mit Krankenhauseinweisung) alle einen abnehmenden Trend. Weiterhin sind hochaltrige Personen ab 80 Jahren am stärksten von schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen durch COVID-19 betroffen.

Bei Auftreten von **Symptomen einer Atemwegsinfektion wie z. B. Schnupfen, Halsschmerzen oder Husten** wird generell – unabhängig von einem nachgewiesenen Erreger - empfohlen, **für 3 bis 5 Tage und bis zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik zu Hause zu bleiben** und Kontakte zu vermeiden. Bei Bedarf sollte die hausärztliche Praxis kontaktiert werden. Insbesonders der Kontakt zu **älteren Personen und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, die bei Atemwegserkrankungen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf** aufweisen, sollte vermieden werden. Um eine Infektion und das Übertragungsrisiko auf andere generell zu reduzieren, sollten möglichst alle Empfehlungen zur Vermeidung von ARE beachtet werden.

## 1.2 Demografische Verteilung

Die altersgruppenspezifische (Melde-) Inzidenz wird in Abbildung 1 als 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Einw.) in der jeweiligen Altersgruppe nach Meldewoche (MW) gezeigt. Aktuell werden in der Bevölkerung die meisten COVID-19-Fälle bei den Hochaltrigen gemeldet, allerdings ebenfalls auf sehr niedrigem Niveau.

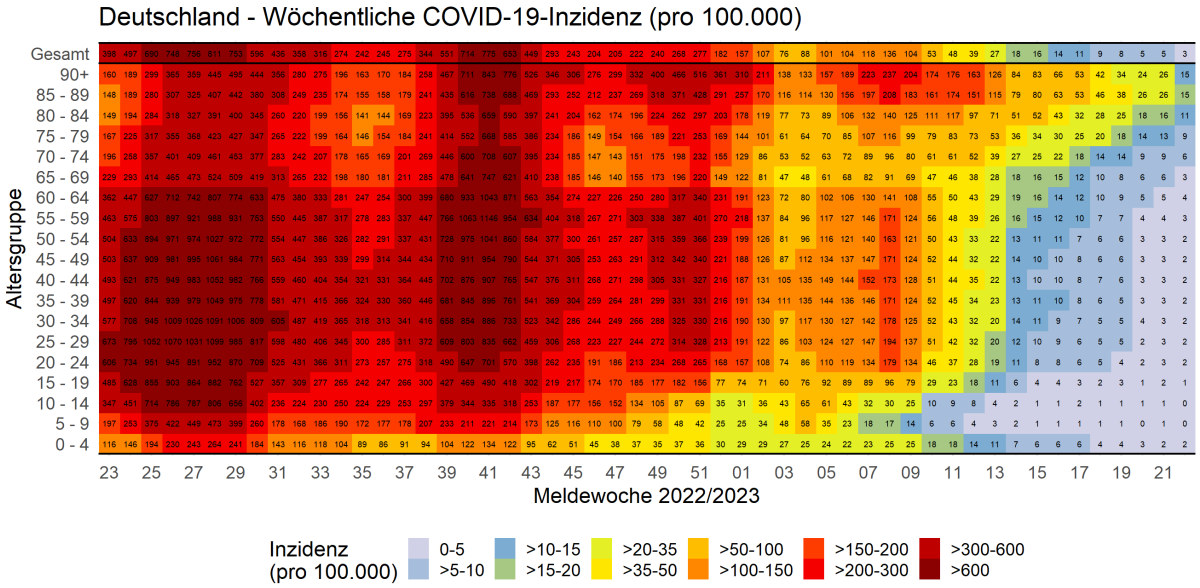


**Abbildung 1. Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und Meldewoche (n= 11.866.549 Fälle mit entsprechenden Angaben in den Meldewochen 23/2022 bis 22/2023; Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr).**

## 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. Ab etwa der zweiten Jahreshälfte 2022 wird – bedingt durch verändertes Testverhalten, Testpflichten und - angebote – die absolute Häufigkeit von COVID-19 in vermindertem Umfang abgebildet, beschreibt aber die bereits erfassten Wellen der Pandemie weiterhin sehr gut.

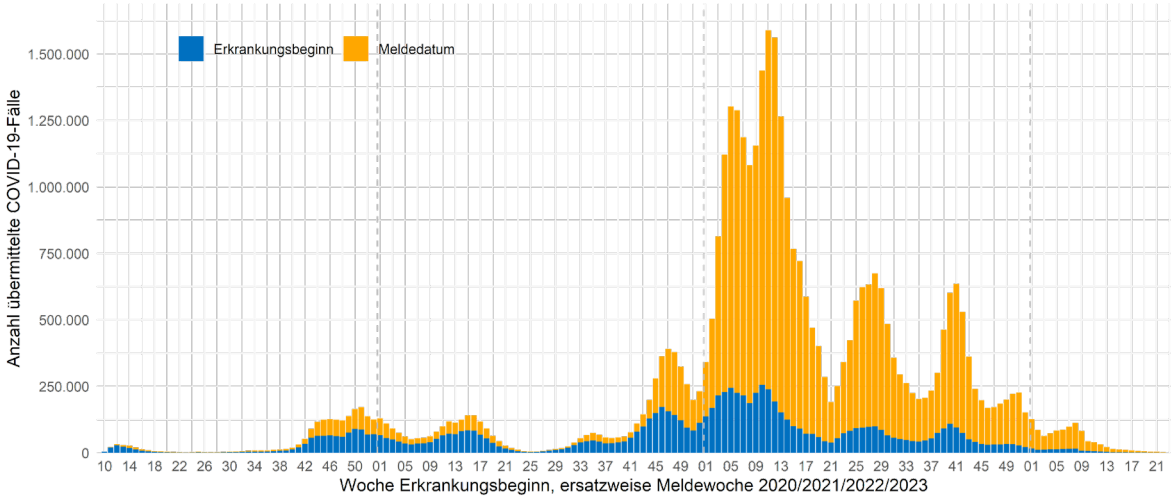


**Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche seit MW 10/2020 (Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr).**

## 1.4 Geografische Verteilung

Die geografische Verteilung der übermittelten Fälle der letzten Woche und der Vorwoche ist in Abbildung 3 dargestellt. In allen Kreisen lag die 7-Tage-Inzidenz unter 50/100.000 Einw.

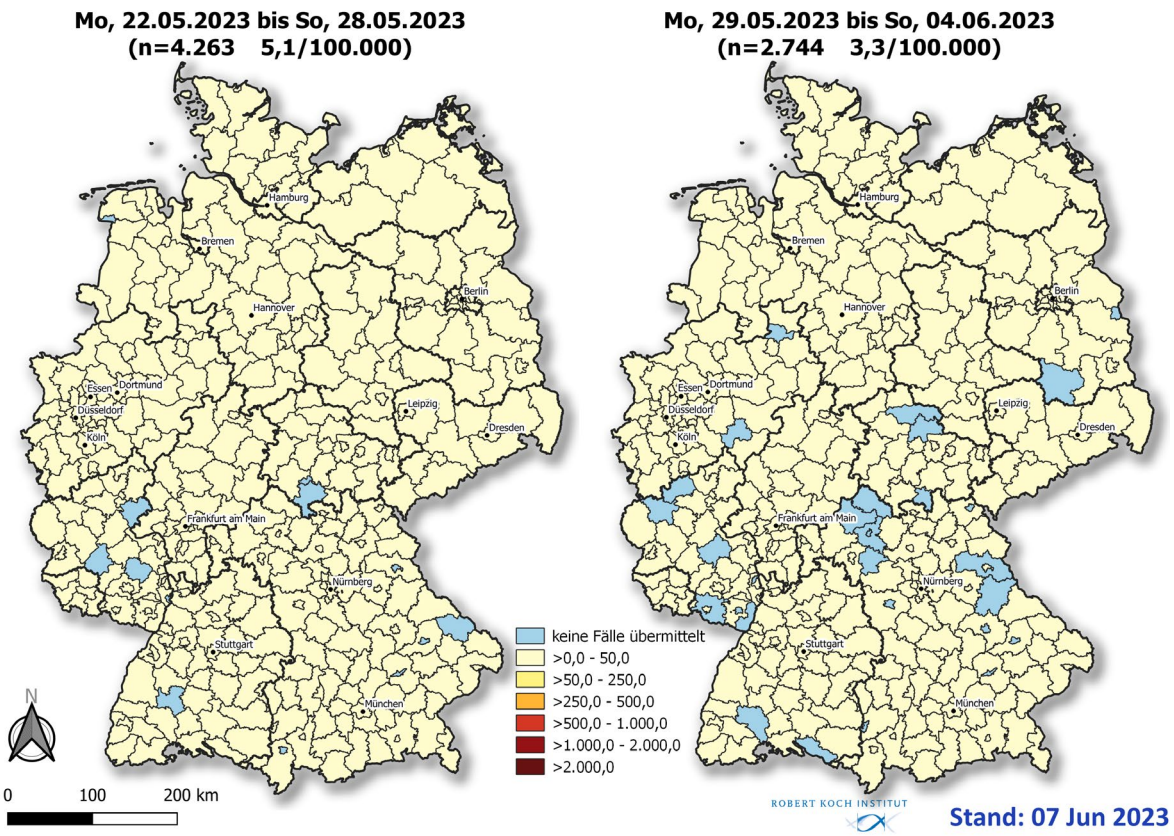


**Abbildung 3: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten Kalenderwoche in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 2.744, Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr) im Vergleich zur Vorwoche. Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt 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 übermittelten Fälle der vergangenen zwei Meldewochen für die einzelnen Bundesländer dargestellt. In fast allen Bundesländern ist die 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Vorwoche gesunken, insgesamt um 36 %. In allen Bundesländern ist die absolute 7-Tages-Inzidenz sehr niedrig.

**Tabelle 1: Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einwohner) pro Bundesland in Deutschland in den MW 21 und 22/2023 (Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr).**

| | Meldewoche 21 | | Meldewoche 22 | | Änderung im Vergleich | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bundesland | Anzahl | 7-Tage-Inzidenz | Anzahl | 7-Tage-Inzidenz | Anzahl | Anteil |
| Baden-Württemberg | 368 | 3 | 250 | 2 | -118 | -32% |
| Bayern | 603 | 5 | 387 | 3 | -216 | -36% |
| Berlin | 261 | 7 | 132 | 4 | -129 | -49% |
| Brandenburg | 166 | 7 | 85 | 3 | -81 | -49% |
| Bremen | 21 | 3 | 21 | 3 | 0 | 0% |
| Hamburg | 151 | 8 | 98 | 5 | -53 | -35% |
| Hessen | 307 | 5 | 243 | 4 | -64 | -21% |
| Mecklenburg-Vorpommern | 138 | 9 | 90 | 6 | -48 | -35% |
| Niedersachsen | 512 | 6 | 327 | 4 | -185 | -36% |
| Nordrhein-Westfalen | 815 | 5 | 523 | 3 | -292 | -36% |
| Rheinland-Pfalz | 161 | 4 | 97 | 2 | -64 | -40% |
| Saarland | 50 | 5 | 42 | 4 | -8 | -16% |
| Sachsen | 205 | 5 | 149 | 4 | -56 | -27% |
| Sachsen-Anhalt | 146 | 7 | 89 | 4 | -57 | -39% |
| Schleswig-Holstein | 235 | 8 | 148 | 5 | -87 | -37% |
| Thüringen | 124 | 6 | 63 | 3 | -61 | -49% |
| **Gesamt** | **4.263** | **5** | **2.744** | **3** | **-1.519** | **-36%** |

## 1.5 Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in Bezug auf COVID-19

Die Ergebnisse der syndromischen und virologischen Sentinelsurveillance sind in den ARE-Wochenberichten des RKI abrufbar https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx sowie unter https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx, der aktuelle ARE-Bericht findet sich hier (ARE-Wochenbericht). Im Folgenden werden die COVID-19 spezifischen Ergebnisse der Sentinelsurveillance aufgeführt.

### 1.5.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene

Mithilfe des Web-Portals GrippeWeb wird seit 2011 die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen basierend auf Informationen direkt aus der Bevölkerung beobachtet.

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte Rate akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Rate) ist in KW 22 stabil geblieben. Die Gesamt-ARE-Rate lag in KW 22/2023 bei 4,8 %, oder anders ausgedrückt 4.800 ARE/100.000 Einw. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 4,0 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch.

**ARE mit COVID-19:** Die GrippeWeb-Teilnehmenden können Angaben zu positiven SARS-CoV-2-Tests machen, wobei nicht zwischen PCR- oder Schnell-/Selbsttests unterschieden wird. Basierend auf diesen Angaben kann die Inzidenz der ARE-Fälle mit COVID-19 (COVID-ARE) in der Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/13_23.pdf) und ist daher höher als die Melde-Inzidenz in Tabelle 1.

So wurde für KW 22/2023 berechnet, dass etwa 0,09 % der Gesamtbevölkerung an COVID-19 mit akuten Atemwegssymptomen erkrankten. Dies entspricht einer wöchentlichen COVID-ARE-Inzidenz

von 90 Erkrankten/100.000 Einw. oder als Anzahl Erkrankter ausgedrückt, 75.000 neu SARS-CoV-2-infizierter Menschen mit Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung in KW 22/2023 in Deutschland.

### 1.5.2 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung

Die Zahl der Arztbesuche wegen akuter Atemwegserkrankungen im ambulanten Bereich (ARE-Konsultationsinzidenz) ist in KW 22/2023 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Der Wert (gesamt) lag in KW 22/2023 bei ca. 700 Arztkonsultationen wegen ARE/100.000 Einw. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 580.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen.

**Arztbesuche wegen ARE mit COVID-19:** Mithilfe des ICD-10-Code-basierten SEED$^{ARE}$-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) (ICD-10-Code-basierte syndromische Surveillance akuter Atemwegserkrankungen mit COVID-19 im ambulanten Bereich).

Der seit KW 10/2023 verzeichnete Rückgang der Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE hat sich in den letzten Wochen abgeschwächt. In KW 22/2023 gab es ca. 19 COVID-ARE-Arztkonsultationen/100.000 Einw (Abbildung 4). Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 16.000 Arztkonsultationen wegen COVID-ARE in Deutschland.

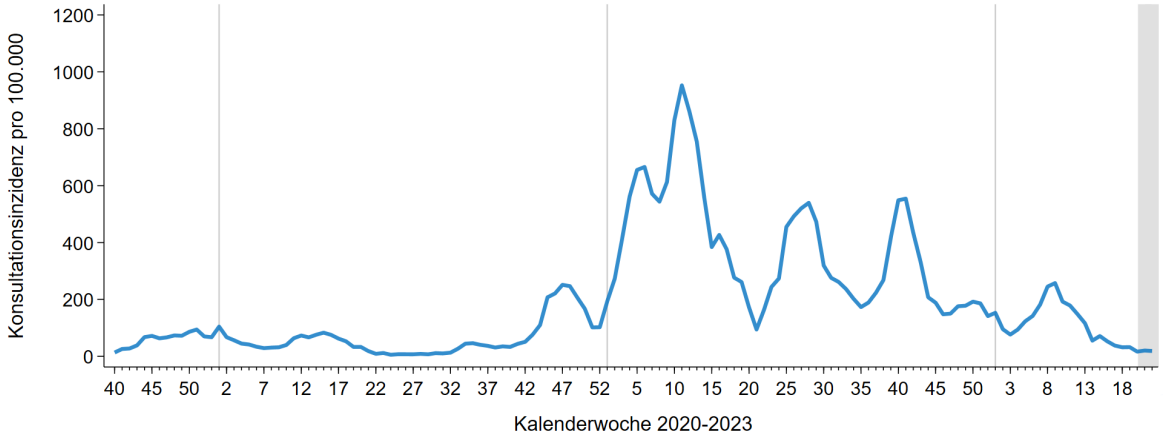


**Abbildung 4: Wöchentliche Inzidenz der Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE (ICD-10-Codes J00 - J22, J44.0, B34.9) mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), von KW 40/2020 bis KW 22/2023. Für den grau markierten Bereich können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.**

### 1.5.3 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 bereits hospitalisierter Personen.

Die Zahl der neu ins Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle ist in KW 22/2023 weiter zurückgegangen und liegt seit KW 20 auf Sommerniveau**.**

**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://doi.org/10.1101/2022.02.11.22269594). 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. Seit dem überwiegenden Auftreten der Omikron-Varianten zu Beginn des Jahres 2022 übersteigt die Hospitalisierungsinzidenz der Meldedaten die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz, weil in den Meldedaten zunehmend auch Fälle an das RKI übermittelt wurden, bei denen die SARS-CoV-2-Infektion nicht ursächlich für die Krankenhauseinweisung ist.

Bei der Anzahl der Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI sind die Werte seit KW 12/2023 rückläufig (Abbildung 5, blaue Linie). In KW 22/2023 lag die COVID-SARI-Inzidenz bei 0,5/100.000 Einwohnern. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 400 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland. Die ab 80-Jährigen sind weiterhin am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. So gab es in KW 22/2023 im Sentinel ca. 4 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. in der Altersgruppe ab 80 Jahre.

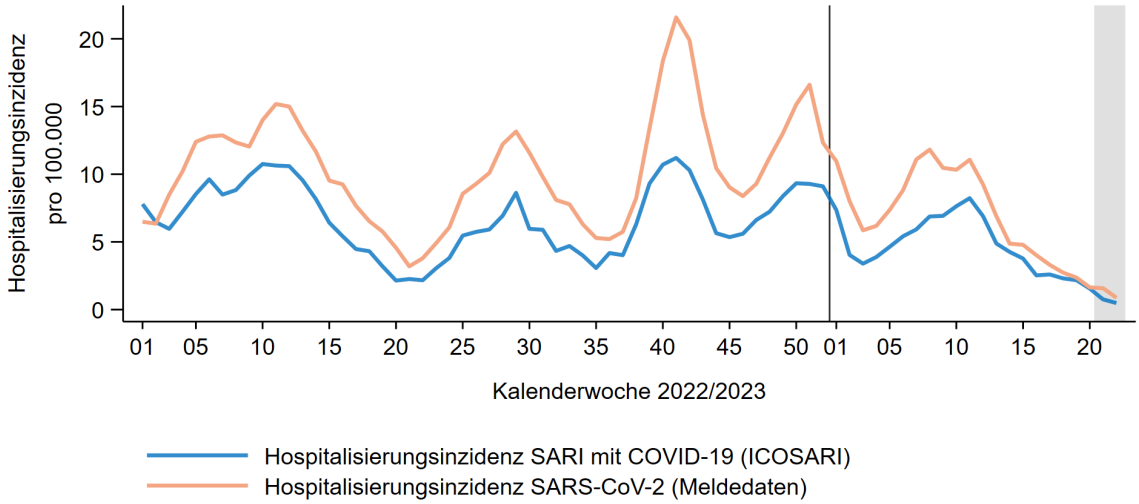


**Abbildung 5: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Haupt- oder Nebendiagnose) mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von KW 01/2022 bis KW 22/2023, Daten 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.**

## 1.6 Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung

### 1.6.1 Hospitalisierungen in den Meldedaten

In Abbildung 6 ist die absolute Anzahl der in der jeweiligen Meldewoche neu hospitalisierten Fälle stratifiziert nach Altersgruppen dargestellt und bildet somit ab, wie viele der im Krankenhaus behandelten Fälle welcher Altersgruppe angehören. In den letzten Wochen sind die Werte kontinuierlich gesunken. In Abbildung 7 ist anstelle der absoluten Anzahl der hospitalisierten Fälle die Hospitalisierungsinzidenz in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt. Die Hospitalisierungsinzidenz zeigt noch deutlicher, dass – auf die Bevölkerung bezogen – die Betroffenheit durch schwere Erkrankungen bei den über 80-Jährigen am größten ist. In beiden Abbildungen sind die Trends in allen Altersgruppen sinkend.

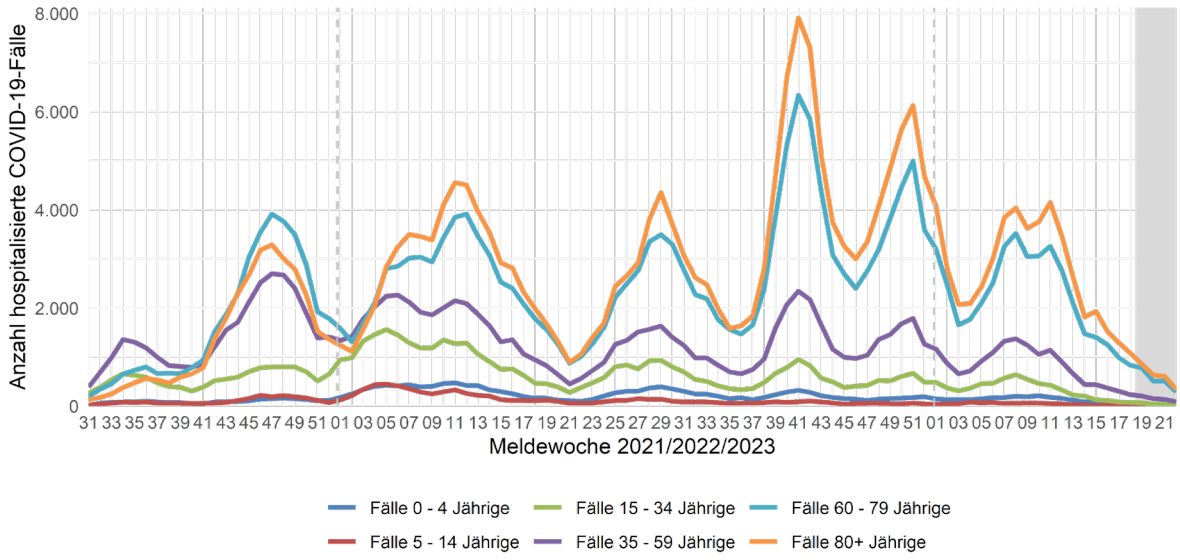


**Abbildung 6: Darstellung der Anzahl der neu hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen zu rechnen.**

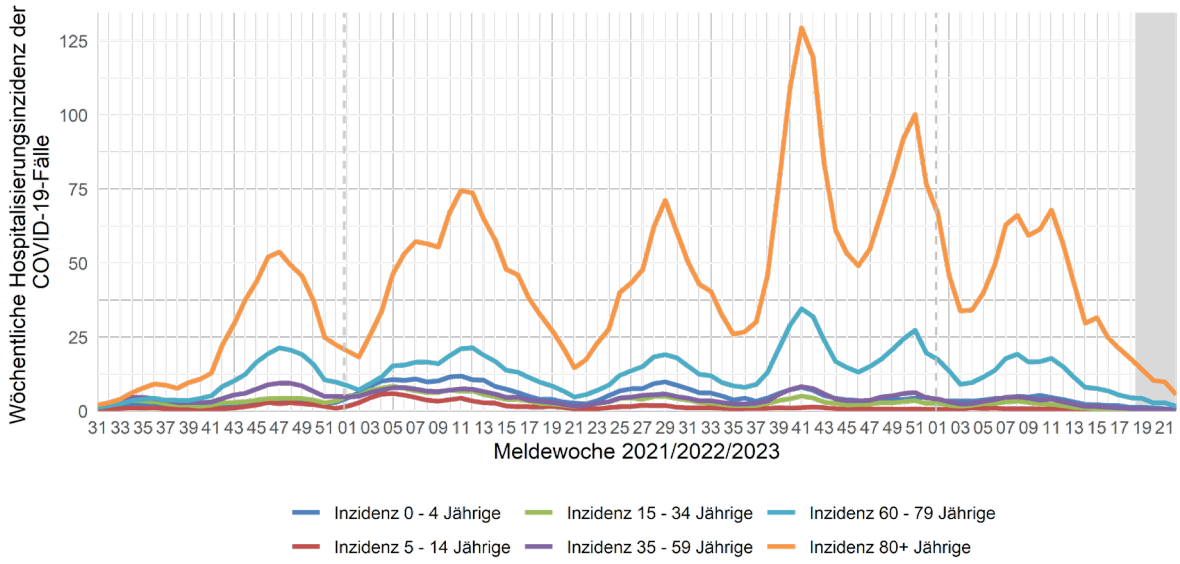


**Abbildung 7: Wöchentliche Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 07.06.2023, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen zu rechnen.**

### 1.6.2 Daten aus dem Intensivregister

Das RKI betreibt mit Beratung durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das DIVI-Intensivregister (www.intensivregister.de).

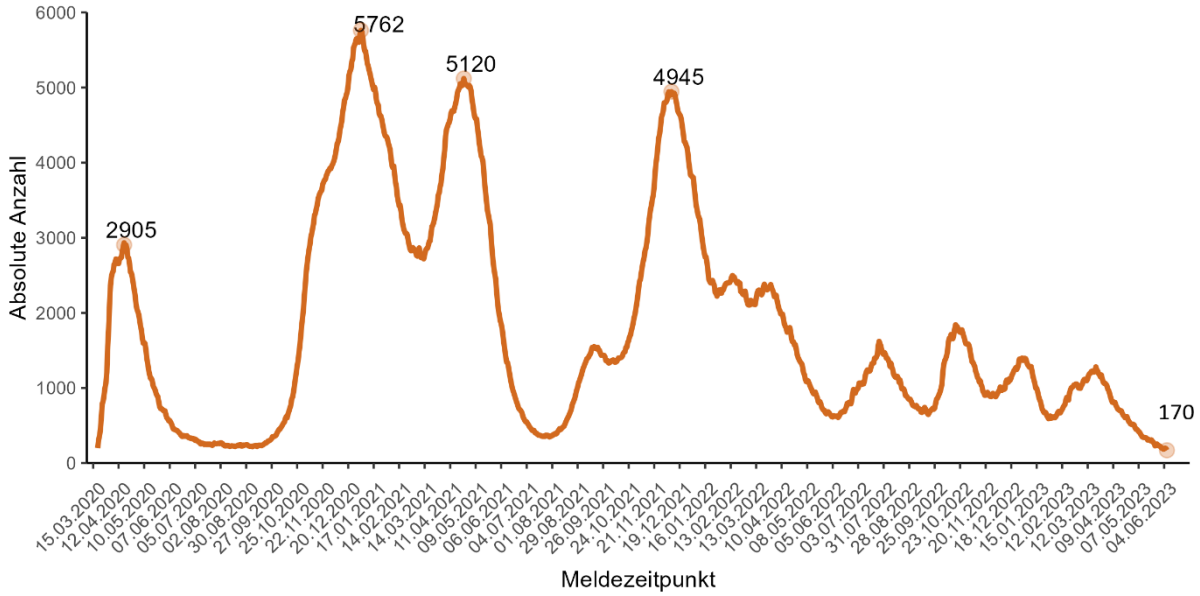


**Abbildung 8: Anzahl im Intensivregister gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 07.06.2023, 00:00 Uhr). Zur Interpretation der Kurve im März/April 2020 ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell 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.**

Abbildung 8 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 www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/reports veröffentlicht.

### 1.6.3 Inanspruchnahme von Notaufnahmen aus der Notaufnahmesurveillance (SUMO)

Informationen zur Aufenthaltsdauer in Notaufnahmen sind unter www.rki.de/pandemieradar zu finden. Weitere Informationen zur Notaufnahmesurveillance und dem Notaufnahmesurveillance Wochenbericht sind unter www.rki.de/sumo zu finden.

## 1.7 Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo

In Abbildung 9 werden die übermittelten COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche dargestellt. Die genannte Kalenderwoche bezeichnet hier die Woche des Sterbedatums, nicht die Woche der Fallmeldung. Todesfälle treten meist erst zwei bis drei Wochen nach der Infektion auf. Zusätzlich zu diesem Verzug zwischen Erstmeldung eines Falls und Tod ist mit einem gewissen Meldeverzug und Nachmeldungen über zwei bis drei Wochen zu rechnen. Es können also für die KW 20 - 22/2023 noch nachträglich Todesfälle übermittelt werden. Die Zahl der übermittelten COVID-19-Todesfälle ist seit dem letzten, kleineren Gipfel (etwa zwischen KW08 und KW13/2023) kontinuierlich zurückgegangen.

Weitere Informationen sind einsehbar in der Tabelle zu Todesfällen nach Sterbedatum. Hinweise zu den Mortalitätsdaten in EuroMOMO und Destatis finden Sie hier in der Fußnote.[1]

---

[1] *EuroMOMO und Destatis: Insgesamt 27 europäische Staaten oder Regionen stellen dem europäschen 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 (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 (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. Der zeitliche Verzug der Sterbefallmeldung wird durch eine Schätzung ausgeglichen. Es zeigt sich eine Parallelität im zeitlichen Verlauf zwischen dem Anstieg der Anzahl gemeldeter COVID-19 Todesfälle und der höheren Zahl von Sterbefällen.*

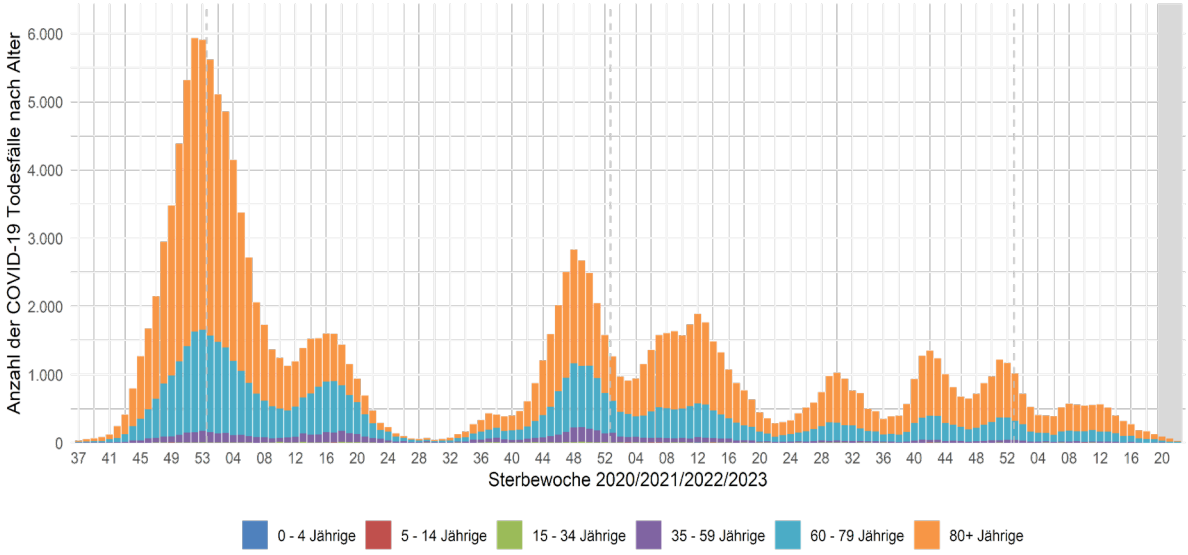


**Abbildung 9: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (KW 37/2020 – KW 22/2023: 163.889 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 07.06.2023, 0:00 Uhr). Insbesondere für die vergangenen drei Wochen ist mit Nachübermittlungen zu rechnen.**

# 2 Impfen und Testzahlen

## 2.1 Impfen

Regelmäßige Informationen aus dem Impfquotenmonitoring werden in einem eigenen Bericht veröffentlicht. Der aktuelle Bericht wurde am 04.05.2023 veröffentlicht.

Die Daten des Impfquotenmonitorings werden auf dem Impfdashboard des BMG visualisiert und stehen auf GitHub zum Download bereit.

# 3 Variants of Concern (VOC) und Viruslast im Abwasser

## 3.1 SARS-CoV-2 Varianten von besonderer Bedeutung

***Seit der 20. KW wurde die wöchentliche Berichterstattung zu SARS-CoV-2 Varianten im Lagebericht eingestellt.***

Seit Januar 2021 wurde mit Hilfe der Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) eine umfassende, sehr sensitive Surveillance von SARS-CoV-2 Varianten zur schnellen Ableitung von Maßnahmen, die die Verbreitung von besorgniserregenden Varianten in Deutschland betreffen, sichergestellt. In der aktuellen Phase der Pandemie besteht keine Notwendigkeit mehr für dieses sehr sensitive und flächendeckende Instrument.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten SARS-CoV-2 Surveillance erhoben werden, sind weiterhin online abrufbar (Anzahl und Anteile von VOC und VOI in Deutschland.

## 3.2 Viruslast im Abwasser

SARS-CoV-u. a. über den Stuhl ins Abwasser und Genfragmente können mittels molekularbiologischer Methoden nachgewiesen werden. Eine abwasserbasierte Überwachung von SARS-CoV-2 erlaubt es mithilfe der erhobenen Daten Rückschlüsse auf den Trend und die Infektionsdynamik zu ziehen. Weitere Informationen zur Methodik finden sie hier.

Die wöchentlichen Trends der jeweiligen Standorte sind für den Zeitraum ab KW 05/2023 in Abbildung 10 dargestellt. In der KW 22/2023 lagen Daten aus 19 Standorten vor, bei denen 16 Standorte einen leicht fallenden oder fallenden Trend aufwiesen.

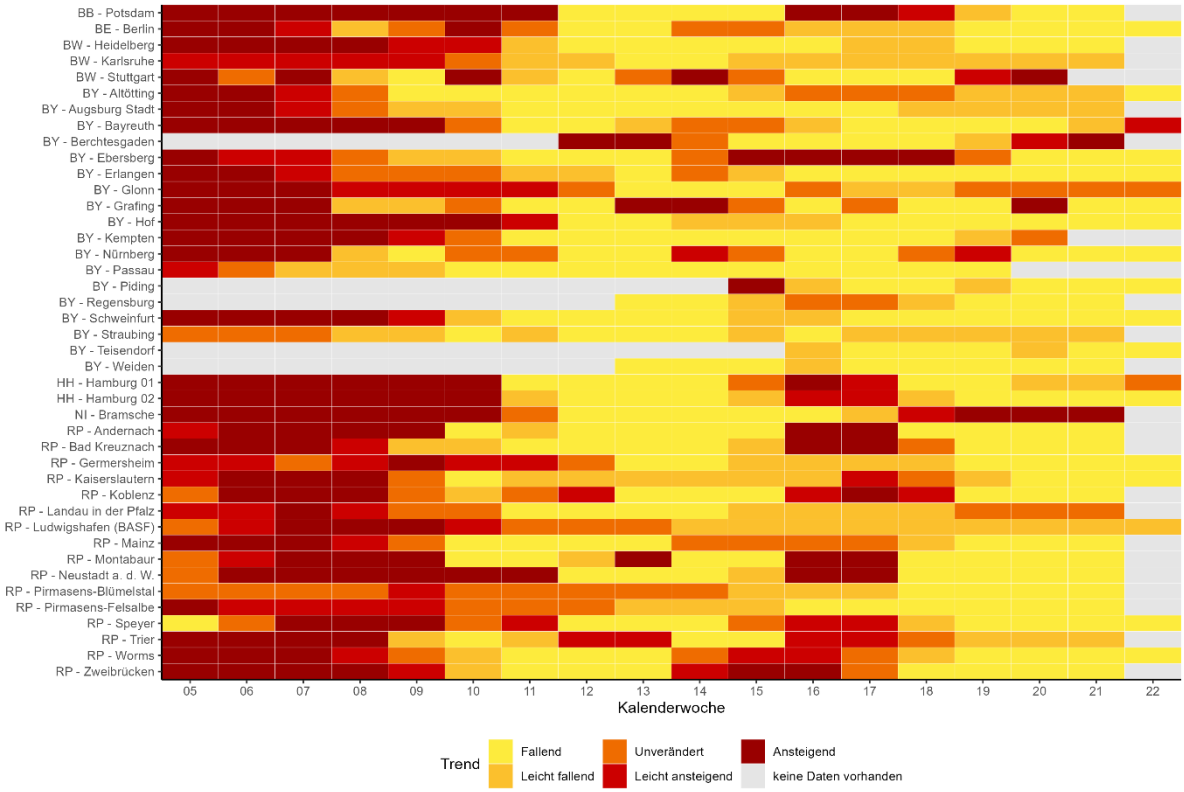


**Abbildung 10: Veränderung der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser je Standort, für den aus den letzten 5 KW Daten vorliegen (Datenstand: 05.06.2023; 12 Uhr). Anmerkung: An einigen Standorten gibt es zwei Zuläufe an der Kläranlage, die unterschiedlich große Gebiete abdecken und die daher separat dargestellt werden. Aufgrund einer technischen Umstellung der Datenübermittlung werden aktuell einige Standorte nicht dargestellt.**

Der Indikator „Viruslast im Abwasser“ ist kein für das gesamte Bundesgebiet repräsentativer Wert, erlaubt keinen Rückschluss auf die Krankheitsschwere und ist aktuell nicht präzise auf Inzidenz/Prävalenz oder „Dunkelziffer“ beziehbar. Die ermittelten Werte können durch eine Vielzahl von Faktoren (z.B. Starkregenereignisse) beeinflusst werden.

Die hier gezeigten Daten stammen aus den Forschungsprojekten „ESI-CorA“, „COVIDready“, „Sars-GenASeq“, „Abwasser Biomarker CoV-2“ und aus landesgeförderten Projekten. „ESI-CorA“ wird von der Europäischen Kommission im Rahmen des Soforthilfeinstruments (Emergency Support Instrument – ESI) gefördert (No 060701/2021/864650/SUB/ENV.C2). „COVIDready“, „Sars-GenASeq“ und „Abwasser Biomarker CoV-2“ werden vom BMBF gefördert.

# 4 Weitere Berichte und Dokumente

Dokumente und Informationen zu Empfehlungen und Maßnahmen finden sie unter www.rki.de/covid-19.

## 4.1 Aktuelle Berichte und Dokumente

- COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (6.6.2023) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html
- Epidemiologisches Bulletin Ausgabe 21/2023 mit Aktualisierungen zur Implementierung der COVID-19-Impfung in die allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2023 (25.05.2023) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html
- Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland; Monatsbericht des RKI (04.05.2023) http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html

# 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 dem 21.09.2022 die Daten der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes mit Datenstand 31.12.2021 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 auf dem 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 Surveillancesysteme und solche in dem unterschiedliche Datenquellen zusammenfließen wird die Bezeichnung „KW“ für Kalenderwoche verwendet.