



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

16.03.2021 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Bestätigte Fälle		7-Tage-Inzidenz (7-TI)			Impfmonitoring	DIVI-Intensivregister
Gesamt ¹	aktive Fälle ²	Gesamt-Bevölkerung		Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/ 100.000 EW	Anzahl Impfungen seit dem Vortag ⁴	Veränderung zum Vortag der Fälle in intensivmedizinischer Behandlung
+5.480 (2.581.329)	-3.900 [ca. 133.500]	84 Fälle/100.000 EW		+4 [327/412]	1. Impfung: + 169.080 2. Impfung: + 56.773	+18 [2.851]
Genesene ³	Verstorbene ¹	60-79 Jahre	80+ Jahre	Anzahl Kreise mit 7-TI > 100/ 100.000 EW	Anzahl Geimpfter insgesamt mit einer/zwei Impfung/en und Anteil an Bevölkerung ⁴	Auf ITS verstorben zum Vortag
+9.100 (ca. 2.374.200)	+238 (73.656)	52 Fälle/100.000 EW	54 Fälle/100.000 EW	+7 [124/412]	N1: 6.712.195 (8,1 %) N2: 2.951.692 (3,5 %)	+82

Zahlen in () Klammern zeigen kumulative Werte, Zahlen in [] Klammern zeigen die aktuellen Werte. Fußnoten werden im Anhang erläutert.

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 COVID-19-Fällen dargestellt. Eine Übersicht, welche Informationen an welchen Tagen im Situationsbericht zur Verfügung gestellt werden, ist unter www.rki.de/covid-19-situationsbericht zu finden.

- Änderungen seit dem letzten Bericht werden im Text in **Blau** dargestellt –

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Die Zahl der Übertragungen von COVID-19 in der Bevölkerung nimmt in Deutschland deutlich zu. Das RKI schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als **sehr hoch** ein.
- Gestern wurden **5.480** neue Fälle und **238** neue Todesfälle übermittelt. Die Inzidenz der letzten 7 Tage liegt deutschlandweit bei **84** Fällen pro 100.000 Einwohnende (EW). In Bayern und Hessen liegt diese leicht und in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen deutlich über der Gesamtinzidenz.
- Die Anzahl der Kreise mit einer hohen 7-Tage-Inzidenz nimmt zu. Aktuell weisen **327/412** Kreise eine hohe 7-Tage-Inzidenz von >50 auf. Die 7-Tage-Inzidenz liegt in **124** Kreisen bei >100 Fällen/100.000 EW, davon in **sechs** Kreisen bei >250 Fällen/100.000 EW.
- Die 7-Tage-Inzidenz bei 60-79 Jahre alten Personen liegt aktuell bei 52 und bei ≥ 80 Jahre alten Personen bei 54 Fällen / 100.000 EW. Die 7-Tage-Inzidenz nimmt insbesondere in den Altersgruppen <60 Jahre, **Kinder eingeschlossen**, zu.
- Die hohen bundesweiten Fallzahlen werden durch zumeist diffuse Geschehen mit zahlreichen Häufungen insbesondere in privaten Haushalten, zunehmend auch in Kitas, Schulen und im beruflichen Umfeld verursacht.
- Am **16.03.2021 (12:15)** befanden sich **2.851** COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (**+18** zum Vortag). Seit dem Vortag erfolgten **+339** Neuaufnahmen von COVID-19-Fällen auf eine Intensivstation. **+82** COVID-19-Fälle sind seit dem Vortag verstorben.
- Seit dem 26.12.2020 wurden insgesamt **6.712.195** Personen mindestens einmal (Impfquote **8,1 %**) und **2.951.692** zwei Mal (Impfquote **3,5 %**) gegen COVID-19 geimpft (<http://www.rki.de/covid-19-impfquoten>). Das Paul-Ehrlich-Institut hat am 15.03.2021 die vorübergehende Aussetzung der Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff empfohlen.
- Im heutigen Lagebericht werden zusätzlich folgende Informationen bereitgestellt: **Wochenvergleich der letzten zwei Meldewochen, demografische Verteilung, klinische Aspekte, wahrscheinliche Infektionsländer und Ausbrüche.**

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird fortlaufend aktualisiert.

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 16.03.2021, 0:00 Uhr)

COVID-19-Verdachtsfälle, COVID-19-Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 werden gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet. Das Gesundheitsamt übermittelt diese Daten über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Im vorliegenden Lagebericht werden die an das RKI übermittelten Daten zu laborbestätigten COVID-19-Fällen mittels Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) oder Erregerisolierung unabhängig von der klinischen Symptomatik dargestellt. Im folgenden Bericht sind somit unter COVID-19-Fällen sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Weitere Erläuterungen finden sich unter „Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung“.

Allgemeine aktuelle Einordnung

Die 7-Tage-Inzidenz und die Fallzahlen steigen insgesamt im Bundesgebiet seit Mitte Februar 2021 wieder an. Der 7-Tage-R-Wert liegt über 1. In den letzten Tagen hat sich der Anstieg der Fallzahlen beschleunigt. Das Risiko einer weiteren starken Zunahme der Fallzahlen ist deutlich erhöht. Aktuell kann oft kein konkretes Infektionsumfeld ermittelt werden. Fallzahlen und 7-Tage-R-Wert deuten nach wie vor auf eine anhaltende Zirkulation in der Bevölkerung hin. COVID-19-bedingte Ausbrüche betreffen momentan insbesondere private Haushalte, zunehmend auch Kitas, Schulen und das berufliche Umfeld.

Neben der Identifikation von Infizierten, der Kontaktpersonennachverfolgung und der Impfung muss der Schutz der Risikogruppen konsequent umgesetzt werden. Dieses betrifft insbesondere den Schutz der älteren Personen. Durch die Impfung und das Absinken der Zahl der neu Infizierten insgesamt, können auch Risikogruppen zuverlässig geschützt werden.

In den meisten Bundesländern ist der zuvor kontinuierliche Rückgang der COVID-19 Fallzahlen auf Intensivstationen (ITS) nicht mehr fortgesetzt, stattdessen stagniert die COVID-19-ITS-Belegung aktuell auf einem Plateau im Großteil der Länder. Tatsächlich verzeichnet ein Drittel der Bundesländer sogar schon wieder einen leichten Anstieg. Daher ist es weiterhin unbedingt notwendig, dass [organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz etc. zum Schutz vor Infektionen konsequent umgesetzt werden](#), die gesamte Bevölkerung wachsam ist und sich für den eigenen Infektionsschutz engagiert, z. B. indem sie Abstands- und Hygieneregeln konsequent – auch im Freien – einhält, Innenräume lüftet und, wo geboten, eine OP-Maske (Mund-Nasen-Schutz, MNS) oder eine [passende](#) FFP2-Maske (bzw. KN95 oder N95-Maske) korrekt trägt. Menschenansammlungen – besonders in Innenräumen – sollten möglichst gemieden werden.

[Um einen möglichst kontinuierlichen Betrieb von Kitas und Schulen gewährleisten zu können, erfordert die aktuelle Situation den Einsatz aller organisatorischer und individueller Maßnahmen zur Infektionsprävention \(s. u. a. \[https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2021-02_01.pdf\]\(https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2021-02_01.pdf\)\)](#). Darüber hinaus muss der Eintrag von SARS-CoV-2 in die Einrichtungen möglichst verhindert werden, d. h. Familien und Beschäftigte sollten ihr Infektionsrisiko außerhalb der Kita oder Schule entsprechend der Empfehlungen des RKI (AHA + L) minimieren und bei Zeichen einer Erkrankung 5-7 Tage zuhause bleiben. Falls es zu Erkrankungen in einer oder mehreren Gruppen kommt sollte eine frühzeitige reaktive Schließung der Einrichtung aufgrund des hohen Ausbreitungspotenzials der neuen SARS-CoV-2 Varianten erwogen werden, um eine weitere Ausbreitung innerhalb der Kita und in die betroffenen Familien zu verhindern.

Weltweit kommen verschiedene Virusvarianten vor, darunter momentan drei besorgniserregende Virusvarianten (Variants Of Concern, VOC): Die Viren der Linie B.1.1.7 (erstmal nachgewiesen in Großbritannien), der Linie B.1.351 (erstmal nachgewiesen in Südafrika) und der Linie P.1 (zirkuliert hauptsächlich im brasilianischen Bundesstaat Amazonas). Mit verstärkter Probensequenzierung und Datenerfassung im Deutschen elektronischen Sequenzdaten-Hub (DESH) (www.rki.de/covid-19-desh) Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

wird das Infektionsgeschehen im Rahmen der Integrierten Molekularen Surveillance (IMS) intensiv beobachtet.

Auch in Deutschland sind seit Dezember 2020 Infektionen mit VOC nachgewiesen worden, v.a. der Variante B.1.1.7. Die bisher vorliegenden Daten und Analysen zeigen, dass sich der Anteil der VOC B.1.1.7 in den letzten Wochen deutlich erhöht hat. Die Virusvariante B.1.1.7 wird aktuell bei >50% der untersuchten positiven Proben in Deutschland gefunden. Das ist besorgniserregend, weil die Variante B.1.1.7 nach bisherigen Erkenntnissen deutlich ansteckender ist und vermutlich etwas schwerere Krankheitsverläufe verursacht als andere Varianten. Alle Impfstoffe, die aktuell in Deutschland zur Verfügung stehen, schützen nach derzeitigen Erkenntnissen sehr gut vor einer Erkrankung durch die in Deutschland hauptsächlich zirkulierende Variante B.1.1.7, und sie schützen auch vor schweren Erkrankungen durch die anderen Varianten. Nicht notwendige Reisen sollten weiterhin, insbesondere aufgrund der zunehmenden Verbreitung der besorgniserregenden Virusvarianten, unbedingt vermieden werden.

Geografische Verteilung

Es wurden **2.581.329 (+5.480)** labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt (s. Tabelle 1). Die geografische Verteilung der Fälle der letzten 7 Tage ist in Abbildung 1 dargestellt. Die genauen Inzidenzwerte der Kreise können dem Dashboard entnommen werden (<https://corona.rki.de/>).

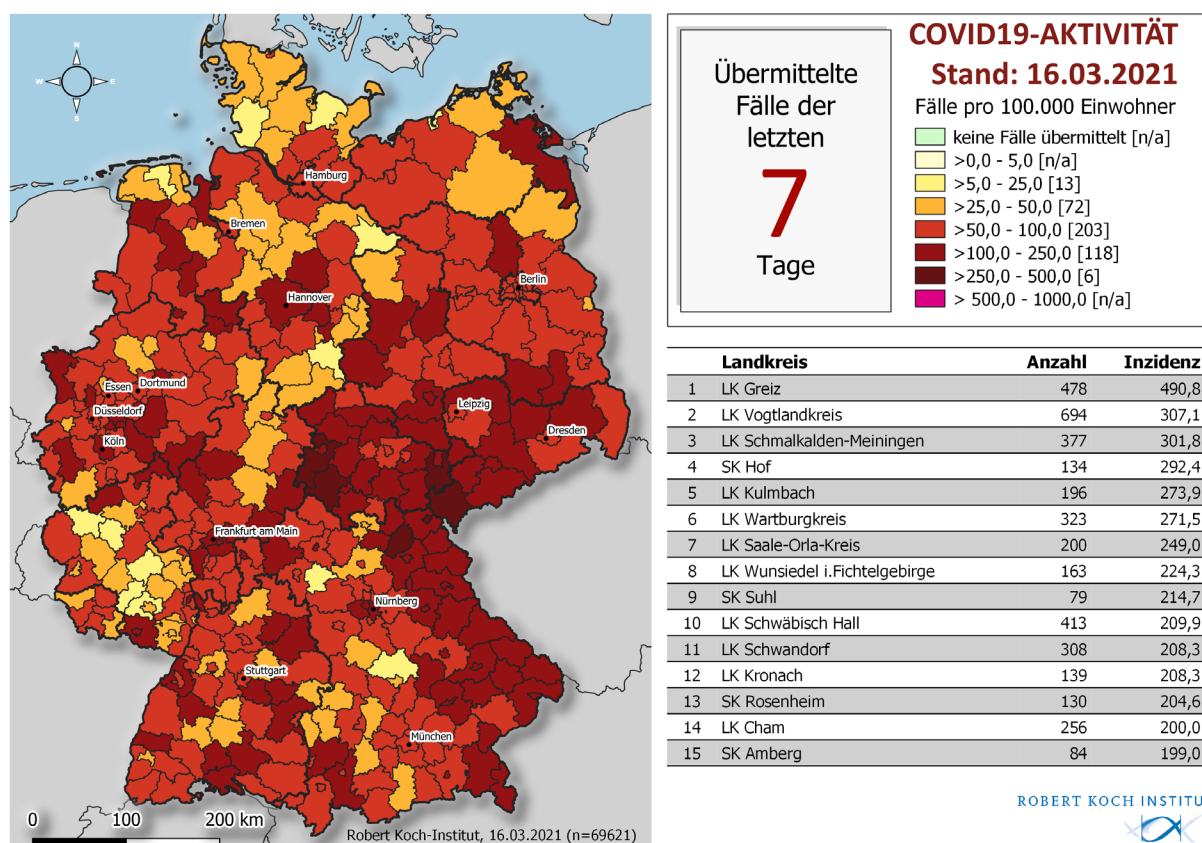


Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 69.621, 16.03.2021, 0:00 Uhr). Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle pro Bundesland in Deutschland (16.03.2021, 0:00 Uhr). Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf Fälle, die dem RKI täglich übermittelt werden. Dies beinhaltet Fälle, die am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen an das Gesundheitsamt gemeldet worden sind.

Bundesland	Fälle kumulativ			Letzte 7 Tage		Todesfälle kumulativ	
	Fälle	Differenz Vortag	Fälle/ 100.000 EW	Fälle	Fälle/ 100.000 EW	Fälle	Fälle/ 100.000 EW
Baden-Württemberg	332.924	437	2.999	8.337	75	8.437	76,0
Bayern	459.869	892	3.504	11.675	89	12.865	98,0
Berlin	135.111	368	3.682	3.014	82	2.941	80,1
Brandenburg	80.358	132	3.186	2.016	80	3.177	126,0
Bremen	19.057	55	2.798	542	80	379	55,6
Hamburg	55.266	268	2.992	1.532	83	1.332	72,1
Hessen	199.137	359	3.167	5.602	89	6.059	96,4
Mecklenburg-Vorpommern	26.823	65	1.668	1.028	64	811	50,4
Niedersachsen	177.016	414	2.214	6.085	76	4.608	57,6
Nordrhein-Westfalen	560.994	1.256	3.126	14.876	83	13.722	76,5
Rheinland-Pfalz	107.042	341	2.615	2.506	61	3.221	78,7
Saarland	30.162	47	3.056	544	55	914	92,6
Sachsen	203.533	374	4.998	4.479	110	8.126	199,6
Sachsen-Anhalt	65.335	145	2.977	2.347	107	2.584	117,7
Schleswig-Holstein	45.426	118	1.564	1.484	51	1.384	47,7
Thüringen	83.276	209	3.903	3.554	167	3.096	145,1
Gesamt	2.581.329	5.480	3.104	69.621	84	73.656	88,6

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen und Datenbereinigungen der Gesundheitsämter kann es gelegentlich vorkommen, dass bereits übermittelte Fälle im Nachhinein korrigiert bzw. wieder gelöscht werden. So kann es dazu kommen, dass in dieser Tabelle negative Werte bei der Differenz der im Vergleich zum Vortag übermittelten Fällen aufgeführt werden.

Zeitlicher Verlauf

Die dem RKI übermittelten Fälle mit Erkrankungsdatum seit dem 01.03.2020 sind tagesaktuell auf dem Dashboard verfügbar (<https://corona.rki.de/>). Den Verlauf auf Basis der Meldewochen zeigt Abbildung 2.

Bezogen auf die Fälle seit KW 10, 2020 ist bei 49 % der Fälle der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. sind diese Fälle nicht symptomatisch erkrankt. Für diese Fälle wird in Abbildung 2 daher die Meldewoche angezeigt.

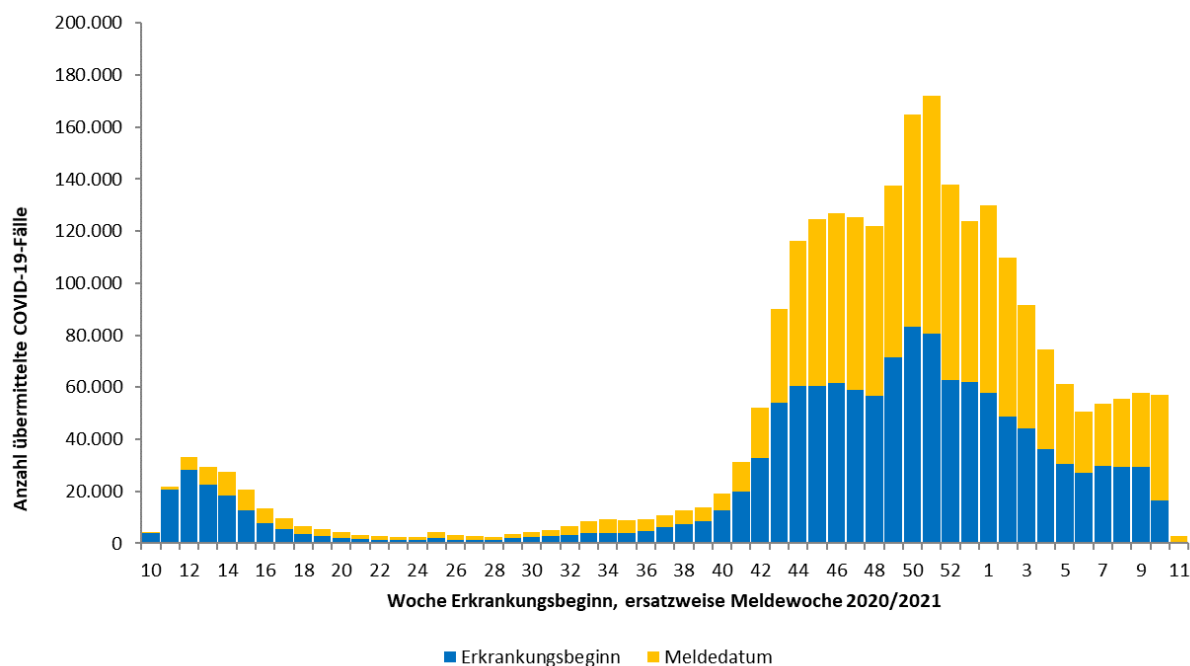


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Kalenderwoche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche seit KW 10, 2020 (16.03.2021, 0:00 Uhr).

Abbildung 3 zeigt den Verlauf der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner der jeweils letzten 7 Tage in den Bundesländern und in Deutschland. 7-Tage-Inzidenz und Fallzahlen steigen insgesamt im Bundesgebiet seit KW 10 wieder stärker an. Aktuell liegt die 7-Tage-Inzidenz in Bayern und Hessen leicht, in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen deutlich über dem Gesamtdurchschnitt (s. auch Tabelle 1).

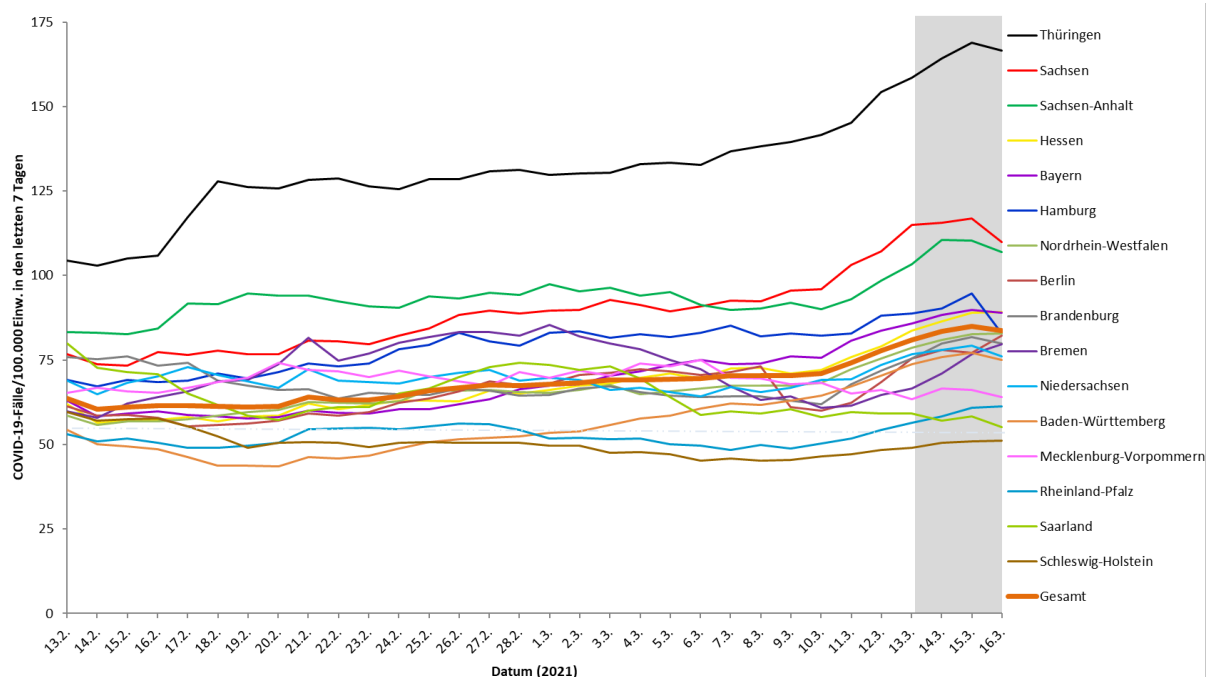


Abbildung 3: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Bundesland und Meldedatum in den Gesundheitsämtern (16.03.2021, 0:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist in den Folgetagen noch mit nachübermittelten Fällen und damit mit einer Erhöhung der Inzidenz zu rechnen.

Tabelle 2: Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie Inzidenz pro Bundesland in Deutschland in den Meldewochen 09 und 10, 2021 (16.03.2021, 0:00 Uhr).

Bundesland	Meldejahr 2021 Meldewoche 09		Meldejahr 2021 Meldewoche 10		Änderung im Vergleich	
	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	6.857	62	8.572	77	1.715	+25%
Bayern	9.710	74	11.796	90	2.086	+21%
Berlin	2.681	73	2.832	77	151	+6%
Brandenburg	1.619	64	2.061	82	442	+27%
Bremen	430	63	522	77	92	+21%
Hamburg	1.516	82	1.748	95	232	+15%
Hessen	4.568	73	5.594	89	1.026	+22%
Mecklenburg-Vorpommern	1.118	70	1.064	66	-54	-5%
Niedersachsen	5.233	65	6.328	79	1.095	+21%
Nordrhein-Westfalen	12.082	67	14.841	83	2.759	+23%
Rheinland-Pfalz	2.041	50	2.494	61	453	+22%
Saarland	584	59	575	58	-9	-2%
Sachsen	3.759	92	4.759	117	1.000	+27%
Sachsen-Anhalt	1.982	90	2.422	110	440	+22%
Schleswig-Holstein	1.311	45	1.476	51	165	+13%
Thüringen	2.950	138	3.605	169	655	+22%
Gesamt	58.441	70	70.689	85	12.248	+21%

In Tabelle 2 sind die Fallzahlen und Inzidenzen der vergangenen zwei Meldewochen für die einzelnen Bundesländer dargestellt. Nachdem bereits in den Vorwochen in den meisten Bundesländern eine leichte Zunahme oder Stagnation der 7-Tage-Inzidenz zu beobachten war, **ist die Inzidenz in nahezu allen Bundesländern zuletzt sehr deutlich gestiegen**. Die Gesamtinzidenz stieg um **21 %**.

Demografische Verteilung

Die altersspezifischen Anteile werden in Abbildung 4 als 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach Meldewoche mit Hilfe einer sogenannten Heatmap visualisiert. Daten zu altersspezifischen Fallzahlen, die unter der früheren Grafik als Tabelle dargestellt wurden, können nun hier zusammen mit den altersspezifischen 7-Tage-Inzidenzen abgerufen werden: <http://www.rki.de/covid-19-altersverteilung>.

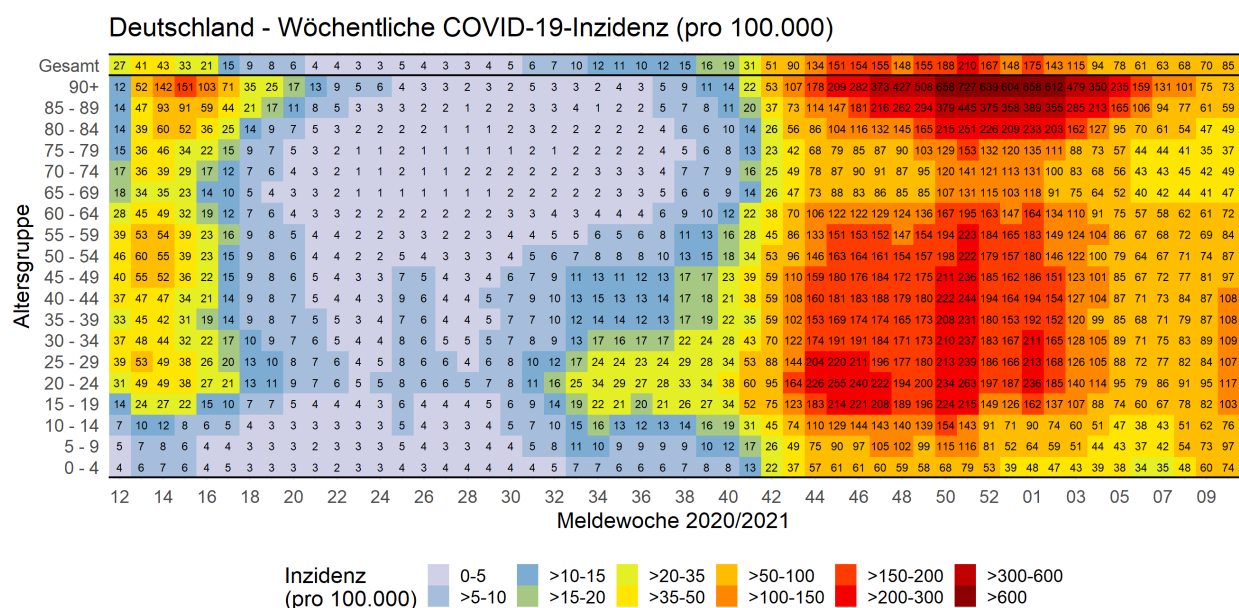


Abbildung 4: Darstellung des 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und Meldewoche (n=2.505.508 Fälle mit entsprechenden Angaben in den Meldewochen 11-53, 2020 und 01-09, 2021; Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr).

Bis zum Ende des Jahres 2020 war in allen Altersgruppen ein Anstieg der 7-Tage-Inzidenzen zu beobachten, besonders deutlich in den Altersgruppen ab 80 Jahren. Seit MW 02/2021 sanken die 7-

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

Tage-Inzidenzen über alle Altersgruppen wieder. Dieser sinkende Trend ist **nur noch bei den über 85-Jährigen** zu beobachten. **In allen anderen Altersgruppen steigt die 7-Tage-Inzidenz wieder z. T. sehr deutlich. Besonders betroffen sind die 15-44-Jährigen. Der stärkste Anstieg ist bei Kindern zwischen 0-14 Jahren zu beobachten, wo sich die 7-Tage-Inzidenzen in den letzten vier Wochen verdoppelt haben.**

Klinische Aspekte

Für **1.786.736** (69 %) der übermittelten Fälle lagen klinische Informationen vor. In Tabelle 3 werden die Anzahl und Anteile der COVID-19 relevanten oder häufig genannten Symptome dargestellt.

Tabelle 3: COVID-19 relevante oder häufig genannte Symptome (Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr),

Klinisches Merkmal	N mit Angabe	N mit klinischem Merkmal	% mit klinischem Merkmal
Husten	1.786.736	722.033	40%
Fieber	1.786.736	476.515	27%
Schnupfen	1.786.736	517.777	29%
Halsschmerzen	1.786.736	382.950	21%
Pneumonie	1.786.736	26.113	1%
Geruchs- oder Geschmacksverlust*	1.641.806	348.918	21%

*Geruchs und Geschmacksverlust werden seit der 17. Kalenderwoche 2020 erfasst.

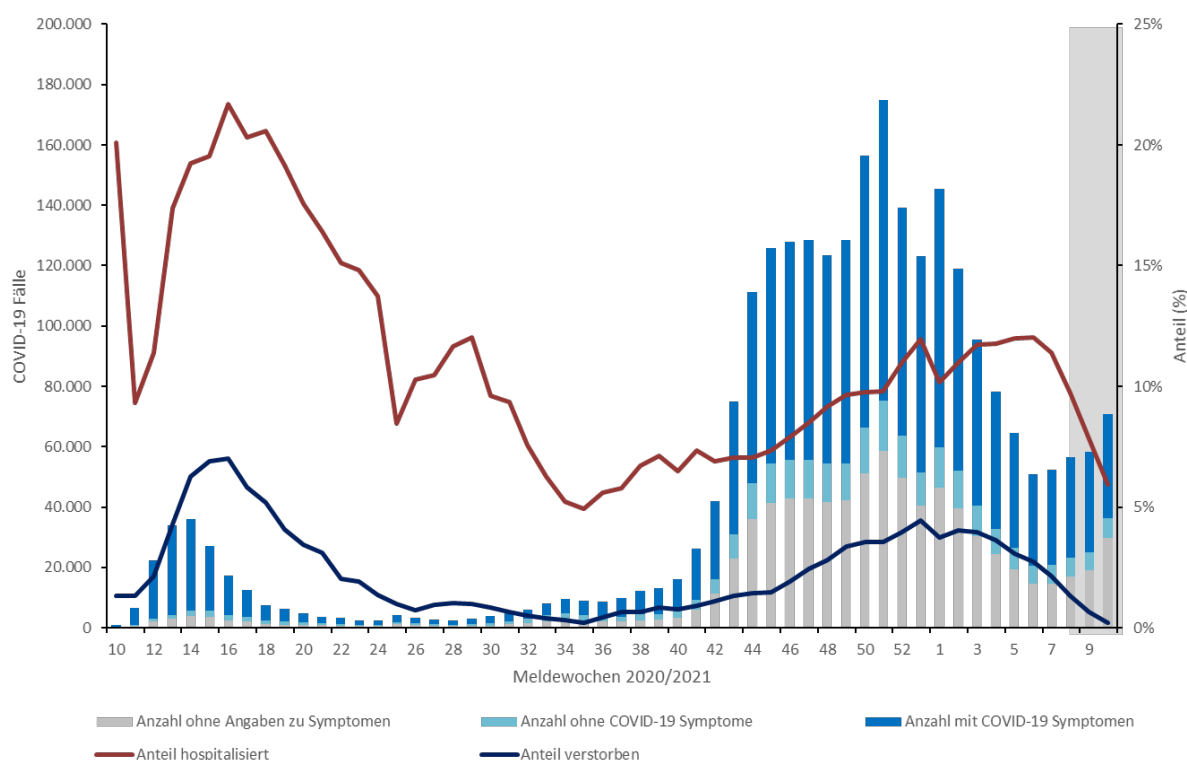


Abbildung 5: Darstellung der COVID-19 Fälle und Anteil der Verstorbenen sowie Anteil der Hospitalisierten, jeweils bezogen auf die Anzahl mit entsprechenden Angaben in MW 10 – 53, 2020 und MW 01 - 10, 2021. (Datenstand 16.03.2021; 0:00 Uhr). Für die Wochen 08-10, 2021 sind insbesondere Nachmeldungen für Todesfälle und Hospitalisierung zu erwarten. Siehe auch Datentabelle unter www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte.

Abbildung 5 zeigt die Fallzahlen für COVID-19-Fälle mit relevanten Symptomen, ohne für COVID-19 relevante Symptome bzw. für Fälle ohne Angaben zu Symptomen je Meldewoche sowie die Anteile der Hospitalisierten und der Verstorbenen.

Der Anteil der Fälle mit für COVID-19 relevanten Symptomen liegt seit der MW 38 über 80 %. Im Sommer 2020 (MW 26-36) lag dieser Anteil zwischen 65 % und 77 %, da in diesem Zeitraum vermehrt asymptomatische Reiserückkehrer getestet wurden. Der Anteil der hospitalisierten COVID-19 Fälle, der

seit der MW 35 von 5% anstieg, liegt seit Beginn des Jahres 2021 bei 10-12 %. Der Anteil der Verstorbenen lag zwischen den MW 30 und 41 unter 1% und stieg seit der MW 36 auf max. 4,4 % in MW 53/2020 an. Dieser Anteil sinkt seit Beginn des neuen Jahres wieder deutlicher, wobei es aber noch zu Nachmeldungen kommt.

Die der Abbildung 5 zu Grunde liegende Daten finden Sie unter: www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte.

In Abbildung 6 ist die absolute Anzahl der hospitalisierten Fälle stratifiziert für die sechs Altersgruppen dargestellt. In MW 51, 2020 waren die meisten Fälle hospitalisiert, danach ging die hospitalisierte Fallzahl zurück. Von MW 46, 2020 bis MW 06, 2021 waren die Über-80-Jährigen die größte Altersgruppe der Hospitalisierten. Seit MW 7, 2021 sowie vorher ist dies die Altersgruppe der 60-bis-79-Jährigen. Der Rückgang in den letzten drei Wochen kann noch nicht bewertet werden, da Fälle häufig erst ein bis zwei Wochen nach Diagnose hospitalisiert werden und mit entsprechenden Nachübermittlungen gerechnet werden muss.

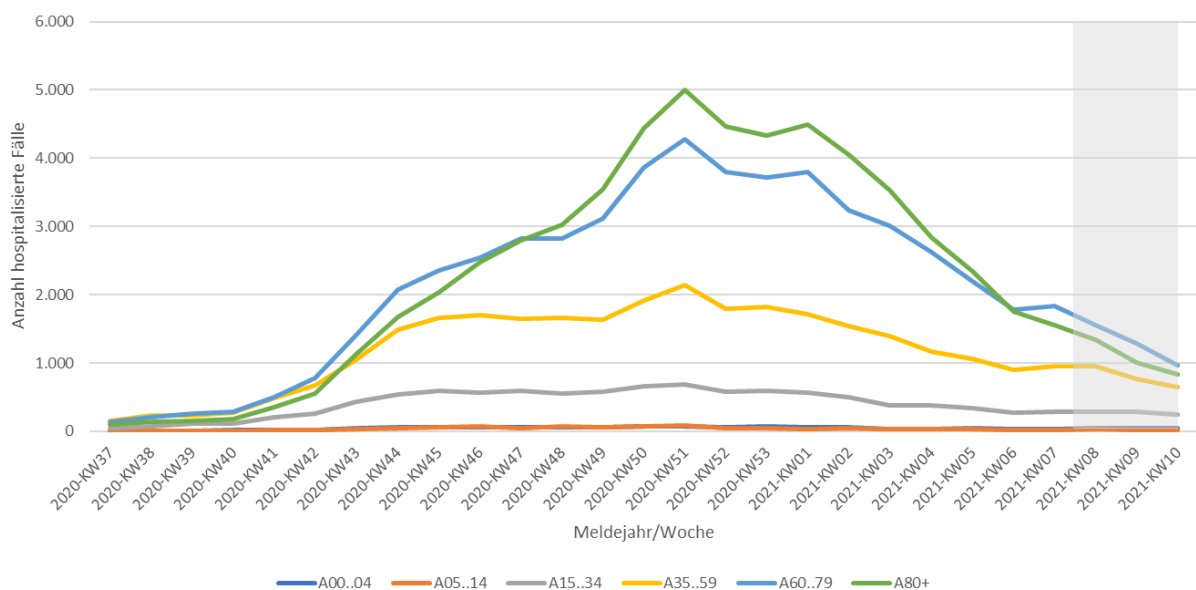


Abbildung 6: Darstellung der hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen in KW 37 – 52, 2020 und KW 01 – 10, 2021. (16.03.2021, 0:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist noch mit Nachübermittlungen und damit mit einer Erhöhung der Anzahl zu rechnen.

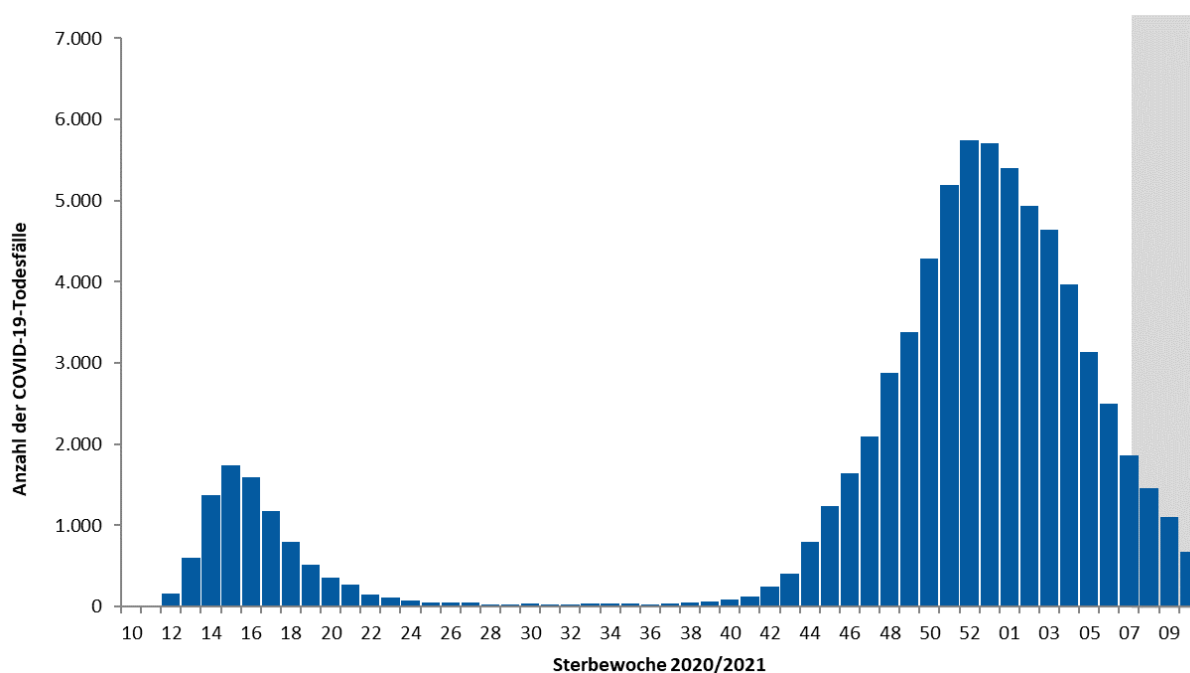


Abbildung 7: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (72.995 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 16.03.2021, 0:00 Uhr). Insbesondere für die MW 07-10/2021 ist mit Nachübermittlungen zu rechnen.

Die auf der ersten Seite genannten Kennzahlen weisen die täglich neu berichteten Todesfälle nach Eingangsdatum am RKI aus. Darunter können auch Fälle mit einem mehrere Tage zurückliegendem Sterbedatum sein. In Abbildung 7 werden die gemeldeten COVID-19-Todesfälle nach diesem Sterbedatum über die Kalenderwochen akkumuliert dargestellt. Da Todesfälle zumeist erst 2-3 Wochen nach der Infektion auftreten, ist zu erwarten, dass für die MW 08-10/2021 noch Todesfälle nachübermittelt werden (betrifft Abbildung 5, 6 und 7).

Ab Meldewoche 37 war ein deutlicher Anstieg der Zahl der Todesfälle zu beobachten, seit MW 53 gehen die wöchentlich gemeldeten Todesfälle deutlich zurück. Von allen Todesfällen waren 65.264 (89 %) Personen 70 Jahre und älter, der Altersmedian lag bei 84 Jahren (s. dazu auch Tabelle 4). Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nur 16 %. Bislang sind dem RKI 10 validierte COVID-19-Todesfälle bei unter 20-Jährigen übermittelt worden. Diese Kinder und Jugendlichen waren zwischen 0 und 17 Jahre alt, bei acht mit Angaben hierzu sind Vorerkrankungen bekannt.

Tabelle 4: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 73.445 Todesfälle; 16.03.2021, 0:00 Uhr).

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
männlich	2	3	30	84	268	1.353	3.960	9.120	17.228	5.698
weiblich	5		20	49	130	558	1.719	5.094	16.923	11.201
gesamt	7	3	50	133	398	1.911	5.679	14.214	34.151	16.899

Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit in Einrichtungen

Gemäß Infektionsschutzgesetz kann für COVID-19-Fälle auch übermittelt werden, ob sie in einer für den Infektionsschutz relevanten Einrichtung betreut, untergebracht oder tätig sind. Es wird dabei zwischen verschiedenen Arten von Einrichtungen unterschieden (s. Tabelle 5 und Tabelle 6).

Da Angaben zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit bei vielen Fällen fehlen, ist die Anzahl der Fälle mit einer Betreuung, Unterbringung oder Tätigkeit in den einzelnen Einrichtungen als Mindestangabe zu verstehen. Für die übermittelten COVID-19-Fälle der genannten Einrichtungen ist jedoch unbekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich in diesen Einrichtungen angesteckt haben.

Bei den erfassten COVID-19-Fällen mit Unterbringung in einer Einrichtung war die Zahl der COVID-19-Fälle mit Abstand am höchsten in Einrichtungen nach § 36 IfSG, gefolgt von Betreuten in Einrichtungen nach § 33 IfSG (s. Tabelle 5). Tätige in Einrichtungen nach § 23 IfSG verzeichneten die meisten COVID-19-Fälle, gefolgt von Tätigen in Einrichtungen nach § 36 IfSG (s. Tabelle 6). Auch der Anteil verstorbener Fälle unter den Betreuten und Tätigen in Einrichtungen nach §§ 23 und 36 IfSG ist in Tabelle 5 und 6 dargestellt.

Seit Herbst 2020 können zu den Einrichtungen auch differenziertere Angaben erfasst werden. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass diese Informationen nur für eine Teilmenge der COVID-19-Fälle vorliegen und nicht repräsentativ für alle Fälle sind.

Tabelle 5: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission von Infektionskrankheiten (n= 208.623 Fälle; Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr).

Betreut/untergebracht in Einrichtung	Gesamt	≥60 Jahre Anzahl / %	Hospitalisiert Anzahl / %	Verstorben Anzahl / %	Genesen (Schätzung)
§ 23 IfSG (z.B. Krankenhäuser, ärztliche Praxen, Dialyseeinrichtungen und Rettungsdienste)	25.644	19.200/75%	17.445/68%	4.411/17%	19.900
- Davon mit differenzierten Angaben	13.601	10.700/79%	10.071	2423	10.000
- Krankenhäuser	10.987	8.701/79%	9.271	2187	7.800
- Rehabilitationseinrichtungen	908	670/74%	374	46	800
- sonstige	1.706	1.329/78%	426	190	1.400
§ 33 IfSG (z.B. Kitas, Kinderhorte, Schulen, Heime und Ferienlager) *	64.312	-	651/1%	2/0%	61.000
- Davon mit differenzierten Angaben	29.868	-	288	1	26.800
- Kitas	7.087	-	72	0	5.800
- Schulen	22.184	-	208	1	20.500
- sonstige	597	-	8	0	500
§ 36 IfSG (z.B. Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten)	118.667	95.994/81%	19.018/16%	21.047/18%	95.800
- Davon mit differenzierten Angaben	68.909	58.618/85%	10.009	12.431	54.900
- Pflegeeinrichtungen	63.083	57.784/92%	9.478	12.317	49.600
- Ambulante Pflegedienste	670	635/95%	247	97	500
- Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende	4.658	123/3%	231	6	4.400
- sonstige	498	76/15%	53	11	400

*Für Betreuung nach § 33 IfSG werden nur Fälle < 18 Jahren berücksichtigt, da bei anderer Angabe von Fehleingaben ausgegangen wird.

Tabelle 6: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Tätigkeit in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission von Infektionskrankheiten (n= 165.649) Fälle; Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr).

Tätig in Einrichtung	Gesamt	≥60 Jahre Anzahl / %	Hospitalisiert Anzahl / %	Verstorben Anzahl / %	Genesen (Schätzung)
§ 23 IfSG (z.B. Krankenhäuser, ärztliche Praxen, Dialyseeinrichtungen und Rettungsdienste)	74.768	5.664/8%	2.166/3%	72/0%	73.300
- Davon mit differenzierten Angaben	38.806	2.823/7%	914	27	37.500
- Krankenhäuser	27.761	1.724/6%	685	16	27.000
- Rehabilitationseinrichtungen	1462	154/11%	28	0	1.400
- sonstige	9.583	945/10%	201	11	9.100
§ 33 IfSG (z.B. Kitas, Kinderhorte, Schulen, Heime und Ferienlager)	33.222	2.579/8%	661/2%	26/0%	31.800
- Davon mit differenzierten Angaben	16.254	1.261/8%	242	6	15.000
- Kitas	7.977	503/6%	115	4	7.200
- Schulen	5.840	519/9%	91	1	5.500
- sonstige	2.437	239/10%	36	1	2.300
§ 36 IfSG (z.B. Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten)	57.659	6.756/12%	1.393/2%	161/0%	56.600
- Davon mit differenzierten Angaben	30.654	3.715/12%	570	78	29.900
- Pflegeeinrichtungen	28.457	3.474/12%	518	74	27.800
- Ambulante Pflegedienste	1647	182/11%	37	3	1.600
- Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende	213	24/11%	8	0	200
- sonstige	337	35/10%	7	1	300

Bedingt durch eine Umstellung der Variablen werden hier keine Meldungen nach § 42 IfSG aufgeführt.

Die Zahl der COVID-19-Fälle war am höchsten unter den Betreuten und Tätigen in Einrichtungen nach § 36 IfSG, den Tätigen in Einrichtungen nach § 23 IfSG und den Betreuten in Einrichtungen nach § 33 IfSG (s. Tabelle 5 und Tabelle 6). Die Zahl verstorbener Fälle war unter den in Einrichtungen nach §§ 23 und 36 IfSG Betreuten besonders hoch.

COVID-19 Fälle, die bei nach §36 (z.B. Pflegeeinrichtungen) Betreuten und Tätigen sowie nach §33 Betreuten (z.B. Schulen) und nach §23 (z.B. Krankenhäuser) Tätigen auftreten, werden in Abbildung 8 graphisch dargestellt. Im Vergleich zur ersten COVID-19-Welle (MW 10-19) waren in der aktuellen zweiten Welle anfänglich mehr Fälle in Schulen und Kindertagesstätten zu beobachten, diese stiegen allerdings seit MW 45 nicht weiter an. Die hohen Fallzahlen bei Betreuten und Tätigen in Einrichtungen nach § 36 IfSG stehen im Einklang mit der Anzahl der berichteten Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen. Etwa seit dem Jahreswechsel ist ein deutlicher Rückgang der wöchentlichen Fallzahlen in letztgenannten Gruppen zu beobachten. Die Fallzahlen bei den in Einrichtungen nach § 33 IfSG Betreuten stagnierten seit dem Jahreswechsel zuerst **und steigen seit Mitte Februar wieder deutlich an**.

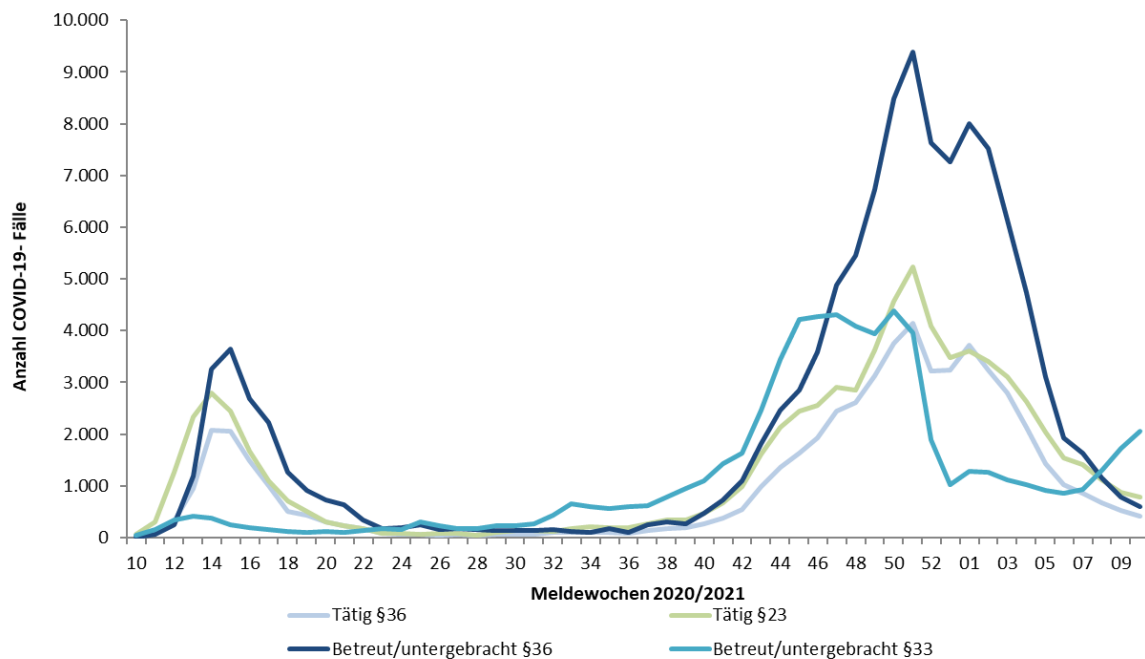


Abbildung 8: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission von Infektionskrankheiten nach Meldewoche (n=315.230 Fälle; Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr).

Wahrscheinliche Infektionsländer

In den MW 07-10 wurden 238.110 Fälle übermittelt, davon lagen bei 96.207 Fällen (40 %) keine Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor.

Die absolute Zahl an Fällen mit Auslandsexposition war nach dem Ende der Sommerferienzeit (MW 38, 2020) bis MW 45, 2020 mit im Mittel 1.700 Fällen pro Woche stabil. Danach nahm sie stark ab, bis auf 300 Fälle in MW 52, 2020. Nach den Weihnachtsfeiertagen stieg die Zahl der Fälle mit Auslandsexposition zunächst wieder auf über 1.200 Fälle in MW 02, lag zuletzt mit etwa 300-400 Fällen wöchentlich und damit auf einem mit der Weihnachtszeit vergleichbaren Niveau (MW 10: 348). Im Zeitraum der MW 07 bis 10 wurde bei 1.332 Personen (bei weniger als 1 % aller übermittelten Fälle) eine wahrscheinliche Exposition im Ausland gemeldet. Dies zeigt, dass im derzeitigen Infektionsgeschehen reiseassoziierte Fälle eine nachgeordnete Rolle spielen.

Ausbrüche

In den meisten Kreisen handelt es sich zumeist um ein diffuses Geschehen, mit zahlreichen Häufungen vor allem in Privathaushalten im beruflichen Umfeld sowie in Kindergärten. In einigen Landkreisen ist ein konkreter größerer Ausbruch als Ursache für die hohen Inzidenzen bekannt. Zu der hohen Inzidenz tragen aber nach wie vor auch viele kleinere Ausbrüche bei.

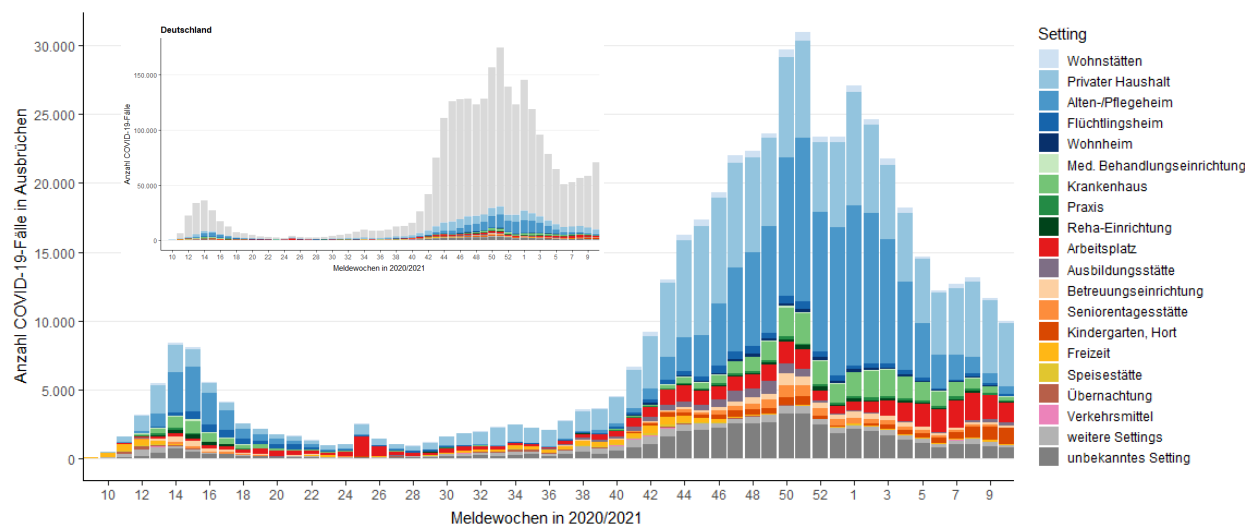


Abbildung 9: Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Setting) und Meldewoche, die vom jeweiligen Gesundheitsamt einem Ausbruch zugeordnet wurden. Abgebildet werden alle Fälle aus Ausbrüchen mit 2 oder mehr Fällen. Die möglichen Settings sind als Kategorien in der Abfrage vorgegeben. Die Erfassung von COVID-19 Fällen in Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher sind insbesondere die Angaben zur Anzahl in der letzten Kalenderwoche noch unvollständig. In der eingefügten Grafik sind alle Fälle dargestellt, in hellgrau zusätzlich die Fälle, die nicht einem Ausbruch zugeordnet wurden. (Datenstand 16.03.2021, 0:00 Uhr).

In Abbildung 9 sind alle COVID-19 Fälle dargestellt, die Ausbruchsgeschehen zugeordnet wurden. Insgesamt sind die Angaben zum Infektionsumfeld von Ausbrüchen mit Zurückhaltung zu interpretieren. Trotz der Vielzahl der Auswahlmöglichkeiten werden nicht alle Infektionsumfelder abgedeckt, in denen es zu Ausbrüchen kommt. In einigen Ausbrüchen spielen ggf. auch mehrere Infektionsumfelder eine Rolle und es lässt sich nicht immer abgrenzen, wo genau die Übertragung stattgefunden hat. Bei hohem Arbeitsaufkommen haben die Gesundheitsämter zudem nicht immer die Kapazität, detaillierte Informationen zu Ausbrüchen zu erheben und zu übermitteln.

Nur ein kleiner Teil der insgesamt gemeldeten COVID-19 Fälle kann einem Ausbruch zugeordnet werden und damit fehlen für eine Vielzahl der Fälle Informationen zur Infektionsquelle. Clustersituationen in anonymen Menschengruppen (z.B. ÖPNV, Kino, Theater) sind viel schwerer für das Gesundheitsamt erfassbar als in nicht-anonymen Menschengruppen (Familienfeiern, Schulklassen, Sportverein etc.). Die vorliegenden Daten können demnach nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlichen Übertragungen abbilden.

Der Anteil größerer Ausbrüche (ab 5 Fälle) an allen dokumentierten Ausbrüchen hat seit Jahresbeginn deutlich abgenommen (MW1: 72 %; MW10: 53 %), sie machen aktuell etwa die Hälfte aller dokumentierten Ausbrüche aus. Zu größeren Ausbrüchen (ab 5 Fälle) kommt es vorwiegend in Alten- und Pflegeeinrichtungen, während sich die Mehrzahl der kleineren Ausbrüche (weniger als 5 Fälle) in privaten Haushalten ereignet.

Seit seinem Höhepunkt in der Meldewoche 53 sinkt der Anteil an Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen kontinuierlich und deutlich: In MW 53 lag der Anteil der Fälle in Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen an allen Fällen in Ausbruchsgeschehen bei 46 %, in MW 10 bei 5 %. Seit Jahresbeginn wurden > 48.000 Fälle in diesem Setting gemeldet. Auch der Anteil an Ausbrüchen in Krankenhäusern ist seit Jahresbeginn deutlich rückläufig, während Ausbrüche am Arbeitsplatz im gleichen Zeitraum in der Tendenz zunehmen. Aktuell scheint sich die Rolle von Kindern und Jugendlichen bei der Ausbreitung von

SARS-CoV-2 zu ändern. Die Meldeinzidenzen steigen bei Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen an. Dies zeigt sich besonders frühzeitig in der Altersgruppe 0-5 Jahre und betrifft auch die Daten zu Ausbrüchen in Kitas, die sehr rasch ansteigen und über den Werten von Ende letzten Jahres liegen (s. Abbildung 9 und 10). Eine ähnliche Entwicklung deutet sich mit zeitlicher Verzögerung (aufgrund der erst kürzlich erfolgten Öffnung) auch für die Schulen an. Bei dieser Entwicklung spielt die Ausbreitung leichter übertragbaren, besorgniserregenden Varianten (VOCs; insbesondere B.1.1.7) nach den uns vorliegenden Hinweisen eine Rolle.

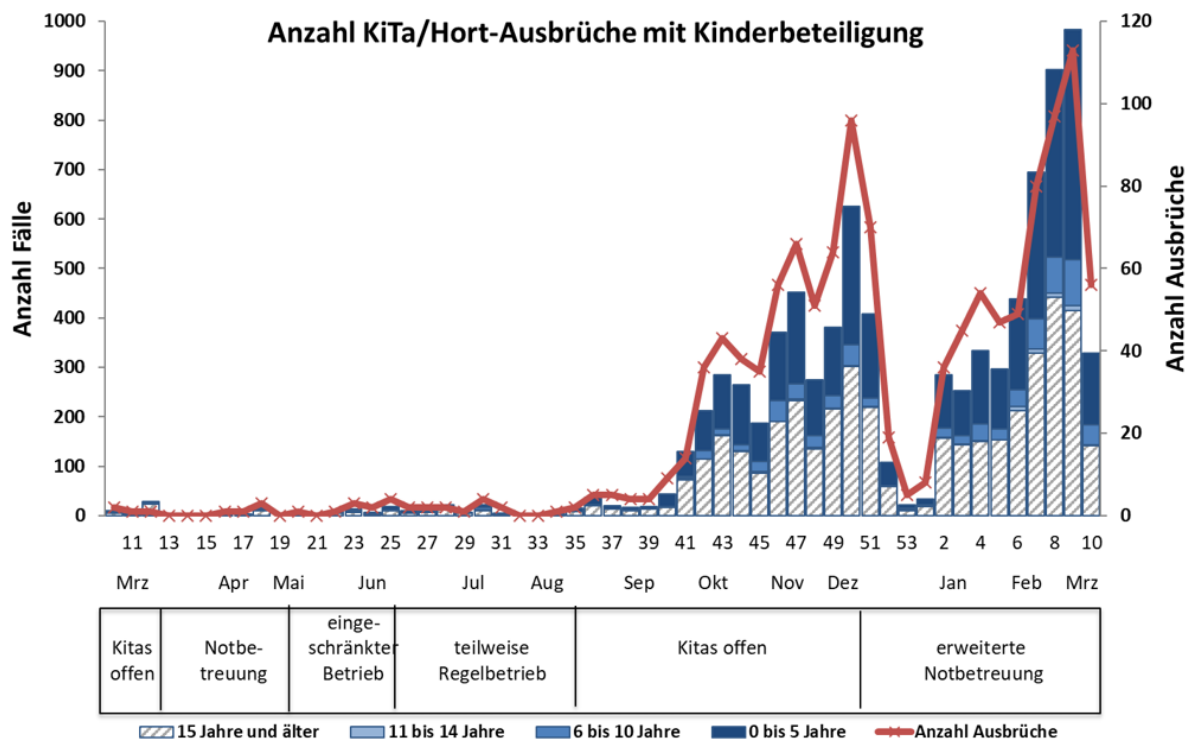


Abbildung 10: An das RKI übermittelte Ausbrüche in Kitas und Horteinrichtungen mit Fallzahlen in den verschiedenen Altersgruppen (MW 10/20-10/21). Für die MW 08-10 ist noch mit Nacherfassungen von Ausbruchsklustern zu rechnen.

Schätzung der Fallzahlen unter Berücksichtigung des Verzugs (Nowcasting) und der Reproduktionszahl

Die Reproduktionszahl R bezeichnet die Anzahl der Personen, die im Durchschnitt von einem Fall angesteckt werden. Die Schätzung des R -Wertes basiert auf dem sogenannten Nowcasting (s. Abbildung 11) einem statistischen Verfahren, das die Entwicklung der Fallzahlen nach Erkrankungsbeginn darstellt und für die letzten Tage auch prognostiziert. Diese Prognose ist mit Unsicherheit behaftet, die sich auch in den zum R -Wert angegebenen Prädiktionsintervallen spiegelt. Nach Eingang weiterer Fallmeldungen am RKI wird der R -Wert im Verlauf für die zurückliegenden Tage angepasst und ggf. nach oben oder unten korrigiert. In den letzten Wochen wurden Werte, die am Anfang einer Woche berichtet wurden, typischerweise leicht nach oben korrigiert. Sie hatten also das reale COVID-19 Geschehen in Deutschland leicht unterschätzt. Gegen Ende einer Woche geschätzte Werte verhielten sich stabiler. Den aktuell geschätzten Verlauf des R -Werts zeigt Abbildung 12.

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,02	1,06
(95%-Prädiktionsintervall: 0,88 – 1,18)	(95%- Prädiktionsintervall: 0,98 – 1,15)

Durch Verzögerungen bei der Übermittlung der Fallzahlen an Wochenendtagen kommt es zu zyklischen Schwankungen des 4-Tage-R-Wertes. Der 7-Tages-R-Wert verläuft deutlich gleichmäßiger, da jeweils alle Wochentage in die Bestimmung eines Wertes eingehen.

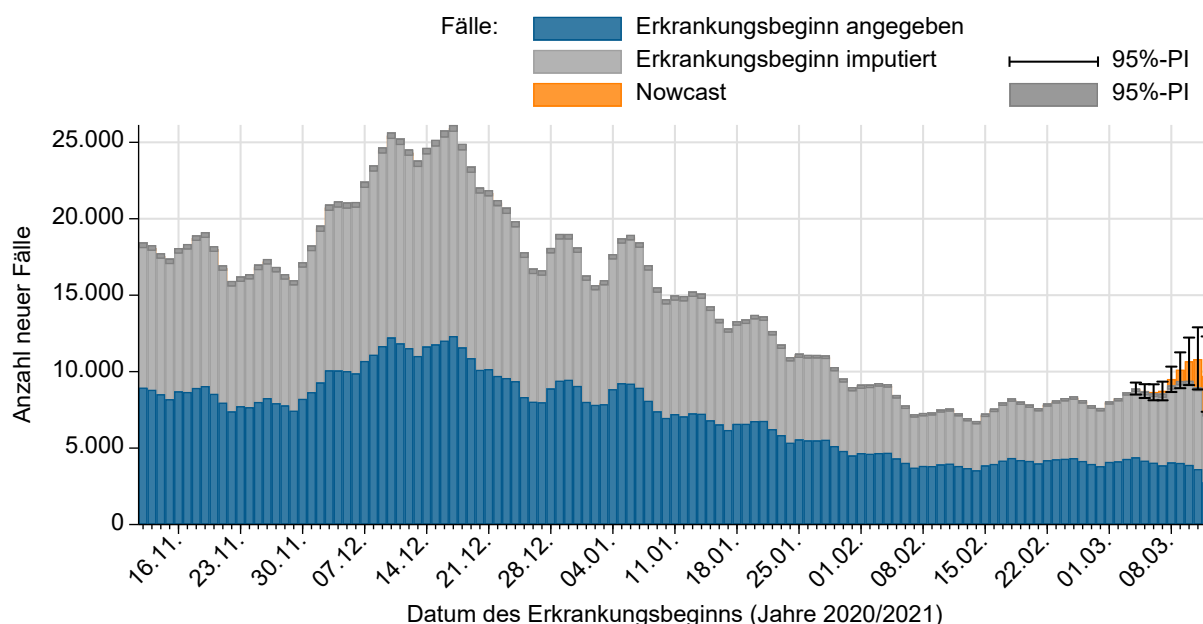


Abbildung 6 Darstellung der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn (dunkelblau), geschätztem Erkrankungsbeginn für Fälle mit fehlender Eingabe des Erkrankungsbeginns (grau) und geschätzter Verlauf der noch nicht übermittelten Fälle (orange) (Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 12.03.2021).

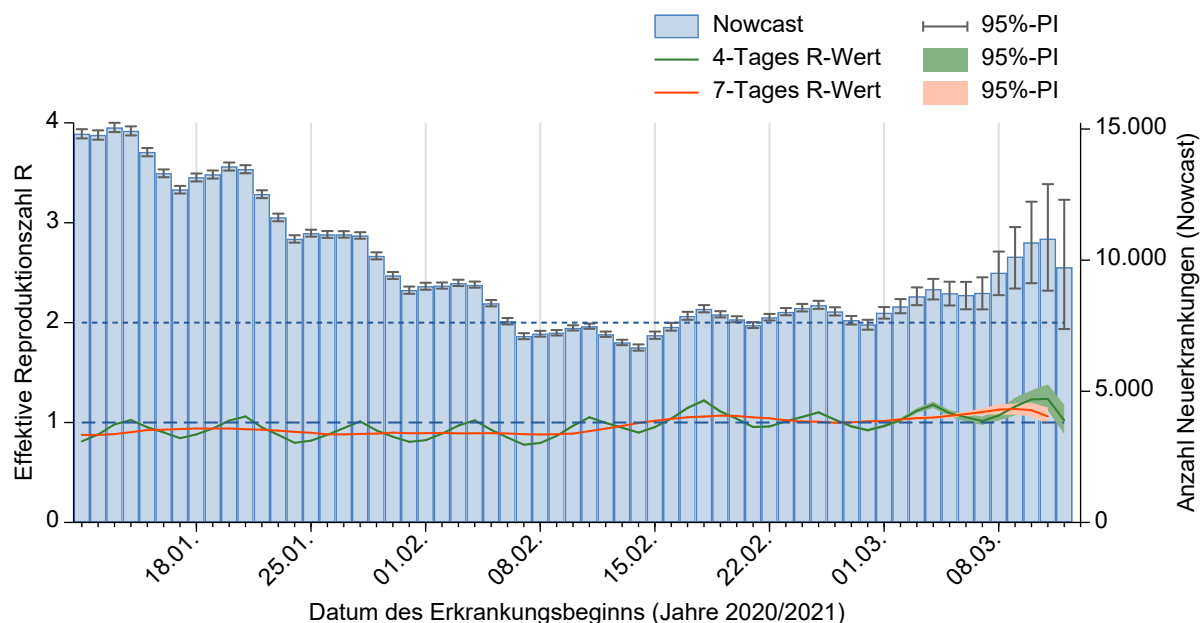


Abbildung 72: Darstellung der geschätzten R-Werte (in grün und orange) in den letzten 60 Tagen, vor dem Hintergrund der durch das Nowcasting geschätzten Fallzahlen nach Erkrankungsbeginn (Stand 16.03.2021, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 12.03.2021).

Der 7-Tage-R-Wert liegt über 1. In den letzten Tagen hat sich der Anstieg der Fallzahlen beschleunigt. Das Risiko einer weiteren starken Zunahme der Fallzahlen ist deutlich erhöht.

Unter <http://www.rki.de/covid-19-nowcasting> werden Beispielrechnungen und beide täglich aktualisierten R-Werte als Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik ist unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/17/Art_02.html verfügbar (Epid. Bull. 17 | 2020 vom 23.04.2020).

DIVI-Intensivregister

Das RKI betreibt gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das DIVI-Intensivregister (<https://www.intensivregister.de>). Das Register erfasst Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patient*innen sowie Behandlungs- und Bettenkapazitäten von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern 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.

Mit Stand 16.03.2021 (12:15 Uhr) beteiligten sich 1.280 Krankenhaus-Standorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden 24.134 Intensivbetten (Low- und High-Care) als betreibbar gemeldet für Erwachsene, wovon 20.442 (85%) belegt sind. 3.692 (15%) Erwachsenen-ITS-Betten werden als aktuell frei und betreibbar angegeben. Das DIVI-Intensivregister erfasst außerdem die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle (s. Tabelle 7). Die Abbildung 13 zeigt die Anzahl der gemeldeten COVID-19 Fallzahlen des jeweiligen Beobachtungstages.

Tabelle 7: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (16.03.2021, 12:15 Uhr)

		Anzahl Fälle	Veränderung zum Vortag
Aktuell	In intensivmedizinischer Behandlung	2.857	+18
	- davon invasiv beatmet	1.604 (56%)	-6
	Neuaufnahmen auf ITS		+339
	Verstorben auf ITS		+82
Gesamt	Abgeschlossene Behandlungen auf ITS*	81.640	

Bei der Interpretation der Zahlen muss beachtet werden, dass die Anzahl der meldenden Standorte täglich schwankt, dies kann z. B. die Zahlen im Vergleich zum Vortag beeinflussen.

*Aufgrund von Verlegungen von Patient*innen von einer ITS zur Weiterbehandlung auf eine andere ITS kann pro Patient mehr als eine Behandlung gemeldet werden (→ Mehrfachzählung möglich).

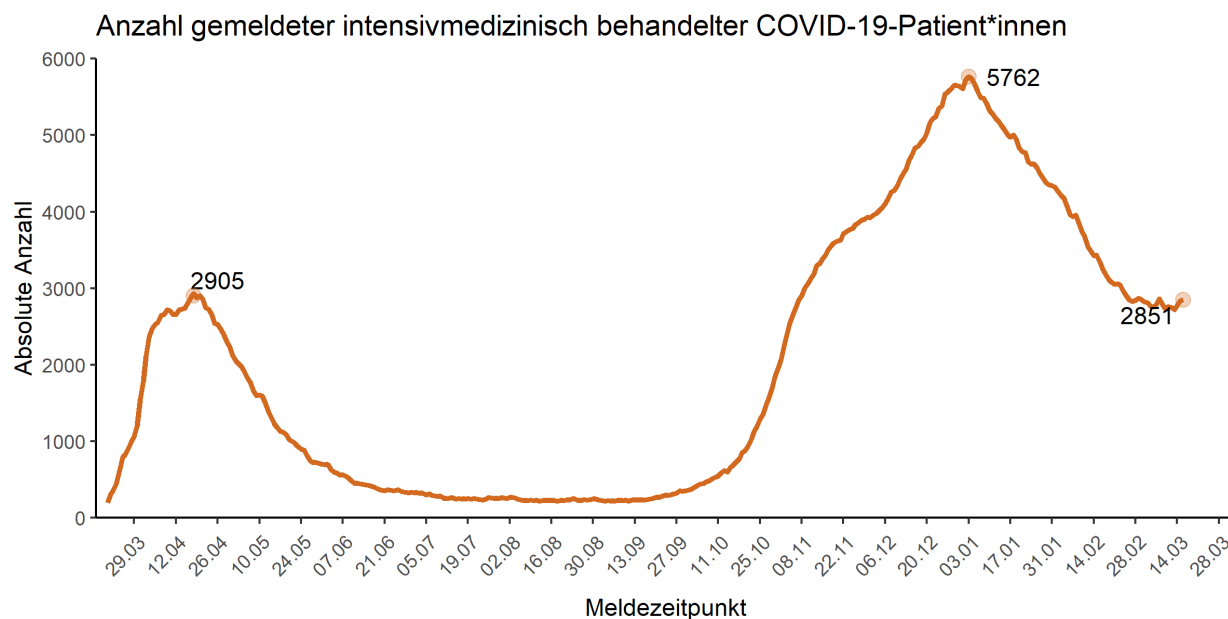


Abbildung 83: Anzahl der gemeldeten COVID-19 Fallzahlen des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 16.03.2021, 12:15 Uhr).

Zur Interpretation der Kurve im März/April ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell kann sich die zugrundeliegende Gruppe der COVID-19-Intensivpatient*innen von Tag zu Tag verändern (Verlegungen und Neuaufnahmen), während die Fallzahl ggf. gleich bleibt.

Risikobewertung durch das RKI

Das Robert Koch-Institut schätzt aufgrund der anhaltend hohen Fallzahlen und des aktuell beschleunigten Wiederanstiegs der Inzidenz die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als **sehr hoch** ein. Die anhaltende Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) mit zahlreichen Ausbrüchen in Privathaushalten, Kitas und zunehmend auch in Schulen sowie dem beruflichen Umfeld erfordert die konsequente Umsetzung kontaktreduzierender Maßnahmen und Schutzmaßnahmen sowie massive Anstrengungen zur Eindämmung von Ausbrüchen und Infektionsketten. Dies ist vor dem Hintergrund der raschen Ausbreitung leichter übertragbarer besorgniserregender Varianten (VOC) von entscheidender Bedeutung, um die Zahl der neu Infizierten deutlich zu senken, damit auch Risikogruppen zuverlässig geschützt werden können. Solange die Impfstoffe noch nicht in ausreichenden Mengen für alle Altersgruppen zur Verfügung stehen, können Antigentests als zusätzliches Element zur frühzeitigen Erkennung der Virusausscheidung die Sicherheit erhöhen. Am 15.03.2021 erfolgte eine Aktualisierung der Risikobewertung unter Bezugnahme auf die aktuelle Zirkulation von VOC und der resultierenden Fallzahlentwicklung, die zentrale Rolle der Impfungen sowie den Einsatz der Antigentests. Die aktuelle Version findet sich unter folgendem Link: www.rki.de/covid-19-risikobewertung.

Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland

Aktuelles

- Aktualisierte Risikobewertung (15.03.2021) www.rki.de/covid-19-risikobewertung
- Vorübergehende Aussetzung der Impfung mit dem COVID-19-Impfstoff AstraZeneca (15.03.2021) <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2021/210315-voruebergehende-aussetzung-impfung-covid-19-impfstoff-astra-zeneca.html>
- Zu aktuellen Entwicklungen und Maßnahmen informiert das Bundesgesundheitsministerium auf seinen Internetseiten
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html>
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>

Neue Dokumente

- Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland (16.3.2021) https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html
- KROCO – Krankenhausbasierte Onlinebefragung zur COVID-19-Impfung (15.3.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KROCO.html
- COVID-19-Impfempfehlung: Beschluss der STIKO zur 3. Aktualisierung und wissenschaftliche Begründung (12.03.2021) <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html>
- Corona-KiTa-Studie 3. Quartalsbericht (I/2021) (11.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTa-Studie-Berichte/KiTASTudie_Quartall_2021.pdf
- Infografik: 8 einfache Tipps für den Frühling (10.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Infografik_Verhalten_Fruehling.pdf
- Mitteilung der STIKO zur COVID-19-Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff (04.03.2021) <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff.html>
- 4. Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland, insbesondere zur Variant of Concern (VOC) B.1.1.7 (10.03.2021) www.rki.de/covid-19-voc-berichte
- SARS-CoV-2-Varianten: Evolution im Zeitraffer (Deutsches Ärzteblatt, 03.03.2021) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218112/SARS-CoV-2-Varianten-Evolution-im-Zeitraffer>

Aktualisierte Dokumente

- Übersicht und Empfehlungen zu besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvarianten (VOC) (15.03.2021) <http://www.rki.de/covid-19-varianten>
- COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (15.03.2021) www.rki.de/covid-19-faq-impfen
- Informationen zur Ausweisung internationaler Risikogebiete durch das Auswärtige Amt, BMG und BMI (12.03.2021) www.rki.de/covid-19-risikogebiete
- Antworten auf häufig gestellte Fragen zu COVID-19 (11.03.2021) www.rki.de/covid-19-faq
- Hinweise zur Testung von Patienten mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (10.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html
- Management von Kontaktpersonen (Stand 05.03.2021) www.rki.de/covid-19-kontaktpersonen

- Corona-Warn-App: Evaluation, Überblick über neue und geplante Funktionalitäten, Kennzahlen aktualisiert (05.03.2021) www.rki.de/cwa
- Seroepidemiologische Studien in Deutschland (04.03.2021) www.rki.de/covid-19-ak-studien
- Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen (04.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html
- Information zur Anerkennung von diagnostischen Tests bei Einreise aus einem Risikogebiet (03.03.2021) www.rki.de/covid-19-tests

Epidemiologische Lage global

Zahlen und weitere Informationen zu COVID-19-Fällen in anderen Ländern finden Sie auf den Internetseiten des ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>

Das WHO Regionalbüro für Europa, die Europäische Kommission und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik haben den COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM) veröffentlicht. Er dient dazu, aktuelle Informationen aus den europäischen Ländern zu sammeln und deren Reaktionen auf die Krise zu dokumentieren. Der Fokus liegt dabei auf Gesundheitssystemen und Public-Health-Initiativen (Zugang auf Englisch):

<https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>

Empfehlungen und Maßnahmen global

Europa

- In Unterstützung zur „Empfehlung zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf die Freizügigkeit“ des Europäischen Rates stellt das ECDC Karten zu Indikatoren zur Verfügung <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>
- Das ECDC stellt zudem zahlreiche Dokumente und Informationen zur Verfügung unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
- Daten zu Fallzahlen und 14-Tage-Inzidenzen weltweit findet man auf dem Dashboard des ECDC: <https://gap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html>

Weltweit

- WHO/Europa: Informationen zu COVID-19 <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>
- WHO COVID-19-Dashboard
- Die WHO stellt umfangreiche Informationen und Dokumente zur Verfügung unter: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Wöchentliche Situation Reports der WHO: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

Anhang:

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 die Daten der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes mit Datenstand 31.12.2019 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.

Anmerkungen zur Starttabelle Seite 1

- 1 Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf das Eingangsdatum am RKI; aufgrund des Übermittlungsverzugs können Fälle aus vorangegangenen Tagen darunter sein.
- 2 Die aktiven Fälle ergeben sich aus der Zahl der übermittelten Fälle abzüglich der Todesfälle und der geschätzten Zahl der Genesenen.
- 3 Der Algorithmus zur Schätzung der Genesenen berücksichtigt Angaben zum Erkrankungsbeginn und zur Hospitalisierung, jedoch nicht, ob ggf. Spätfolgen der Erkrankung vorliegen, weil diese Daten nicht regulär im Meldesystem erfasst werden.
- 4 Die Daten des Impfquotenmonitorings werden werktäglich aktualisiert. Am Wochenende werden keine aktuellen Daten berichtet.