



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

29.09.2022 – 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) 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 38. Kalenderwoche 2022.

Unter dem Link 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 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>.

Datengrundlage

Im **Meldesystem nach Infektionsschutzgesetz** werden alle gemeldeten SARS-CoV-2 laborbestätigten Fälle erfasst (Kap. 1.1 bis 1.4). Damit lassen sich Fälle nach Krankheitsschwere regional hochaufgelöst analysieren sowie Ausbrüche erkennen und ggf. eindämmen (Kap. 1.5, 1.7). Wie bei anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten können nicht alle Einzelfälle vollständig erfasst werden. Hierbei spielen das Inanspruchnahmeverhalten von Testen durch Betroffene, die Verfügbarkeit von PCR-Tests und die jeweilige Teststrategie eine wichtige Rolle. Bei einer deutlichen Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung, zu der es in Deutschland erst mit dem Auftreten der Omikron-Linien kam, ist es weder möglich noch notwendig, dass alle Fälle im Meldesystem erfasst werden. Mit der **syndromischen Surveillance** konnte über den gesamten Pandemieverlauf, auch während der Omikronwelle und weiterhin, die Zahl der symptomatisch Erkrankten in der Bevölkerung sowie die Zahl der Arztbesuche und Krankenhauseinweisungen abgeschätzt werden (Kap. 1.6). Mit der **virologischen und molekularen Surveillance** werden die zirkulierenden Atemwegserreger und für SARS-CoV-2 die jeweiligen Varianten mit entsprechenden Sublinien sicher detektiert (Kap. 1.6.2 und Kap. 3). Für die **Belastung des intensivmedizinischen Bereichs** liegen ebenfalls detaillierte Daten vor (Kap. 1.7.3). Die Auswertung dieser Daten ermöglicht eine zuverlässige Einschätzung und Bewertung der Gesamtentwicklung der epidemiologischen Situation von COVID-19 in Deutschland.

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	7
1.5 Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen	7
1.6 Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE)	9
1.6.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene	9
1.6.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung	10
1.6.2 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen im stationären Bereich.....	11
1.6.3 Interpretation der verschiedenen Aspekte zur Krankheitsschwere und ITS-Belastung	14
1.7 Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung	15
1.7.1 Hospitalisierungen in den Meldedaten	15
1.7.2 Adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz	16
1.7.3 Daten aus dem Intensivregister	17
1.8 Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo.....	19
2 Impfen	20
3 SARS-CoV-2-Labortestungen und Variants of Concern (VOC).....	21
3.1 SARS-CoV-2 Variants of Concern	21
3.1.1 Datenquellen	21
3.2 SARS-CoV-2-Varianten Verteilung in Deutschland	22
4 Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland	25
4.1 Aktuelles	25
5 Anhang	26
5.1 Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung.....	26

1 Epidemiologische Lage in Deutschland

1.1 Zusammenfassende Bewertung der aktuellen Situation

Entsprechend der Jahreszeit ist die **Zahl der akuten Atemwegserkrankungen (ARE)** in der Bevölkerung in Deutschland basierend auf der Online-Befragung GrippeWeb im Vergleich zur Vorwoche sehr deutlich gestiegen und liegt in der **Kalenderwoche (KW) 38 mit ca. 7,7 Millionen** deutlich über den Vorjahreswerten zur gleichen Zeit. Im ambulanten Bereich ist die **Zahl der Arztbesuche** wegen ARE nach den Daten der syndromischen Surveillance insgesamt **deutlich gestiegen** und beträgt in **KW 38/2022 1,2 Millionen** (ca. 1.400 Arztkonsultationen wegen ARE/100.000 Einw.). Die Werte sind in allen Altersgruppen gestiegen. Insbesondere bei den 35- bis 59-Jährigen wird weiterhin eine höhere ARE-Konsultationsinzidenz beobachtet als in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu dieser Zeit. Wie die **virologische Sentinelsurveillance** zeigt, sind aktuell **Rhinoviren und SARS-CoV-2** die vorherrschenden viralen Erreger, die im ambulanten Bereich zu Arztbesuchen wegen ARE führen.

Die Anzahl **SARS-CoV-2-Infizierter mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion** in Deutschland wird in **KW 38/2022 auf 500.000 bis 1,2 Millionen**, die Zahl der **Arztkonsultationen** aufgrund einer akuten Atemwegserkrankung **mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose** auf **etwa 190.000** geschätzt. Beiden Schätzungen liegen über denen der Vorwoche.

Die **bundesweite 7-Tage-Inzidenz** der gemeldeten Fälle mit einem labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 ist in Meldewoche (MW) 38 **im Vergleich zur MW 37 ebenfalls angestiegen**. Die 7-Tage-Inzidenzwerte stiegen in den meisten Bundesländern und Altersgruppen an, wobei die höheren Altersgruppen (50 - 84 Jahre) den stärksten Anstieg zeigten.

Die **Zahl der Ausbrüche von COVID-19** in medizinischen Behandlungseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen ist im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Die Zahl der neu übermittelten ausbruchsassoziierten Todesfälle ist im Vergleich zur Vorwoche sowohl in medizinischen Einrichtungen als auch in Alten- und Pflegeheimen leicht angestiegen.

In Deutschland hat die seit Mitte Juni **dominierende Omikron-Sublinie BA.5** andere Varianten fast vollständig verdrängt, ihr Gesamtanteil lag in **KW 38/2022 bei 96 %**. Die Varianten BA.2 und BA.4 machten auch in dieser Woche nur einen sehr geringen Anteil sequenzierter Sublinien aus.

Für die Lagebewertung in der aktuellen Situation der Pandemie ist die Entwicklung der Zahl schwer verlaufender Erkrankungen besonders wichtig. Nach den Daten der syndromischen Krankenhaussurveillance kam es in den letzten Wochen zu einer Stabilisierung der Zahl der Fälle, die mit einer **schweren akuten Atemwegsinfektion und COVID-19-Diagnose** im Krankenhaus behandelt wurden (COVID-SARI). Die Inzidenz liegt aktuell bei 3,1 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa **2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI** in Deutschland.

Die im DIVI-Intensivregister berichtete absolute Zahl der auf einer **Intensivstation behandelten Personen mit einer COVID-19-Diagnose** stieg in KW 38 im Vergleich zur Vorwoche an und lag am 28.09.2022 bei 858 Personen (Vorwoche 705 Personen).

Weiterhin sind **hochaltrige Personen** ab 80 Jahre **am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen**.

Der Infektionsdruck nimmt jetzt im Herbst in allen Altersgruppen der Allgemeinbevölkerung wieder deutlich zu. Dies betrifft akute Atemwegsinfektionen insgesamt, aber auch COVID-19. Bei den schwer verlaufenden Atemwegsinfektionen, die stationär behandelt werden müssen, ist noch kein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. In den kommenden Wochen ist mit einer weiteren saisonal bedingten Zunahme an respiratorischen Erkrankungen insgesamt zu rechnen, wobei insbesondere höhere

Altersgruppen von einer weiterhin hohen Zahl an Hospitalisierungen, intensivmedizinisch zu betreuenden COVID-19-Patientinnen und -Patienten und Todesfällen betroffen sein könnten.

Bei Auftreten von Symptomen einer Atemwegsinfektion wie z. B. Schnupfen, Halsschmerzen oder Husten wird daher– unabhängig vom Impfstatus und auch bei negativem COVID-19 Antigen-Schnelltestergebnis – dringend empfohlen, für 3 - 5 Tage und bis zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik zu Hause zu bleiben, Kontakte zu meiden und bei Bedarf die hausärztliche Praxis zu kontaktieren.

Der weitere Verlauf der Pandemie und **der Schutz von Risikogruppen/vulnerablen Gruppen** hängt neben dem Auftreten neuer Virusvarianten und der Inanspruchnahme der angebotenen Impfungen wesentlich vom **Verhalten der Bevölkerung und der gegenseitigen Rücksichtnahme** ab. Vor dem Hintergrund wieder steigender Inzidenzen sollten die Empfehlungen zur Infektionsvermeidung weiterhin eingehalten werden. Saisonal bedingt halten sich wieder mehr Menschen länger in geschlossenen Räumen auf. Dadurch wird regelmäßiges richtiges Lüften (Stoßlüften) mit hohem Luftaustausch und geringem Wärmeverlust auch wieder eine sehr wichtige Maßnahme zur Verringerung des „räumlichen Infektionsdrucks“.

Die **Impfung ist** die beste Prävention, **um einen schweren Krankheitsverlauf zu verhindern**.

Weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine schwere Verlaufsform der COVID-19-Erkrankung. Mit der Pressemitteilung vom 20.09.2022 zur 22. Aktualisierung ihrer COVID-19-**Impfempfehlung** empfiehlt die STIKO eine weitere **Auffrischimpfung** für Risikogruppen und Personen ab dem Alter von **60 Jahren**, zum Schutz vor einer schweren Erkrankung. Für Kinder ohne Vorerkrankungen ab 5 Jahren empfiehlt die STIKO eine einmalige Impfung. Weiterhin empfiehlt die STIKO, für alle Auffrischimpfungen (Booster) von Personen ab 12 Jahren vorzugsweise einen der zugelassenen und verfügbaren Omikron-adaptierten bivalenten mRNA-Impfstoffe einzusetzen.

Regelmäßige Informationen aus dem Impfmonitoring und die Informationen zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung erscheinen seit dem 07.07.2022 in ausführlicherer Form im Monatsbericht des RKI „Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland“, und werden daher nicht mehr im COVID-19-Wochenbericht aufgeführt. Der aktuelle Monatsbericht wurde heute, am 29.09.2022, veröffentlicht.

1.2 Demografische Verteilung

Die altersgruppenspezifische Inzidenz wird in Abbildung 1 als 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Einw.) in der jeweiligen Altersgruppe nach Meldewoche (MW) gezeigt. In MW 38/2022 wurden insgesamt 283.420 Fälle gemeldet.

Im Vergleich zur Vorwoche stiegen die Inzidenzen in allen Altersgruppen an. Am stärksten stiegen die Inzidenzen bei den 55- bis über 80-Jährigen (31 - 38 %). Der Altersmedian aller Fälle pro Meldewoche stieg seit MW 03/2022 (Median: 29 Jahre) kontinuierlich, aber zuletzt abflachend, an und lag in der MW 38/2022 bei 46 Jahren.

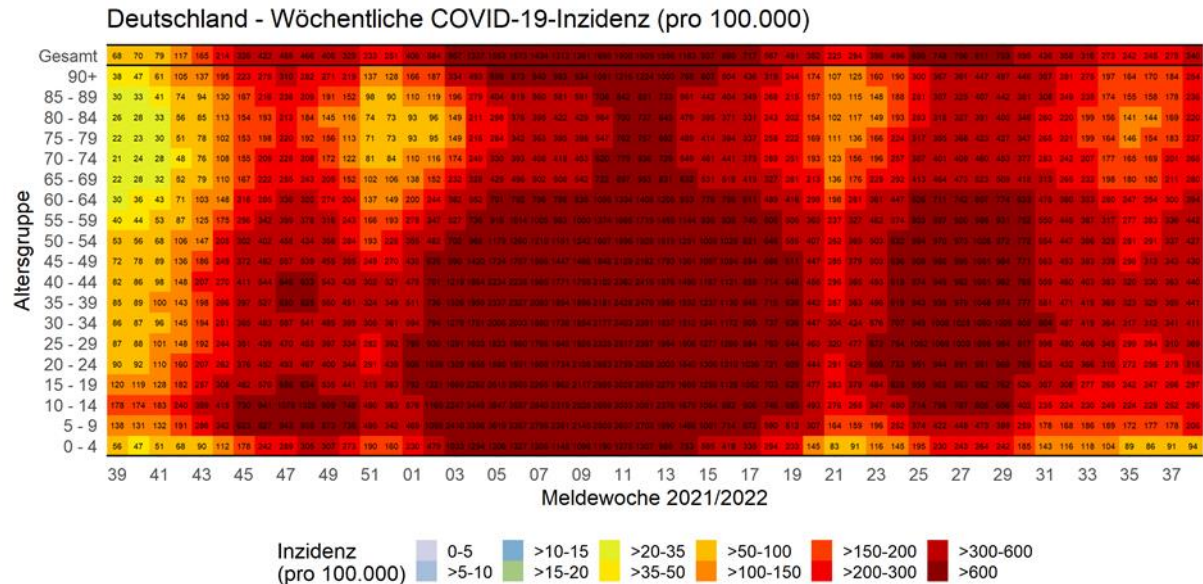


Abbildung 1. Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und Meldewoche (n= 28.759.623 Fälle mit entsprechenden Angaben in den Meldewochen 39/2021 bis 38/2022; Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr).

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. Im rechten Drittel der Abbildung sind vor dem Jahreswechsel die Delta-Welle (vierte Welle), die erste Omikron-Welle (fünfte Welle) und die Omikron BA.5-Welle (sechste Welle) deutlich erkennbar. Bis MW 21/2022 gingen die Fallzahlen über zehn Wochen in Folge zurück, bevor sie in den MW 22 bis 29/2022 wieder deutlich anstiegen. Ab MW 29 nahm die Zahl der neu übermittelten Fälle über sieben Wochen in Folge ab, aktuell zeichnet sich wieder ein Anstieg ab.

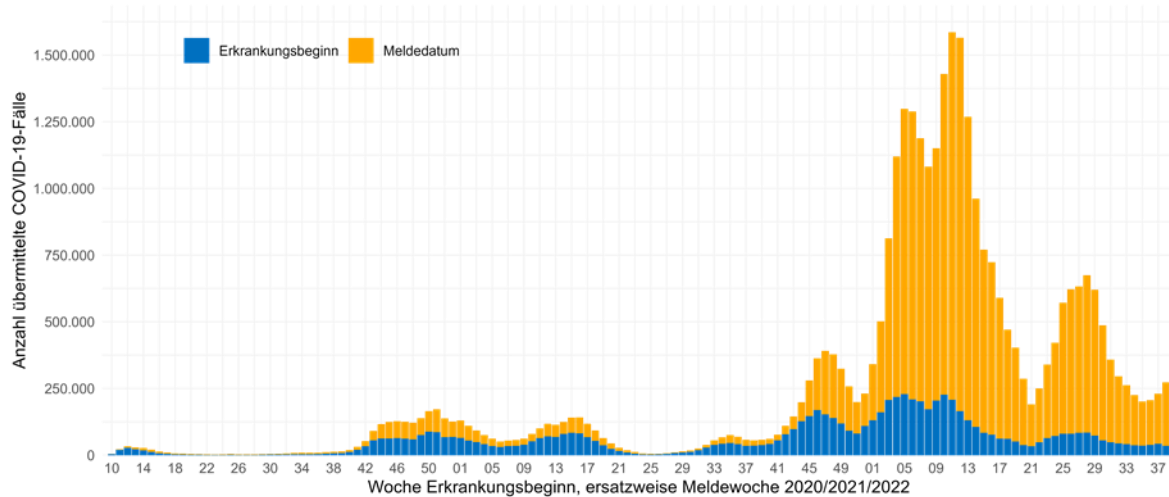


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldeweche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldeweche seit MW 10/2020 (Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr).

1.4 Geografische Verteilung

Die geografische Verteilung der Fälle der letzten Woche bis zum 25.09.2022 und der Vorwoche ist in Abbildung 3 dargestellt. In 85 von 411 Kreisen lag die 7-Tage-Inzidenz über 500/100.000 Einw., davon in keinem Landkreis über 1.000/100.000 Einw. In 294 Landkreisen lag die 7-Tage-Inzidenz zwischen 250 bis 500/100.000 Einw. Insgesamt lag die Inzidenz per Landkreis zwischen 78 und 888 Fällen/100.000 Einw.

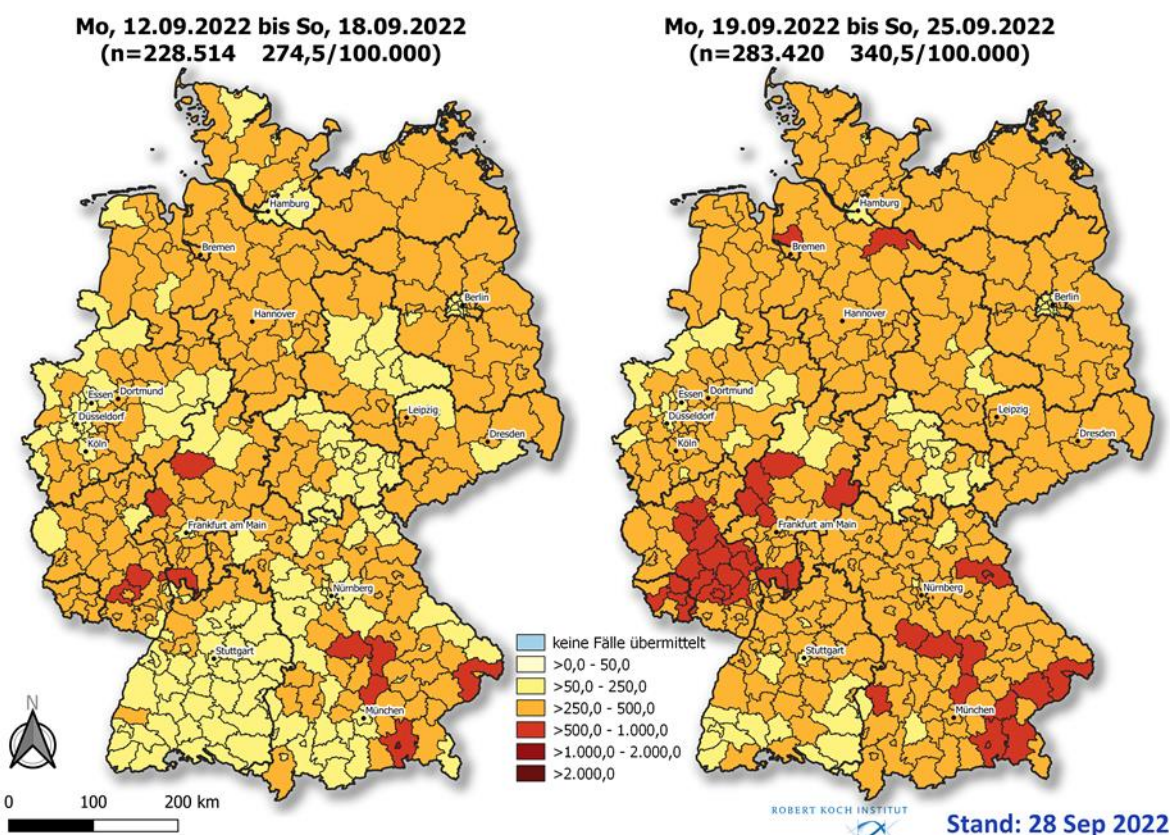


Abbildung 3: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten Kalenderwoche in Deutschland nach Kreis und Bundesland ($n = 283.420$, Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr) im Vergleich zur Vorwoche. Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt 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. In allen Bundesländern stieg die 7-Tage-Inzidenz an mit Ausnahme von Bremen, wo sie um 4 % sank. Am stärksten war der Anstieg im Saarland mit 39 %, am geringsten in Hamburg mit 6 %. Insgesamt stieg die bundesweite 7-Tage-Inzidenz um 24 %.

Tabelle 1: Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einwohner) pro Bundesland in Deutschland in den MW 37 und 38/2022 (Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr).

Bundesland	Meldewoche 37		Meldewoche 38		Änderung im Vergleich	
	Anzahl	7-Tage-Inzidenz	Anzahl	7-Tage-Inzidenz	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	21.905	197	30.142	271	7.955	36%
Bayern	39.408	299	53.444	406	13.954	35%
Berlin	7.865	214	8.462	230	556	7%
Brandenburg	8.153	321	9.152	361	982	12%
Bremen	2.351	348	2.259	334	-89	-4%
Hamburg	3.637	196	3.892	210	207	6%
Hessen	21.173	336	28.471	452	7.218	34%
Mecklenburg-Vorpommern	5.584	347	6.282	390	696	12%
Niedersachsen	26.409	329	30.631	382	4.092	15%
Nordrhein-Westfalen	44.045	246	50.772	283	6.463	15%
Rheinland-Pfalz	13.776	335	18.938	461	5.103	37%
Saarland	3.557	362	4.932	502	1.374	39%
Sachsen	11.844	293	15.099	373	3.184	27%
Sachsen-Anhalt	5.244	242	6.460	298	1.211	23%
Schleswig-Holstein	7.383	253	9.055	310	1.665	23%
Thüringen	4.857	230	5.429	257	335	7%
Gesamt	227.191	273	283.420	341	54.906	24%

1.5 Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen

Aktive Ausbrüche, also Ausbrüche für die jeweils ein neuer Fall in MW 38/2022 übermittelt wurde, kommen in 66 medizinischen Behandlungseinrichtungen (Vorwoche: 51) und in 183 Alten- und Pflegeheimen (Vorwoche: 178) vor. Es wurden dem RKI 394 neue COVID-19-Fälle in MW 38/2022 in Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und 2.028 Fälle in Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen übermittelt.

Seit Beginn der Pandemie bis Ende MW 38/2022 wurden dem RKI 11.980 Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen (Abbildung 4) und 16.188 Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen (Abbildung 5) mit mindestens 2 Fällen pro Ausbruch übermittelt (Datenstand 27.09.2022, 00:00 Uhr). Diesen Ausbrüchen wurden 98.887 COVID-19-Fälle (Median: 4, Spannweite: 2-342 Fälle pro Ausbruch) in medizinischen Behandlungseinrichtungen und 315.058 COVID-19-Fälle (Median: 12, Spannweite: 2-273 Fälle pro Ausbruch) in Alten- und Pflegeheimen zugeordnet, von letzteren 224.374 Fälle (71,2 %) bei Personen ab 60 Jahre.

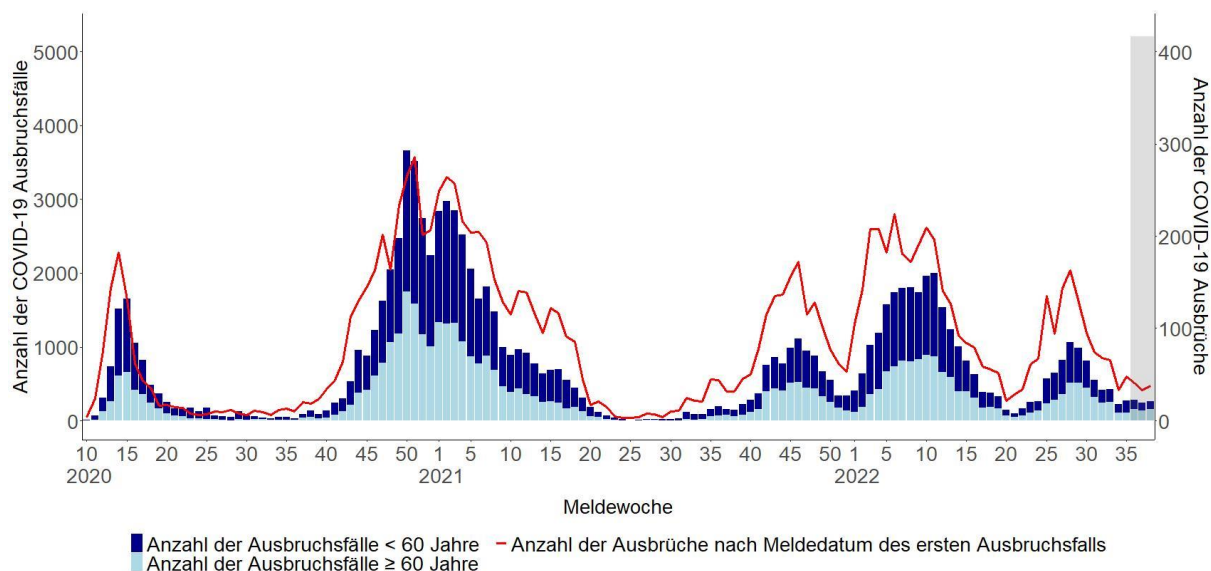


Abbildung 4: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen mit mindestens 2 Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020 (Datenstand 27.09.2022, 00:00 Uhr). Insbesondere für die letzten drei Meldewochen sind Nachübermittlungen für Ausbrüche zu erwarten (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 38/2022 betrug 7.469 (7,6 % der Ausbrüche) in medizinischen Behandlungseinrichtungen (+ 11 Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche) und 29.569 Todesfälle (9,4 % der Ausbrüche) in Alten-/Pflegeheimen (+ 47 Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche). Unter den Ausbrüchen in Alten-/Pflegeheimen in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen gab es insgesamt 29.309 Todesfälle (13,1 % der ab 60-Jährigen Ausbrüche).

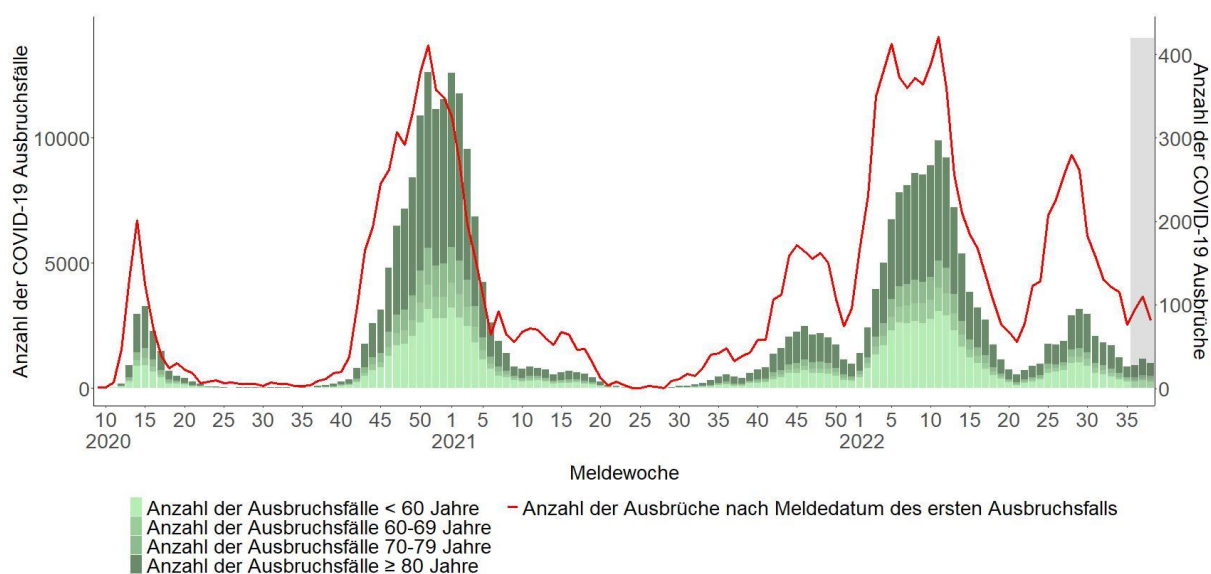


Abbildung 5: Übermittelte COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen mit mindestens 2 Fällen nach Meldedatum des ersten Ausbruchsfalls seit MW 10/2020 (Datenstand 27.09.2022, 00:00 Uhr). Insbesondere für die letzten drei Meldewochen sind Nachübermittlungen für Ausbrüche zu erwarten (graue Balken). Die Ausbrüche mit der Angabe <60 Jahre umfassen auch Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitende der Einrichtungen.

Die Altersgruppe der ab 60-Jährigen dient, bezogen auf die Ausbrüche, 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.

1.6 Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE)

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 Erreger-übergreifend zuverlässig erfasst werden**. Diese zusätzlichen Informationsquellen ermöglichen weiterhin den wichtigen Vergleich von Erkrankungswellen verschiedener Jahre vor und während der Pandemie miteinander. 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^{ARE})) sowie C) **im stationären Bereich** (ICD-10-Code-basierte Krankenhaus-Surveillance (ICOSARI)).

Neben der allgemeinen Krankheitslast von ARE kann aufgrund der erfassten Daten 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 geografische 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. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Tatsache, dass diese Systeme weitgehend unabhängig von Teststrategien, dem Testverhalten in der Bevölkerung und im Gesundheitswesen und der Verfügbarkeit von Tests Informationen liefern (weitere Informationen mit detaillierteren Ergebnissen aus diesen Surveillance-Systemen können abgerufen werden unter <https://www.rki.de/grippeweb>, <https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx> sowie unter <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>).

1.6.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene

Mit Hilfe des Web-Portals **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 38/2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt sehr deutlich gestiegen. Sie liegt deutlich über den Werten der vorpandemischen Jahre zur gleichen Zeit (Abbildung 6; aktuelle Woche auf der linken Seite). Dabei sind die ARE-Raten in allen Altersgruppen gestiegen, am stärksten in den Altersgruppen bis 34 Jahre. Die Gesamt-ARE-Rate lag in KW 38/2022 bei 9,2 % und damit bei ca. **9.200 ARE/100.000 Einw.** Dies entspricht einer Gesamtzahl von ca. 7,7 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland.

ARE mit COVID-19: Aus den Ergebnissen des SEED^{ARE}-Systems und aus GrippeWeb 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 KW 38/2022 berechnet, dass etwa 0,3 % bis 0,6 % der Kinder und Jugendlichen bis 14 Jahre und 0,6 % bis 1,5 % der Bevölkerung ab 15 Jahre an COVID-19 mit akuten Atemwegssymptomen erkrankten. Die wöchentliche **COVID-ARE-Inzidenz in der Bevölkerung** wird auf **600 bis 1.400 Erkrankte/100.000 Einw.** geschätzt oder, als Anzahl Erkrankter ausgedrückt, **500.000 bis 1,2 Millionen SARS-CoV-2-Infizierte mit Symptomen** einer akuten Atemwegsinfektion in KW 38/2022 in Deutschland.

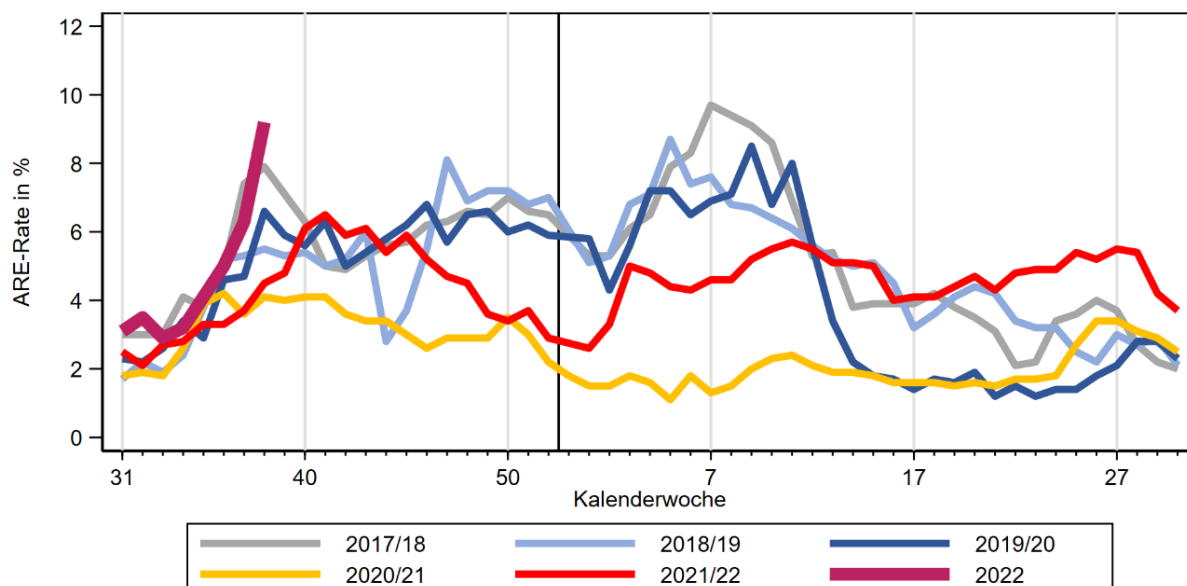


Abbildung 6: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) von KW 31/2017 bis KW 38/2022. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

1.6.1 Erfassung akuter Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung

In KW 38/2022 ist die Zahl der Arztbesuche im ambulanten Bereich wegen akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Konsultationsinzidenz) im Vergleich zur Vorwoche insgesamt deutlich gestiegen. Der Wert (gesamt) lag in KW 38/2022 bei ca. **1.400 Arztkonsultationen wegen ARE/100.000 Einw.** Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,2 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Aktuell liegt die Zahl der Arztbesuche wegen ARE weiterhin über den Werten der Vorsaisons, insbesondere vor der Pandemie (Abbildung 7).

In allen Altersgruppen kam es in KW 38/2022 zu einem Anstieg der Konsultationsinzidenz. Insbesondere bei den Erwachsenen wird aktuell eine höhere ARE-Konsultationsinzidenz beobachtet als in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu dieser Zeit. Dazu kann neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) beitragen.

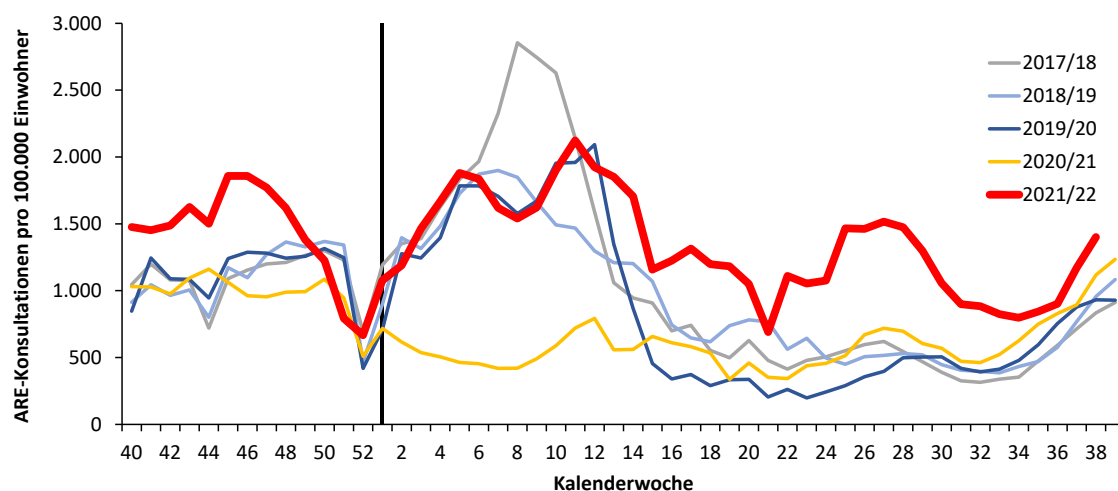


Abbildung 7: Wöchentliche Inzidenz der Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis KW 38/2022. Für die letzten Wochen können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

In der **virologischen Surveillance der AGI** wurden in KW 38/2022 in insgesamt 67 von 113 eingesandten Proben (59 %) respiratorische Viren identifiziert. Darunter befanden sich 33 Proben mit

Rhinoviren (29 %), 18 mit SARS-CoV-2 (16 %), 8 mit Parainfluenzaviren (7 %), 4 mit Influenzaviren (3 %), 3 mit Respiratorischen Synzytialviren (3 %), sowie jeweils 1 Probe mit humanen saisonalen Coronaviren bzw. humanen Metapneumoviren (1 %). Die ARE-Aktivität wird gemäß den virologischen Ergebnissen aktuell hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 verursacht (Stand 27.09.2022).

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](#)).

Nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE seit KW 29/2022 insgesamt zurückgegangen war, kann seit KW 36/2022 wieder ein leichter Anstieg der Werte beobachtet werden. In KW 38/2022 gab es ca. 230 COVID-ARE-Arztkonsultationen/100.000 Einw. (Abbildung 8). Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 190.000 Arztkonsultationen wegen COVID-ARE in Deutschland. Die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ist in KW 38/2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den 15-bis 34-Jährigen und den 60- bis 79-Jährigen gestiegen, in den anderen Altersgruppen sind die Werte stabil geblieben bzw. leicht gesunken.

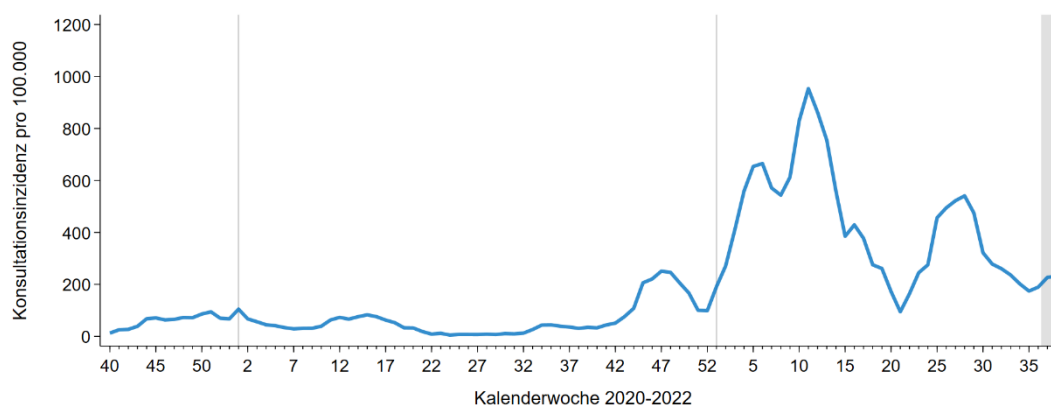


Abbildung 8: Wöchentliche Inzidenz der Arztkonsultationen wegen einer neu aufgetretenen ARE (ICD-10-Codes J00 – J22, J44.0, B34.9) mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1), von KW 40/2020 bis KW 38/2022. Für den grau markierten Bereich können sich durch Nachmeldungen noch Änderungen ergeben.

1.6.2 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.

Die Zahl der SARI-Fälle ist in KW 38/2022 insgesamt stabil geblieben (Abbildung 9). Dabei kam es im Vergleich zur Vorwoche in der Altersgruppe ab 80 Jahren zu einem Anstieg der Fallzahlen, in den Altersgruppen 5 bis 14 Jahre und 60 bis 79 Jahre ist die Zahl der SARI-Fälle leicht gesunken und in den anderen Altersgruppen sind die Werte stabil geblieben. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen erhöht, in allen anderen Altersgruppen liegen die Fallzahlen auf einem niedrigen Niveau. Es zeigte sich im stationären Bereich während der fünften COVID-19-Welle ab Januar 2022 (Omikron-Variante) erstmals keine erhöhte Krankheitslast durch schwere Atemwegsinfektionen, jedoch wurden im Juni und Juli 2022 etwas höhere Fallzahlen beobachtet als üblicherweise im Sommer (Abbildung 9, 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 (Abbildung 9, rote Linie [vor dem Jahreswechsel] und gelbe Linie).

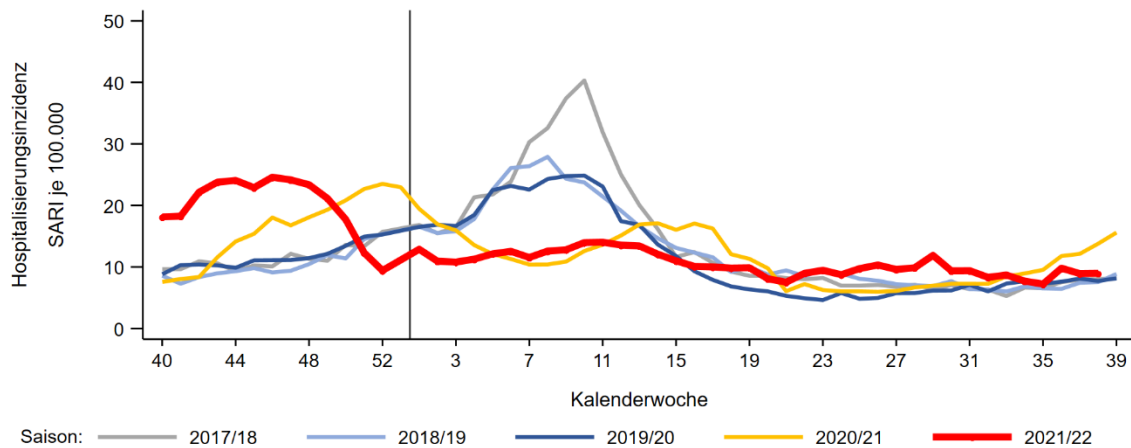


Abbildung 9: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Hauptdiagnose), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur KW 38/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen Krankenhaussurveillance. 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 10).

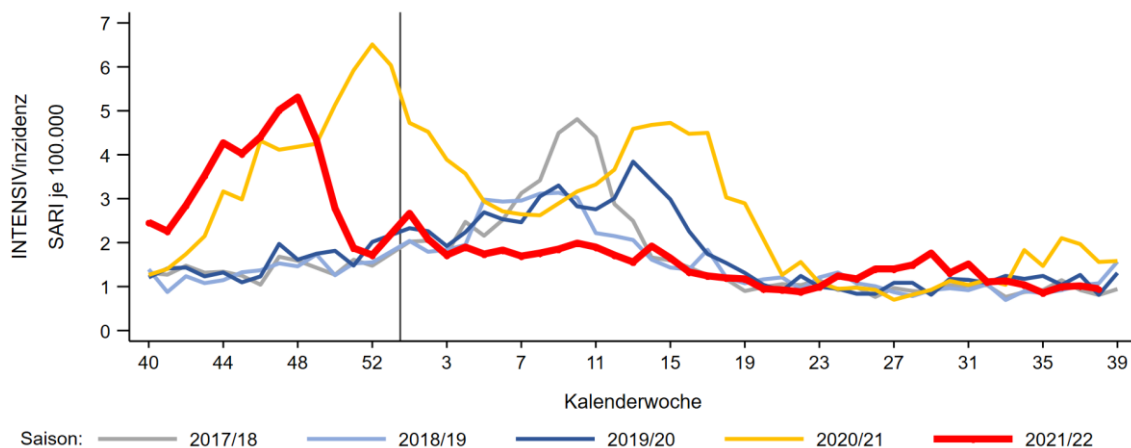


Abbildung 10: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Hauptdiagnose) mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur KW 36/2022, Daten aus 71 Kliniken der syndromischen 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.

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 während der fünften Welle zumeist unter den Werten der Vorsaisons. Ab KW 23/2022 wurde ein leichter Anstieg der Zahl intensivmedizinisch behandelter SARI-Fälle beobachtet mit Werten über dem üblichen Niveau während der Sommermonate, seit KW 30/2022 sind die Werte jedoch wieder gesunken und haben sich seitdem stabilisiert. Aktuell liegen die Werte etwa im Bereich der Vorjahre um diese Zeit (Abbildung 10).

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. 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 (siehe dazu auch Abschnitt 0). Nach einem Anstieg der Zahl der Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI ab KW 23/2022 kam es ab KW 30/2022 zu einem Rückgang der COVID-SARI-Fälle (Abbildung 11). In den letzten Wochen kam es zu einer Stabilisierung der COVID-SARI-Inzidenz. So gab es in KW 38/2022 ca. 3,1 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland.

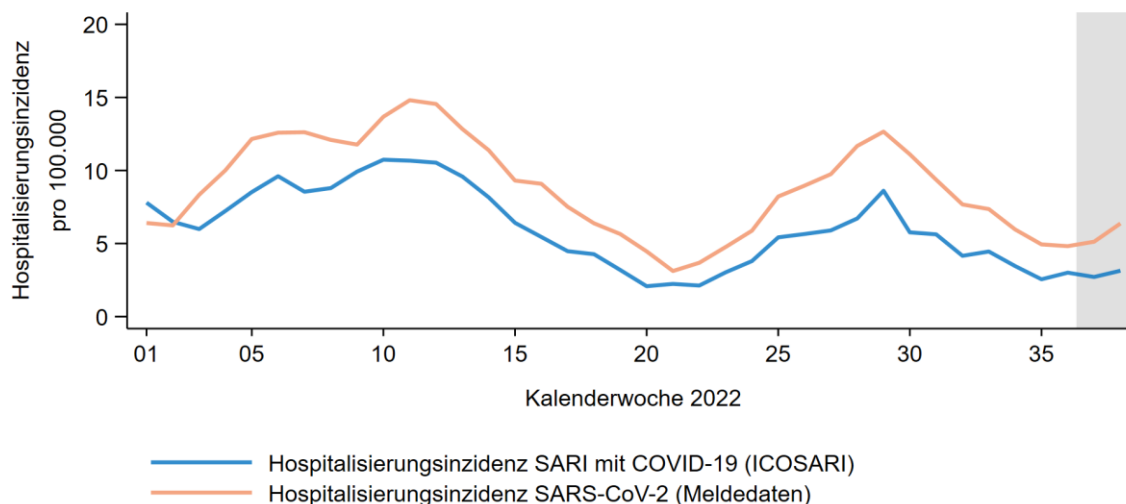


Abbildung 11: Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Haupt- oder Nebendiagnose) mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von KW 01/2022 bis KW 38/2022, Daten 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.

Insbesondere in den Altersgruppen der ab 60-Jährigen wurde ab KW 23/2022 ein Anstieg der COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenzen und ab KW 30/2022 ein Rückgang beobachtet, in den letzten Wochen blieben die Werte weitestgehend stabil (Abbildung 12). Der Verlauf der Inzidenz bei den unter 15-Jährigen ist dabei wegen sehr geringer Fallzahlen mit Zurückhaltung zu interpretieren. Die ab 80-Jährigen sind weiterhin am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. So gab es in KW 38/2022 ca. 24 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einw. in der Altersgruppe ab 80 Jahre.

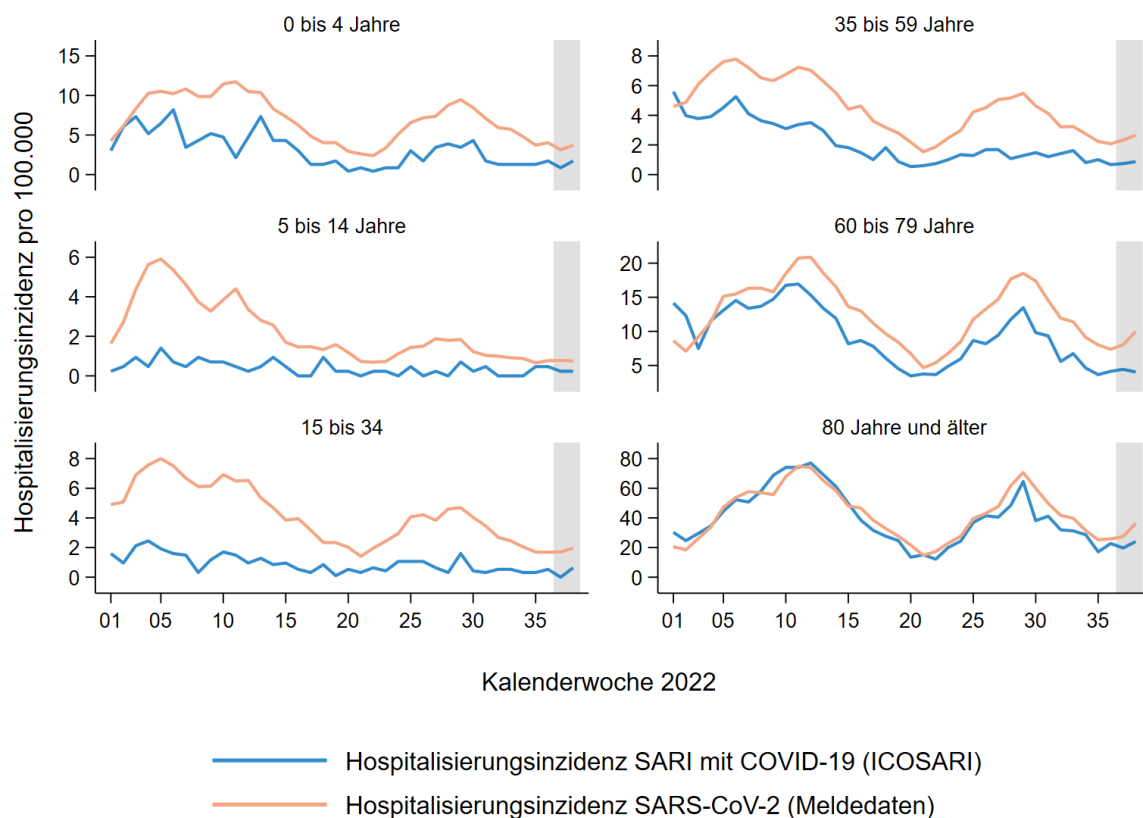


Abbildung 12: Wöchentliche Inzidenz nach Altersgruppen der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22 in DRG-Haupt- oder Nebendiagnose) mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von KW 01/2022 bis KW 38/2022, 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.

1.6.3 Interpretation der verschiedenen Aspekte zur Krankheitsschwere und ITS-Belastung

Zur Einschätzung der verschiedenen Aspekte müssen bei den einzelnen Erhebungssystemen deren 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 deren 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. Dies scheint sich bei den aktuell wieder steigenden Inzidenzen auch abzuzeichnen. 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 12 zeigt, dass insbesondere in den Altersgruppen ab 35 Jahren die Hospitalisierungsinzidenz in den Meldedaten ansteigt, während die COVID-SARI-Inzidenz weiterhin stabil bleibt.

In der Gesamtschau ergänzen sich die Informationen zur Hospitalisierungsinzidenz aus den Meldedaten, die COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenz und die Belegungskapazitäten im

Intensivregister, um die Situation bei schwer verlaufenden Fällen und die Auslastung der Kapazitäten im intensivmedizinischen Bereich beurteilen zu können. Übereinstimmend zeigen diese auch für schwere Erkrankungen mit Hospitalisierung und mit intensivmedizinischer Versorgung keinen weiteren Rückgang der Fallzahlen und hat sich aktuell auf einem Plateau stabilisiert, wobei hochaltrige Personen im Alter von über 80 Jahren weiterhin am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen sind.

1.7 Weitere Datenquellen zum Aspekt Hospitalisierung

1.7.1 Hospitalisierungen in den Meldedaten

Für 10.126.314 (30,6 %) der per Meldesystem übermittelten COVID-19-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 Ärztinnen und Ärzte auch die Aufnahme von COVID-19-Fällen ins Krankenhaus an das Gesundheitsamt melden, nicht nur den Verdacht auf, die Erkrankung und den Tod an COVID-19. Die entsprechenden Daten sind verfügbar unter <http://www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte>.

Den zeitlichen Verlauf der Hospitalisierungsinzidenz in den Meldedaten zeigen Abbildungen 13 und 14. In Abbildung 13 ist die absolute Anzahl der in der jeweiligen Meldewoche neu hospitalisierten Fälle stratifiziert nach Altersgruppen dargestellt. Die Daten werden nach Meldedatum (Datum, an dem das Gesundheitsamt den Fall elektronisch erfasst hat) und nicht nach Hospitalisierungsdatum ausgewiesen. In allen Altersgruppen werden Fälle auch noch ein bis zwei Wochen nach der Diagnose hospitalisiert, und es muss mit entsprechenden Nachübermittlungen gerechnet werden. Zwischen MW 01/2022 und MW 11/2022 kam es zu einem starken Anstieg der hospitalisierten Fälle in allen Altersgruppen, besonders bei den 60- bis 79- und über 80-Jährigen. Nach dem Rückgang zwischen MW 11/2022 und MW 20/2022 kam es seit MW 21 zu einem erneuten Anstieg. Nachdem die Fallzahlen und Inzidenzwerte der Infektionen seit ca. MW 29 sanken, war in einem ähnlichen Zeitraum auch in den Hospitalisierungsdaten ein Rückgang zu beobachten. Unter Vorbehalt der Nachmeldungen zeichnet sich zu Beginn des Herbstes nun ein Anstieg ab, der aber weitestgehend auf die Altersgruppen der 60-79- und stärker noch die über 80-Jährigen beschränkt zu bleiben scheint.

Der Altersmedian hospitalisierter Fälle war in MW 03/2022 zwischenzeitlich auf 56 Jahre gesunken und danach wieder angestiegen. Seit MW 28 liegt der Altersmedian hospitalisierter Fälle um 75 Jahre.

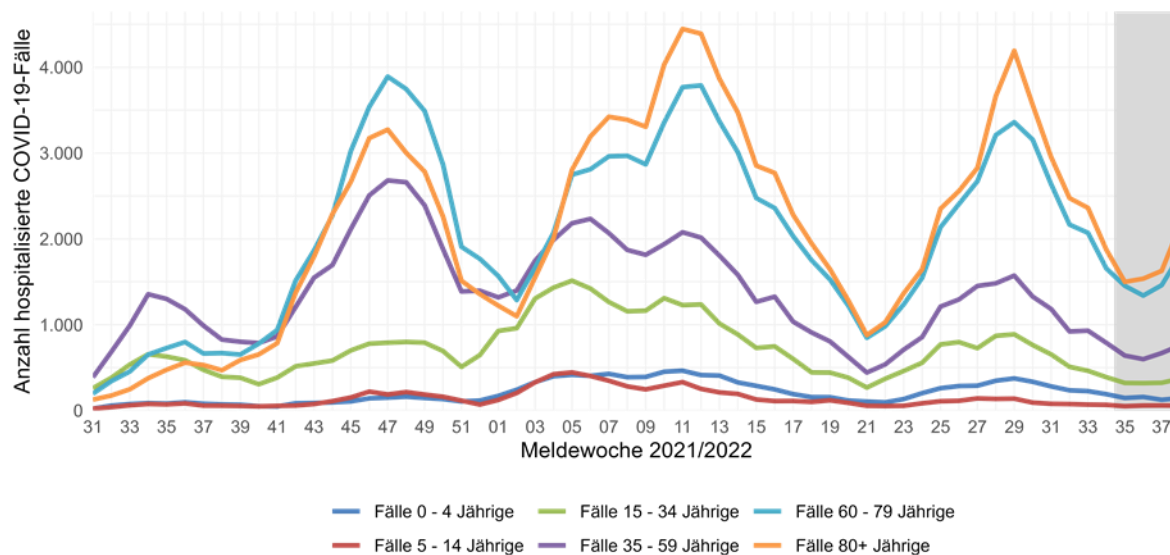


Abbildung 13: Darstellung der Anzahl der neu hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen in erheblichem Umfang und damit mit einer Erhöhung der Anzahl zu rechnen.

In Abbildung 14 ist anstelle der absoluten Anzahl der hospitalisierten Fälle die Hospitalisierungsinzidenz in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt. Die Hospitalisierungsinzidenz stagniert zurzeit in den meisten Altersgruppen. Für die ab 80-Jährigen blieb sie durchgängig auf einem erhöhten Niveau und steigt, analog zu den absoluten Zahlen, nun für die beiden höchsten Altersgruppen wieder an.

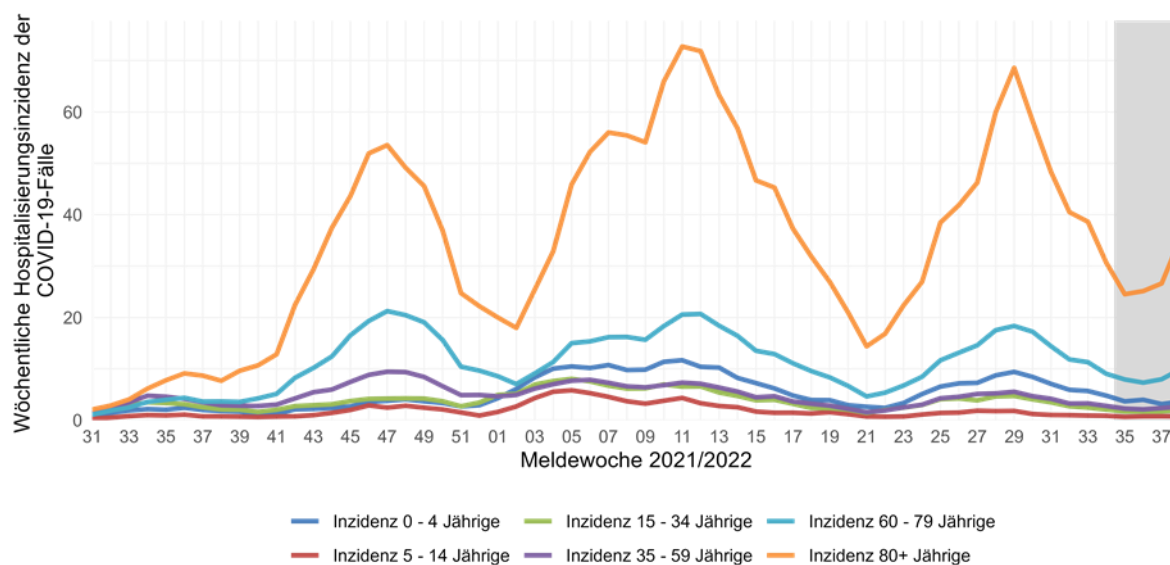


Abbildung 14: Wöchentliche Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen ab MW 31/2021 (Datenstand 28.09.2022, 00:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen in erheblichem Umfang und damit mit einer Erhöhung der Inzidenz zu rechnen.

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)¹

In Abbildung 15 zeigt die blaue Linie den Verlauf der tagesaktuell berichteten Anzahl von Hospitalisierungen (fixierte Werte) in den Altersgruppen 0 bis 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. Nach einem vorausgegangen deutlichen Anstieg bei den 0- bis 59-Jährigen und den ab 60-Jährigen sank die adjustierte Hospitalisierungsinzidenz seit Ende Juli in beiden Altersgruppen. Aktuell deutet sich bei den 0- bis 59-Jährigen ein schwacher Anstieg an, bei den über 60-Jährigen ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten.

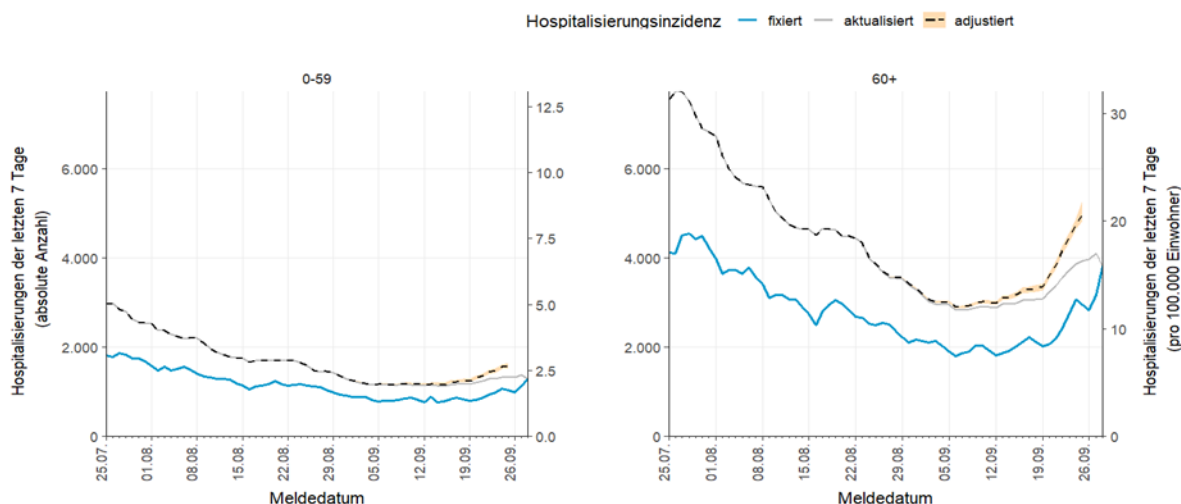


Abbildung 15: Berichtete 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (graue Linie) und Schätzung der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz unter Berücksichtigung von verzögert berichteten Hospitalisierungen (schwarz-gestrichelte Linie mit orange ausgewiesenem Schätzbereich) für die Altersgruppen 0-59 Jahre und 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.

¹ 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 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/>

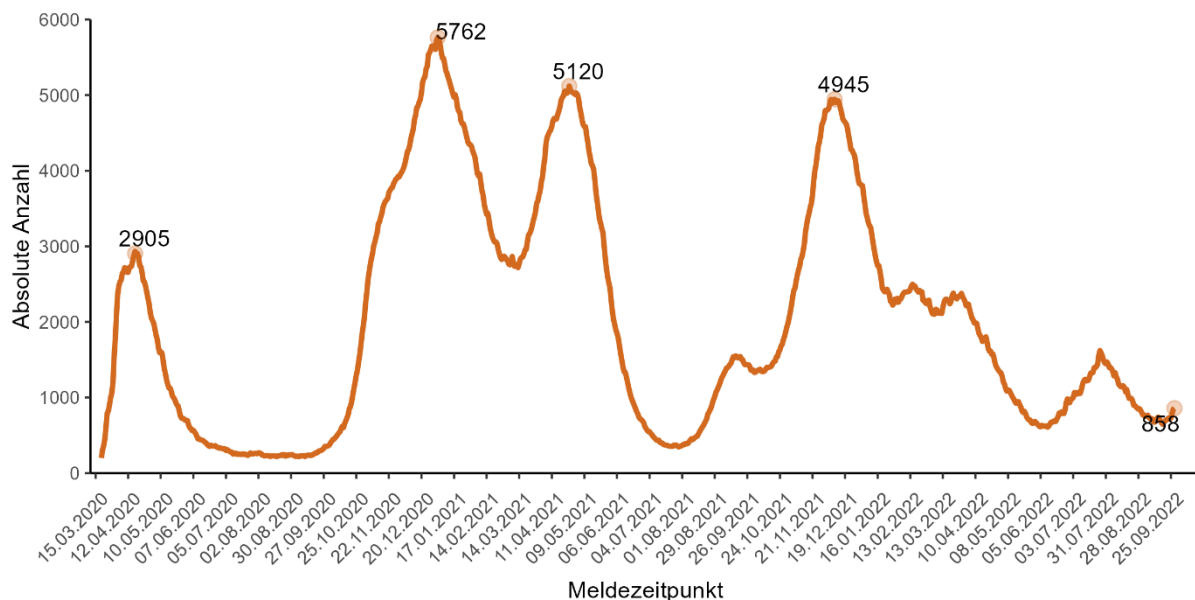


Abbildung 16: Anzahl im Intensivregister gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 28.09.2022, 00:00 Uhr). Zur Interpretation der Kurve im März/April 2020 ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell 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 16 zeigt die absolute Anzahl der im Intensivregister gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle zum Stand des jeweiligen Beobachtungstages. Am 28.09.2022 lag die Zahl bei 858 (Vorwoche 705). Ein täglicher Bericht über die Lage der Intensivbettenkapazität in Deutschland wird unter <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/reports> veröffentlicht.

Nach der vierten Welle im Oktober bis Dezember 2021 blieben COVID-19-Belegung auf Intensivstationen und freie ITS-Bettenkapazität während der fünften Welle lange auf einem stabilen Niveau. Ab April 2022 ging die COVID-19-Belegung auf Intensivstationen kontinuierlich zurück. Seit Mitte Juni war erneut ein Anstieg zu beobachten, seit KW 30 ist die Belegung wieder rückläufig (Abbildung 17). Der Anteil freier ITS-Betten an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten sollte oberhalb von 10 % liegen, was als Grenzwert der Reaktionsfähigkeit der Kliniken gilt, der nicht unterschritten werden sollte. Dieser Anteil bewegte sich seit Beginn des Jahres auf einem stabilen Niveau von ca. 15 %. Nach einem abnehmenden Trend im Juni und Juli nahm der Anteil der freien ITS-Betten in den vergangenen Wochen wieder zu und liegt derzeit bei 14,9 % (Vorwoche 15,1%).

Es zeigt sich also auch hier, dass trotz steigendem Trend in den Inzidenzwerten, dies derzeit nicht in einer Intensivierung der Krankheitsschwere in der Bevölkerung resultiert.

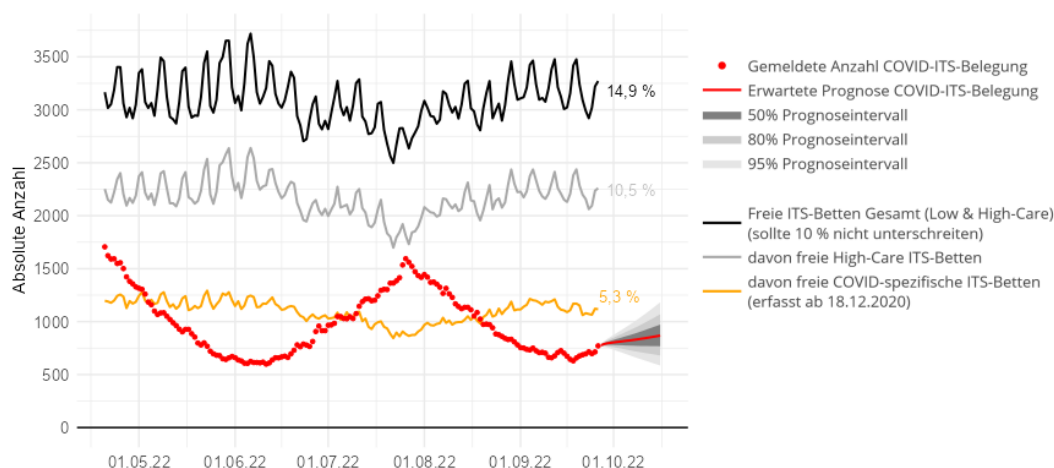


Abbildung 17: 20-Tages-Prognose der intensivmedizinischen Bettenbelegung mit COVID-19 Patienten und Patientinnen mit bisheriger Belegungsentwicklung (rote Punkte) sowie Verlauf der verfügbaren freien ITS-Bettenkapazität für alle Patienten und Patientinnen (COVID und Non-Covid, schwarze Linie), sowie davon freie High-Care Betten (graue Linie) und freie COVID-spezifische ITS-Betten (orange).

Seit Mitte Dezember 2021 wird im Intensivregister der Impfstatus von neu aufgenommenen COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Intensivstationen erhoben. Anfang Juni 2022 erfolgte eine Umstellung der Abfrage: Der Impfstatus wird seither anhand der Anzahl der erfolgten Impfungen (0, 1, 2, 3, 4+ Impfungen) erfasst.

Es ist zu beachten, dass die Impfangaben des Impfquotenmonitorings und des Intensivregisters aus unterschiedlichen Datenquellen stammen, die nicht miteinander in Bezug gesetzt werden können. Unter anderem unterscheiden sich die Art der Abfrage, der Meldeweg und die Definitionen der zu meldenden Fälle. Weiterhin ist zu beachten, dass die Intensivregister-Daten in dieser Form nicht geeignet sind, um die Wirksamkeit der Impfung einzuschätzen. Siehe dazu das "Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland" unter www.rki.de/covid-19-impfbericht.

Für den Zeitraum vom 29.08.2022 bis 25.09.2022 (KW 35 - KW 38/2022) wurde der Impfstatus von 1.545 COVID-19-Aufnahmen gemeldet; das entspricht etwa 58,8 % der für diesen Zeitraum übermittelten Fälle (2.627). 13,7 % (211 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus hatten keine Impfung, 3,8 % (59 Fälle) hatten eine Impfung, 10,5 % (162 Fälle) hatten zwei Impfungen, 53,1 % (820 Fälle) hatten drei Impfungen und 19,0 % (293 Fälle) hatten vier oder mehr Impfungen.

1.8 Todesfälle, Mortalitätssurveillance, EuroMomo

In Abbildung 18 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 werden also für die KW 36 bis 38/2022 noch nachträglich Todesfälle übermittelt werden.

In der fünften Welle kam es trotz mehrheitlich vergleichsweise milder Erkrankungsverläufe aufgrund der hohen Infektionszahlen wieder zu einem Anstieg der Todesfälle. In den KW 05 bis 15/2022 wurden, unter Berücksichtigung von Nachmeldungen, wöchentlich zwischen ca. 1.100 und 1.800 Todesfälle mit Angaben zum Alter übermittelt. Ab KW 13/2022 war hier ein Rückgang zu beobachten mit der, nach aktuellem Meldungsstand, in 2022 geringsten übermittelten Zahl von 262 Todesfällen in KW 22. In der sechsten Welle stieg die Zahl der übermittelten Todesfälle mit Angabe zum Alter bis KW 29 wieder auf 891 Fälle an. Seit KW 30 geht diese Zahl wieder zurück.

Unter den übermittelten Todesfällen seit KW 10/2020 waren 126.769 (85 %) Personen 70 Jahre und älter, der Altersmedian lag in KW 36/2022 bei 82 Jahren. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle etwa 7 %. Der Altersmedian der übermittelten Todesfälle hat sich in den bisherigen COVID-19-Wellen wenig verändert. Er lag in den Spitzenwochen der ersten Welle bei 83 Jahren, der zweiten Welle Ende 2020 bei 84 Jahren, in der dritten Welle im Frühjahr 2021 bei 78 Jahren, in der vierten Welle Ende 2021 bei 81 Jahren und während der Spitzenwochen der fünften Welle bei 84 Jahren.

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.²

² 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

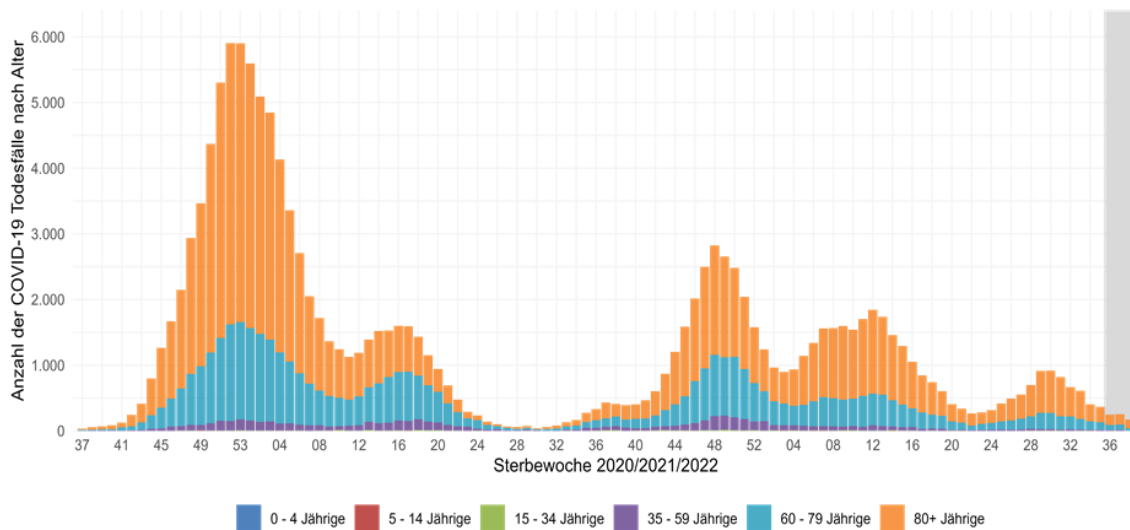


Abbildung 18: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (KW 37/2020 – KW 38/2022: 139.042 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 28.09.2022, 0:00 Uhr). Insbesondere für die vergangenen drei Wochen ist mit Nachübermittlungen zu rechnen.

2 Impfen

Seit dem 07.07.2022 werden im COVID-19-Wochenbericht des RKI keine regelmäßigen Informationen mehr aus dem Impfquotenmonitoring berichtet. Der Beitrag ebenso wie die Informationen zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung erscheinen stattdessen im neuen [Monatsbericht des RKI „Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland“](#). Der aktuelle Bericht wurde heute am 29.09.2022 veröffentlicht.

Die Daten des Impfquotenmonitorings werden auch weiterhin auf der RKI-Website unter www.rki.de/covid-19-impfquoten werktäglich aktualisiert, auf dem Impfdashboard des BMG visualisiert (<https://impfdashboard.de/>) und stehen auf GitHub (https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland) zum Download bereit.

(<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. 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.

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

Seit KW 13/2022 werden die Testzahlen im 14-tägigen Rhythmus und damit wieder in der nächsten Woche berichtet.

3.1 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 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 Aminosäureaustausche 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 Sublinien³, zur Nomenklatur als auch Fallzahlen aus verschiedenen Datenquellen in Deutschland.

3.1.1 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 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 bereits über die Gesundheitsämter an das RKI weitergeleitet 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 die dem RKI im Rahmen der Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) übermittelt werden. Diese werden zwei Gruppen zugeordnet: **(A) Sequenzierungen, die aus einem bestimmten klinisch-epidemiologischen oder labordiagnostischen Verdacht auf Besonderheiten durchgeführt wurden (anlassbezogenen Proben⁴), sowie (B) Sequenzierungen, die zufällig aus dem Gesamtvorkommen an SARS-CoV-2-positiven Proben in den Laboren ausgewählt wurden (Stichprobe).**

Insgesamt stehen dem RKI aktuell (Datenstand 26.09.2022) 1.109.110 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen seit dem 01.01.2021 aus Deutschland zur Verfügung. Für die KW 37/2022 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 %. Der überwiegende Teil davon (ca. 90%) – 1,4 % – entfallen auf die o. g. Stichprobe.

In Abbildung 19 ist der Anteil der sequenzierten Proben der Stichprobe seit Januar 2021 dargestellt, wobei die Anzahl der Proben zwischen KW 31-37/2022 bei drei- bis fünftausend lag.

³ 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, BE, BF Linien).

⁴ z. B. bei Hinweisen auf das Vorliegen einer VOC aufgrund der Reiseanamnese oder Labordiagnostik, Reinfektion, Impfdurchbruch oder Hinweise auf einen Ausbruch

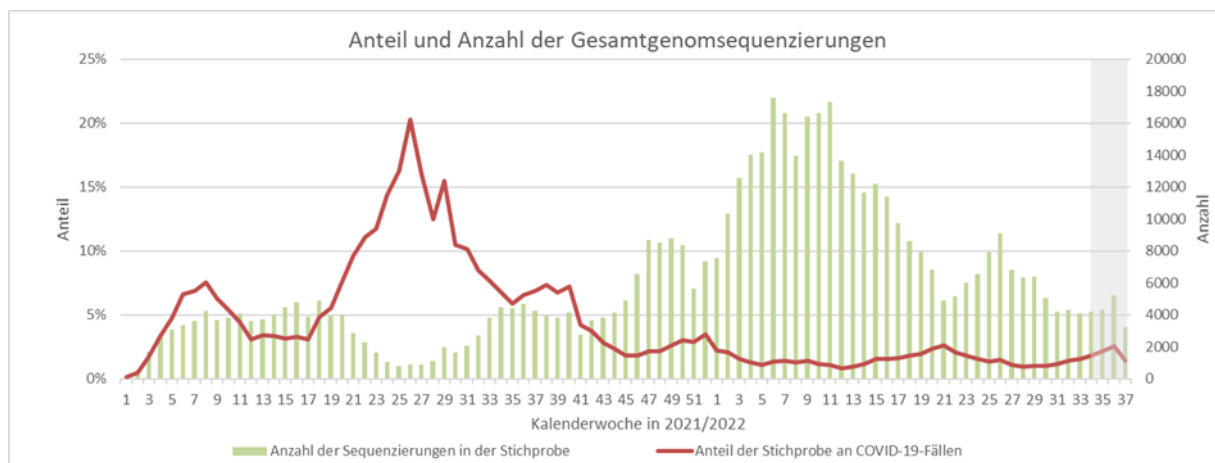


Abbildung 19: Anzahl (grüne Balken) und Anteil (rote Linie) der zufällig für die Sequenzierung ausgewählten SARS-CoV-2 positiven Proben an den COVID-19-Fällen der jeweiligen Kalenderwoche in 2021/2022 (siehe Abbildung 2). Für den grau hinterlegten Bereich ist mit Veränderungen auf Grund von Nachmeldungen zu rechnen (Datenstand: 26.09.2022).

3.2 SARS-CoV-2-Varianten Verteilung in Deutschland

Aktuell ist die VOC Omikron die in Deutschland dominierende SARS-CoV-2-Variante. Andere Varianten, wie die VOC Delta und zuvor die VOC Alpha, wurden vollständig verdrängt (siehe Abbildung 23).

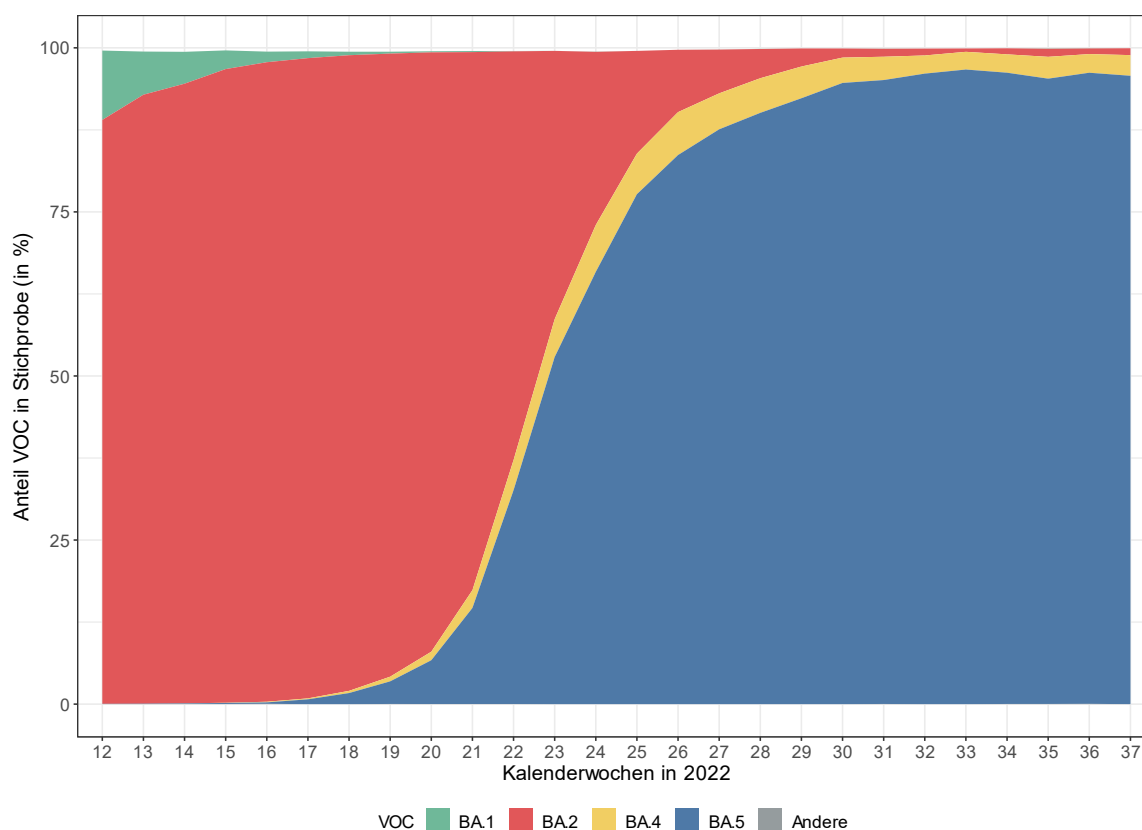


Abbildung 20: Prozentuale Anteile der VOC (inkl. der jeweiligen Sublinien) mit einem Anteil von jemals >1 % im abgebildeten Zeitraum, bezogen auf die Genomsequenzen aus der Stichprobe. Die Anteile und Anzahlen aller weiteren Varianten und Sublinien sind in der vollständigen Tabelle ab KW 01/2021 unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/VOC_VOI_Tabelle.html enthalten.

In Abbildung 20 ist die Entwicklung der VOC inklusive der jeweiligen Sublinien zu sehen. Der Gesamtanteil von BA.5 ist stabil im Vergleich zu den Vorwochen und liegt in KW 37/2022 bei 96 %. Der Anteil von BA.4 liegt wie in den vergangenen Wochen stabil bei ca. 3%.

Die Genomsequenzdaten beziehen sich auf den Zeitraum bis einschließlich KW 37/2022. Die Linien BA.1 bis BA.5 werden als übergeordnete Linien in Tabelle 2 aufgeführt, inkl. der jeweiligen Sublinien (z.B. BE, BF und BK-Linien von BA.5). Eine vollständige Tabelle ab KW 01/2021, in der alle VOC und Sublinien enthalten sind, findet sich online in der https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/VOC_VOI_Tabelle.html (Datenstand 26.09.2022).

Tabelle 2: Anteile sequenzierter VOC Omikron BA.1 bis BA.5 (inkl. der jeweiligen Sublinien) (Datenstand 26.09.2022).

KW 2022	Omikron				
	BA.1	BA.2	BA.3	BA.4	BA.5
28	< 0,1 %	4,5 %	0 %	5,3 %	90,1 %
29	0 %	2,8 %	0 %	4,8 %	92,3 %
30	0 %	1,4 %	0 %	3,9 %	94,6 %
31	< 0,1 %	1,2 %	0 %	3,6 %	95,1 %
32	0 %	1,0 %	0 %	2,8 %	96,1 %
33	0 %	0,5 %	0 %	2,7 %	96,7 %
34	0 %	0,9 %	0 %	2,8 %	96,2 %
35	< 0,1 %	1,2 %	0 %	3,3 %	95,3 %
36	< 0,1 %	0,9 %	0 %	2,8 %	96,2 %
37	0 %	1,0 %	0 %	3,1 %	95,7 %

Die Abbildung 21 zeigt die Anteile der einzelnen Sublinien von BA.5. Zu beachten ist, dass neben der gewohnten Nomenklatur BA.5.*, auch die Bezeichnungen BE.*, BF.* und BK.* gemäß der Pangolin-Nomenklatur verwendet werden. Die Sublinie BA.5.2 bildet mit 27 % gefolgt von BA.5.1 mit 20 % den größten Anteil. Die Nomenklatur geht auf die genetische Diversifizierung und nicht auf Erkenntnisse über etwaige Unterschiede in der Krankheitsschwere oder der Übertragbarkeit dieser Sublinien zurück.

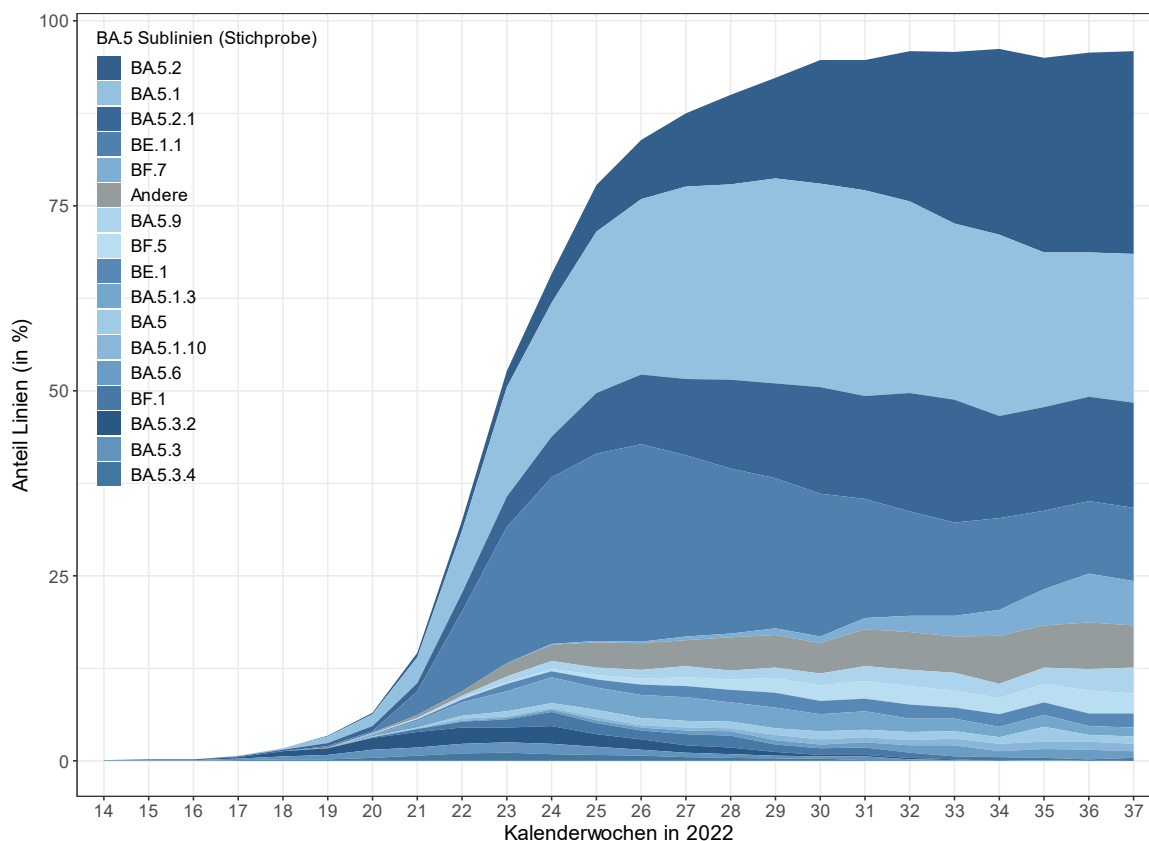


Abbildung 21: Prozentuale Anteile der Omikron-BA.5 Sublinien mit einem Anteil von jemals >1 %, bezogen auf die Genomsequenzen aus der Stichprobe, absteigend sortiert nach ihrem Anteil in KW 37/2022. Unter „Andere“ werden alle weiteren BA.5 Sublinien subsummiert, deren Anteil in der Stichprobe durchgehend ≤1 % lag.

Die Spike-Proteine von BA.4 und BA.5 weisen im Vergleich zu BA.1 und BA.2 u.a. die Aminosäure-Austausche L452R und F486V auf, die mit erhöhter Übertragbarkeit und/oder Immunflucht in Zusammenhang gebracht werden. Die veränderte Krankheitslast, z.B. bzgl. der Hospitalisierungen, wird über die entsprechenden Surveillance-Systeme zu akuten respiratorischen Erkrankungen und dem Meldesystem erfasst (siehe dazu Abschnitte 1.6 und 1.7) und ist in Abbildung 11 dargestellt.

Weltweit wurde seit Juni 2022 die vermehrte Ausbreitung von BA.2.75 (inkl. Sublinien) beobachtet. In der Stichprobe für Deutschland wurden seit KW 25/2022 bisher insgesamt 114 Genomsequenzen dieser Linien identifiziert. Für KW 37/2022 entspricht die Anzahl der Nachweise von BA.2.75 (inkl. Sublinien) in der Stichprobe einem Anteil von weniger als 1 %. Das Mutationsprofil der BA.2.75 Linien deutet auf ausgeprägte Immunfluchteigenschaften hin. ECDC⁵ und WHO⁶ haben BA.2.75 als VOI bzw. „VOC-lineage under monitoring“ eingestuft.

Neben den Omikron-Linien treten sporadisch auch Rekombinanten verschiedener Omikron-Virusvarianten auf, allerdings liegen bislang keine epidemiologischen Hinweise auf eine Veränderung der Übertragbarkeit, Virulenz und/oder veränderter Immunantwort gegenüber den Ausgangsvarianten vor.

Eine genau Auflistung der Anteile und Nachweise von Rekombinanten ist ebenfalls online in der Tabelle zu [Anzahl und Anteile von VOC und VOI in Deutschland](#) zu finden (Datenstand 26.09.2022).

⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>

⁶ <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

4 Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland

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

4.1 Aktuelles

- Monatsbericht zum Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland (29.09.2022)
<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html>
- Aufklärungsbogen und Anamnese- und Einwilligungsbogen zur COVID-19-Impfung (Aktualisierung am 23.09.2022)
<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Aufklaerungsbogen-Tab.html>
- Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin 38/22 (22.9.2022)
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/38/Art_01.html
- Berichte zu Impfquoten in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen für Deutschland und die Bundesländer (16.9.2022)
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Meldepflicht_stationaerer_Pflegeeinrichtungen.html
- COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (Aktualisierung am 09.09.2022)
<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.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 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 Surveillancessysteme und solche in dem unterschiedliche Datenquellen zusammenfließen wird die Bezeichnung „KW“ für Kalenderwoche verwendet.