



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

19.03.2021 – AKTUALISIRTER 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
+17.482 (2.629.750)	+8.100 [ca. 153.700]	96 Fälle/100.000 EW	+15 [357/412]	1. Impfung: + 113.096 2. Impfung: + 72.808	+56 [2.951]
Genesene ³	Verstorbene ¹	60-79 Jahre	80+ Jahre	Anzahl Geimpfter insgesamt mit einer/zwei Impfung/en und Anteil an Bevölkerung ⁴	Auf ITS verstorben zum Vortag
+9.100 (ca. 2.401.700)	+226 (74.358)	59 Fälle/100.000 EW	56 Fälle/100.000 EW	+9 [150/412]	+101
				N1: 7.095.076 (8,5 %) N2: 3.172.553 (3,8 %)	

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 –

Heute ist der Tag des Gesundheitsamtes 2021. Wir möchten allen Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern für Ihren Einsatz danken, ohne sie gäbe es diesen täglichen Lagebericht nicht.

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 **17.482** neue Fälle und **226** neue Todesfälle übermittelt. Die Inzidenz der letzten 7 Tage liegt deutschlandweit bei **96** Fällen pro 100.000 Einwohnende (EW). In Bayern, **Brandenburg** und Hessen liegt diese leicht, in Sachsen und Sachsen-Anhalt deutlich und in Thüringen sehr deutlich über der Gesamtinzidenz.
- Die Anzahl der Kreise mit einer hohen 7-Tage-Inzidenz nimmt zu. Aktuell weisen **357/412** Kreise eine 7-Tage-Inzidenz von >50 und **150** Kreise >100 Fällen/100.000 EW auf. In **acht** Kreisen liegt die Inzidenz >250; in einem bei über 500 Fällen/100.000 EW.
- Die 7-Tage-Inzidenz bei 60-79 Jahre alten Personen liegt aktuell bei **59** und bei ≥ 80 Jahre alten Personen bei 56 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 **19.03.2021 (12:15)** befanden sich **2.951** COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (+56 zum Vortag). Seit dem Vortag erfolgten **+393** Neuaufnahmen von COVID-19-Fällen auf eine Intensivstation. **+101** COVID-19-Fälle sind seit dem Vortag verstorben.
- Seit dem 26.12.2020 wurden insgesamt **7.095.076** Personen mindestens einmal (Impfquote **8,5 %**) und **3.172.553** zwei Mal (Impfquote **3,8 %**) 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. **Gemäß Empfehlung der Europäischen Arzneimittel-Agentur und Stellungnahme der Ständigen Impfkommission wird ab dem 19.03.2021 die Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff wieder aufgenommen.**
- Im heutigen Lagebericht werden zusätzlich folgende Informationen bereitgestellt: **Zusatzinformationen zum DIVI-Intensivregister, Mortalitätssurveillance und Mobilitätssurveillance, Besorgniserregende Varianten (VOC) in Deutschland.**

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird fortlaufend aktualisiert.

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 19.03.2021, 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. Seit etwa dem 10.03. 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. [Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen - Lebende Leitlinie](#)). 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 (erstmalig nachgewiesen in Großbritannien), der Linie B.1.351 (erstmalig 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)

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. [Weitere Informationen zu den Virusvarianten unten.](#)

Geografische Verteilung

Es wurden **2.629.750 (+17.482)** 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/>).

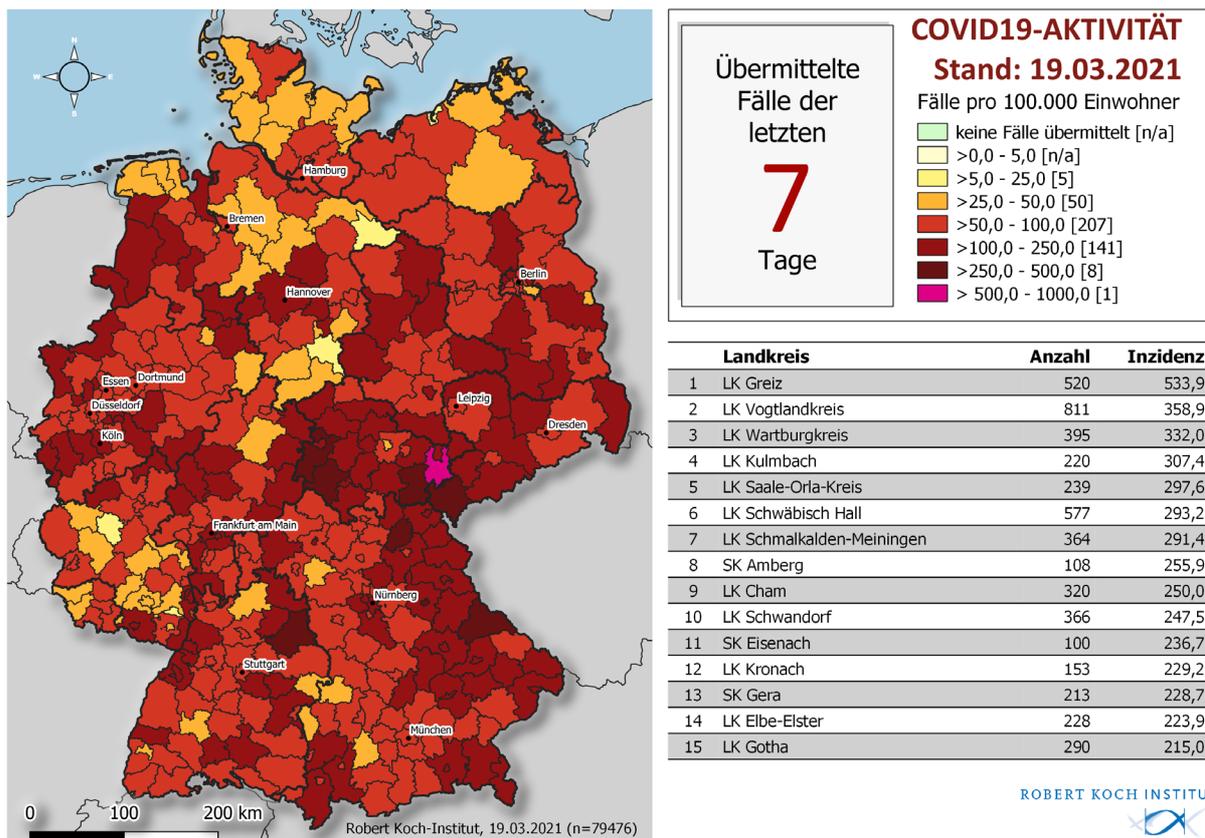


Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 79.476, 19.03.2021, 0:00 Uhr). Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle pro Bundesland in Deutschland (19.03.2021, 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	339.011	2.000	3.054	9.884	89	8.510	76,7
Bayern	467.890	2.832	3.565	13.227	101	12.937	98,6
Berlin	137.025	629	3.734	3.207	87	2.966	80,8
Brandenburg	82.013	657	3.252	2.538	101	3.220	127,7
Bremen	19.419	147	2.851	642	94	390	57,3
Hamburg	56.256	781	3.045	1.677	91	1.342	72,6
Hessen	203.264	1.399	3.233	6.668	106	6.119	97,3
Mecklenburg-Vorpommern	27.477	188	1.709	1.025	64	823	51,2
Niedersachsen	181.035	1.431	2.265	6.675	84	4.690	58,7
Nordrhein-Westfalen	571.420	3.473	3.184	17.306	96	13.838	77,1
Rheinland-Pfalz	108.681	595	2.655	2.831	69	3.243	79,2
Saarland	30.513	105	3.092	554	56	916	92,8
Sachsen	206.927	1.511	5.082	5.174	127	8.186	201,0
Sachsen-Anhalt	66.712	594	3.040	2.428	111	2.619	119,3
Schleswig-Holstein	46.386	290	1.597	1.653	57	1.398	48,1
Thüringen	85.721	850	4.018	3.987	187	3.161	148,2
Gesamt	2.629.750	17.482	3.162	79.476	96	74.358	89,4

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/>). Ein Wochenvergleich wird im Lagebericht nur noch dienstags dargestellt.

Abbildung 2 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, **Brandenburg** und Hessen leicht, in Sachsen, Sachsen-Anhalt deutlich und in Thüringen sehr deutlich über dem Bundesdurchschnitt (s. auch Tabelle 1).

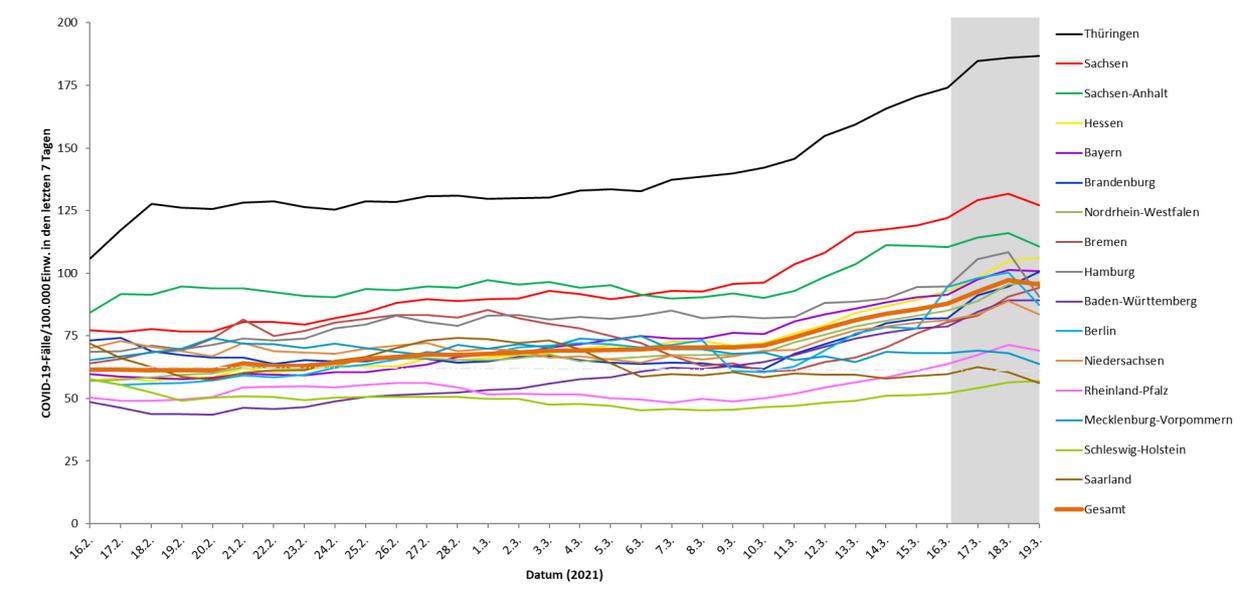


Abbildung 2: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Bundesland und Meldedatum in den Gesundheitsämtern (19.03.2021, 0:00 Uhr). Für den grau markierten Bereich ist in den Folgetagen noch mit nachübermittelten Fällen und damit mit einer Erhöhung der Inzidenz zu rechnen.

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 2 und Tabelle 3).

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 2). Tätige in Einrichtungen nach § 23 IfSG verzeichneten die meisten COVID-19-Fälle, gefolgt von Tätigen in Einrichtungen nach § 36 IfSG (s. Tabelle 3). Auch der Anteil verstorbener Fälle unter den Betreuten und Tätigen in Einrichtungen nach §§ 23 und 36 IfSG ist in Tabelle 2 und Tabelle 3 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 2: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission von Infektionskrankheiten (n= 211.736 Fälle; Stand 19.03.2021, 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)	26.037	19.484/75%	17.735/68%	4.484/17%	20.200
- Davon mit differenzierten Angaben	13.955	10.962/79%	10.336	2490	10.200
- Krankenhäuser	11.274	8.915/79%	9.518	2246	8.000
- Rehabilitationseinrichtungen	927	682/74%	380	47	800
- sonstige	1.754	1.365/78%	438	197	1.400
§ 33 IfSG (z.B. Kitas, Kinderhorte, Schulen, Heime und Ferienlager) *	66.028	-	677/1%	2/0%	62.100
- Davon mit differenzierten Angaben	31.370	-	304	1	27.800
- Kitas	7.662	-	80	0	6.200
- Schulen	23.092	-	215	1	21.100
- sonstige	616	-	9	0	500
§ 36 IfSG (z.B. Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten)	119.671	96.732/81%	19.171/16%	21.197/18%	96.700
- Davon mit differenzierten Angaben	69.807	59.286/85%	10.147	12.569	55.600
- Pflegeeinrichtungen	63.837	58.446/92%	9.607	12.450	50.200
- Ambulante Pflegedienste	673	639/95%	248	100	500
- Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende	4.777	125/3%	237	6	4.500
- sonstige	520	76/15%	55	13	400

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

Tabelle 3: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Tätigkeit in Einrichtungen mit besonderer Relevanz für die Transmission von Infektionskrankheiten (n= 167.666) Fälle; Stand 19.03.2021, 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)	75.572	5.729/8%	2.187/3%	74/0%	73.900
- Davon mit differenzierten Angaben	39.482	2.878/7%	930	28	38.000
- Krankenhäuser	28.126	1.744/6%	695	17	27.300
- Rehabilitationseinrichtungen	1493	156/10%	29	0	1400
- sonstige	9.863	978/10%	206	11	9.300
§ 33 IfSG (z.B. Kitas, Kinderhorte, Schulen, Heime und Ferienlager)	33.934	2.625/8%	667/2%	26/0%	32.300
- Davon mit differenzierten Angaben	16.881	1.304/8%	247	6	15.500
- Kitas	8.387	528/6%	119	4	7.500
- Schulen	6.009	534/9%	92	1	5.600
- sonstige	2.485	242/10%	36	1	2.400
§ 36 IfSG (z.B. Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten)	58.160	6.811/12%	1.401/2%	161/0%	57.100
- Davon mit differenzierten Angaben	31.058	3.759/12%	576	78	30.200
- Pflegeeinrichtungen	28.811	3.510/12%	523	74	28.100
- Ambulante Pflegedienste	1679	188/11%	38	3	1600
- Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende	222	26/12%	8	0	200
- sonstige	346	35/10%	7	1	300

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

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

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 3) 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 4.

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,11	1,18
(95%-Prädiktionsintervall: 0,96 – 1,28)	(95%- Prädiktionsintervall: 1,10 – 1,27)

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.

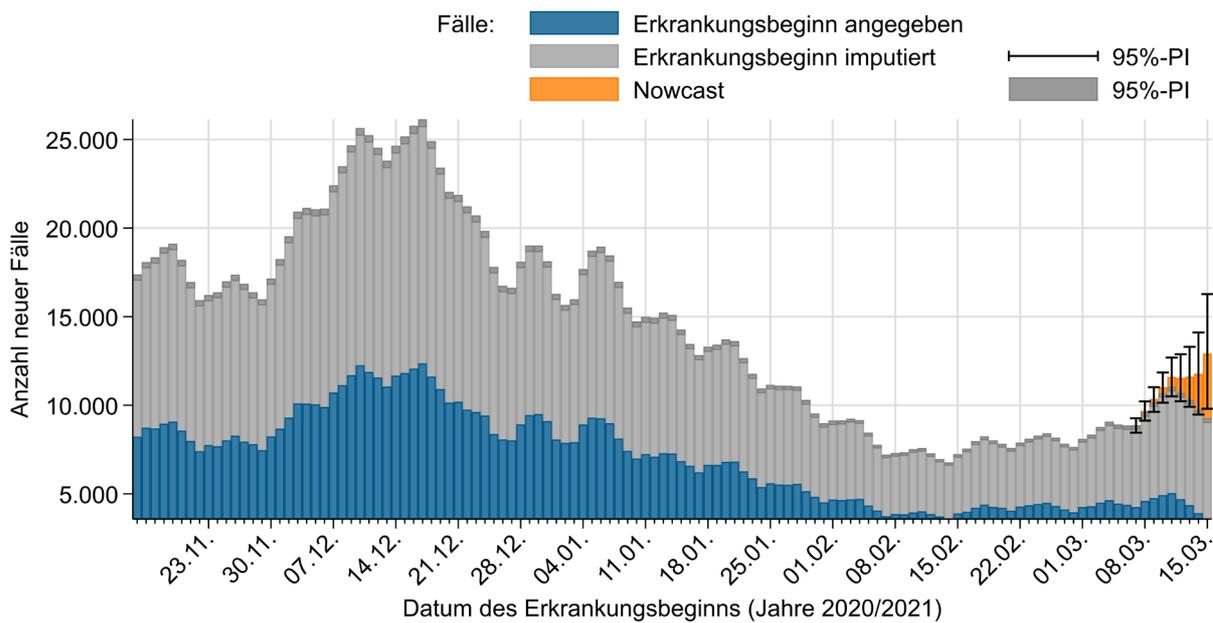


Abbildung 3 Darstellung der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn (dunkelblau), geschätztem Erkrankungsbeginn für Fälle mit fehlender Eingabe des Erkrankungsbeginns (grau) und geschätzter Verlauf der noch nicht übermittelten Fälle (orange) (Stand 19.03.2021, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 15.03.2021).

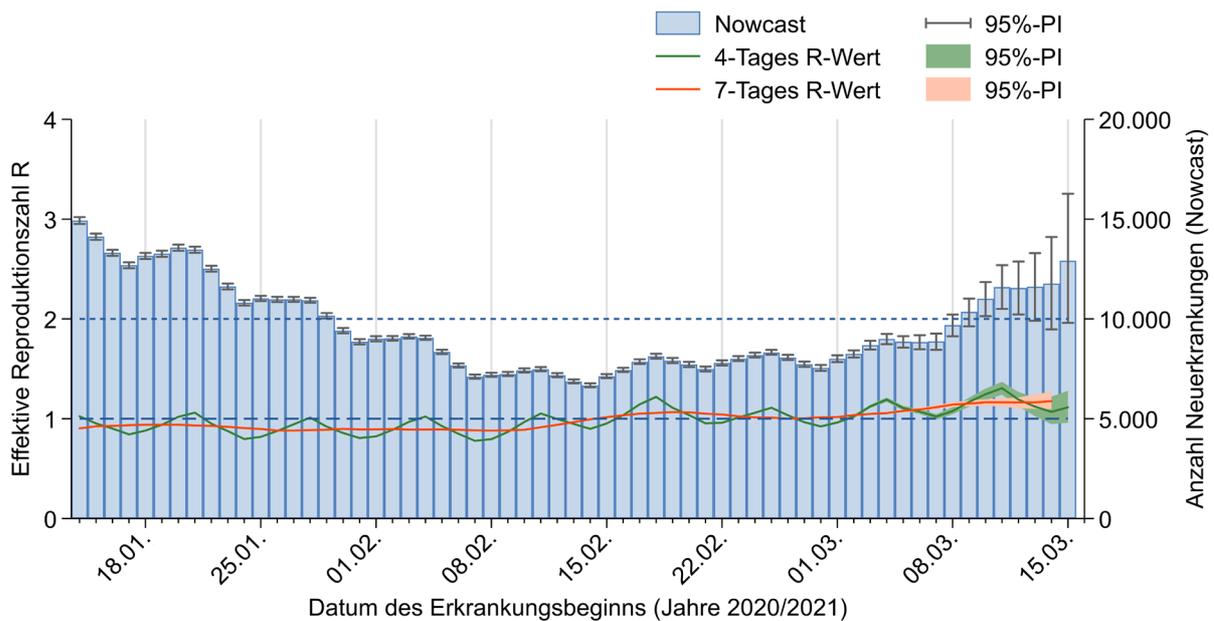


Abbildung 4: Darstellung der geschätzten R-Werte (in grün und orange) in den letzten 60 Tagen, vor dem Hintergrund der durch das Nowcasting geschätzten Fallzahlen nach Erkrankungsbeginn (Stand 19.03.2021, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 15.03.2021).

Der 7-Tage-R-Wert liegt über 1. Seit etwa dem 10.03. 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 www.rki.de/epidbull 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 19.03.2021 (12:15 Uhr) beteiligten sich 1.280 Krankenhaus-Standorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden 24.041 Intensivbetten (Low- und High-Care) als betreibbar gemeldet für Erwachsene, wovon 20.557 (86 %) belegt sind. 3.484 (14 %) 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 4).

Tabelle 4: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (19.03.2021, 12:15 Uhr)

		Anzahl Fälle	Veränderung zum Vortag*
Aktuell	In intensivmedizinischer Behandlung	2.951	+56
	- davon invasiv beatmet	1.596 (54%)	+7
	Neuaufnahmen auf ITS		+393
	Verstorben auf ITS		+101
Gesamt	Abgeschlossene Behandlungen auf ITS*	82.593	

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).

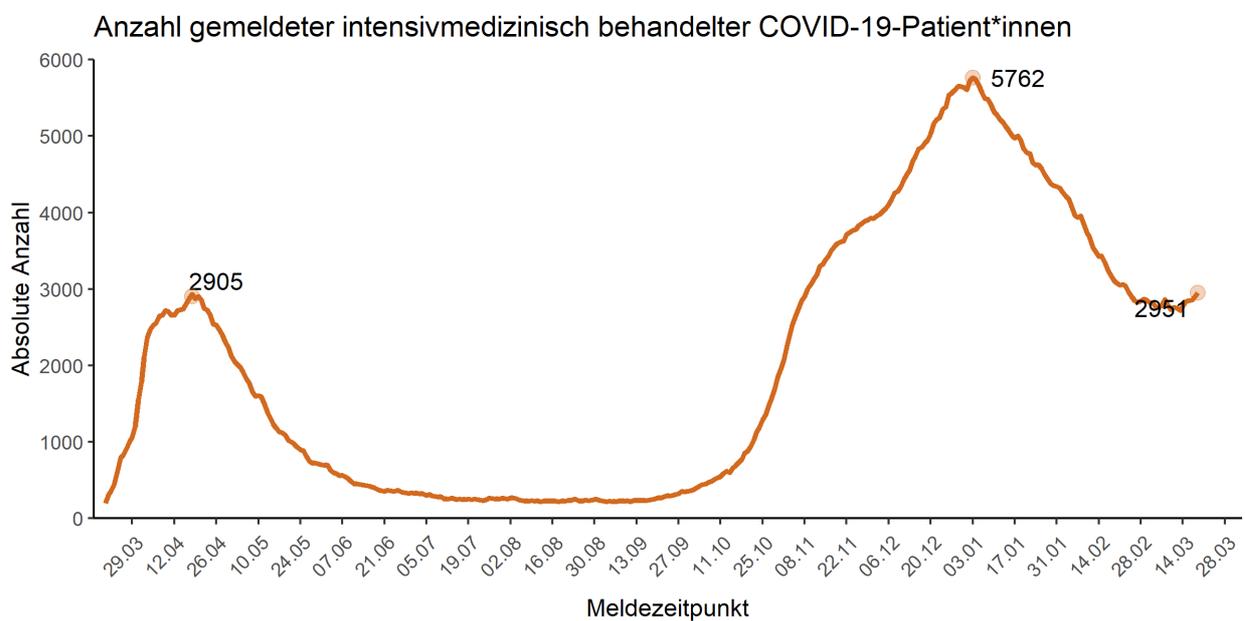


Abbildung 5: Anzahl der gemeldeten COVID-19 Fallzahlen des jeweiligen Beobachtungstages (Stand 19.03.2021, 12:15 Uhr). Zur Interpretation der Kurve im März/April 2020 ist zu beachten, dass noch nicht alle Meldebereiche im Register angemeldet waren. Generell kann sich die zugrundeliegende Gruppe der COVID-19-Intensivpatient*innen von Tag zu Tag verändern (Verlegungen und Neuaufnahmen), während die Fallzahl ggf. gleich bleibt.

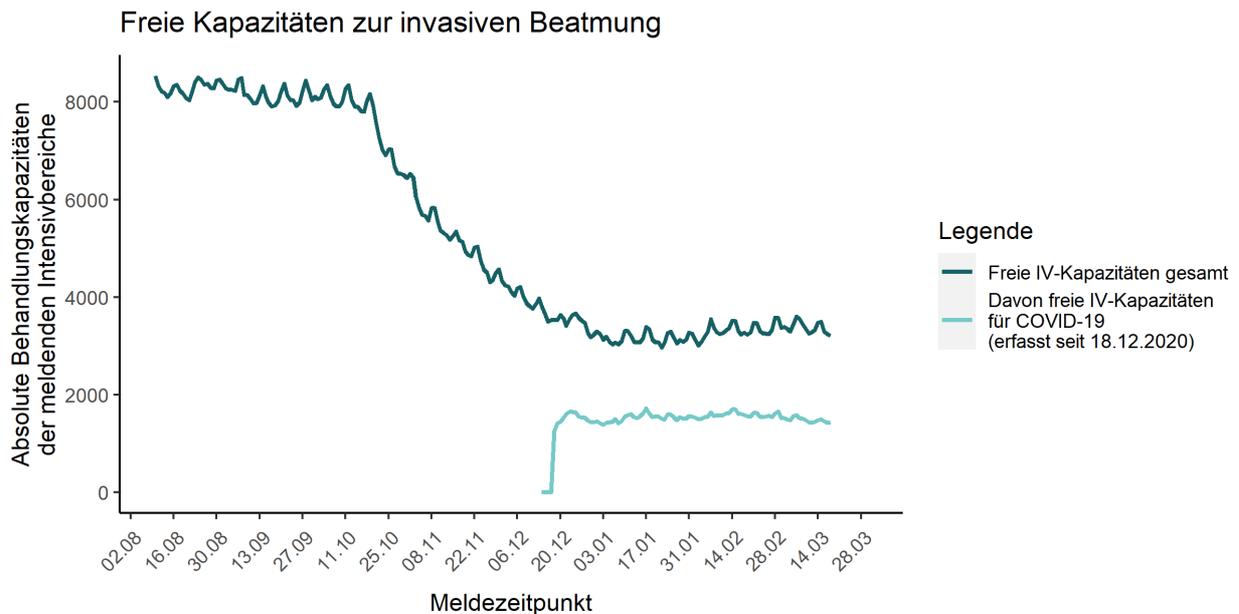


Abbildung 6: Entwicklung der freien betriebsfähigen Behandlungskapazitäten zur invasiven Beatmung von intensivpflichtigen Patient*innen als eine wichtige Kennzahl in der Pandemie. Neben den verfügbaren Kapazitäten zur Behandlung aller erwachsenen Patient*innen wird auch der einsetzbare Anteil zur Behandlung isolierpflichtiger COVID-19-Patient*innen (erfasst seit dem 18.12.2020) dargestellt. (Stand 18.03.2021)

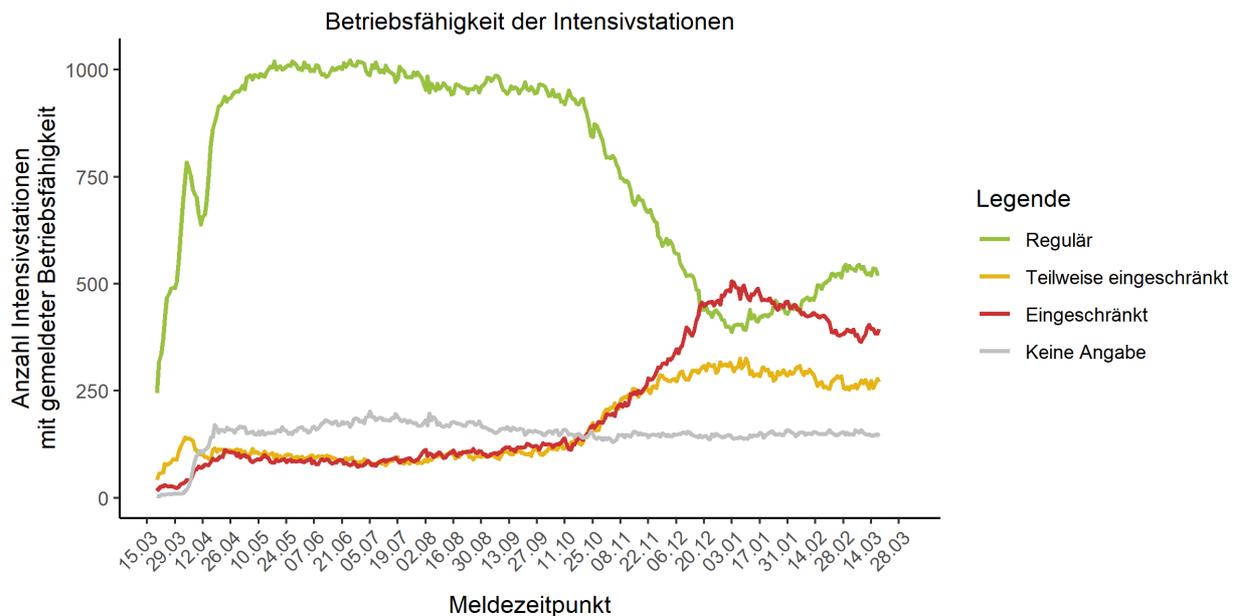


Abbildung 7: Anzahl der Intensivstationen für Erwachsene mit jeweils gemeldeter Betriebsfähigkeit als „regulär“, „teilweise eingeschränkt“ oder „eingeschränkt“. Es wird die Einschätzung erfasst, inwieweit der gesamte Betrieb des Intensivbereiches (durch Personalmangel, Räume, Material etc.) eingeschränkt ist, im Vergleich zum Regelbetrieb. Dies liefert eine wichtige, nicht-quantitative Erfassung der Versorgungslage. (Stand 18.03.2021)

Mortalitätssurveillance

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/>). In Deutschland wurden bisher nur regionale Systeme etabliert (seit dem Jahr 2007 in Berlin und Hessen). Ab dem Jahr 2021 ist geplant, ein bundesweites Monitoringsystem einzurichten.

Im Zusammenhang mit der ersten Phase der COVID-19-Pandemie war die Exzess-Mortalität vor allem im April 2020 stark angestiegen, insbesondere in der Altersgruppe der über 65-Jährigen, aber auch in der. Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

Gruppe der 15- bis 64-Jährigen. In Belgien, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Spanien, Schweden, der Schweiz und im Vereinigten Königreich war die Exzess-Mortalität besonders hoch. Nach einem Rückgang auf eher durchschnittliche Werte ab Anfang Mai (mit der Ausnahme eines vorübergehenden hitze-assoziierten Anstiegs im August), ist die Gesamt-Exzess-Mortalität in den berichtenden Ländern seit der 38. KW wieder über die Erwartungswerte angestiegen. Die Sterbezahlen sind besonders hoch in Belgien, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, der Schweiz, Slowenien und Spanien. Die Exzess-Mortalität ist insbesondere in der Altersgruppe der über 45-Jährigen zu verzeichnen.

Auch auf der Seite des Statistischen Bundesamtes werden die täglichen Sterbefallzahlen registriert. Der zeitliche Verzug der Sterbefallmeldung wird durch eine Schätzung ausgeglichen. Sterbefallzahlen des Jahres 2020 werden mit dem Bezugszeitraum 2016-2019 verglichen, bei Sterbefallzahlen aus 2021 ist der Bezugszeitraum 2017-2020. Mit ansteigenden COVID-19 Todesfällen um KW 44, 2020 ist eine Übersterblichkeit gegenüber den Vorjahren zu sehen. Mit den abnehmenden COVID-19 Todesfällen, beginnend in KW 53, 2020 ist eine Abnahme der Übersterblichkeit zu beobachten. Dies ist ein Erfolg der Maßnahmen zur Kontrolle der Virusausbreitung. Der Peak der Übersterblichkeit (KW 49-KW 05) ist gegenüber der Influenza bedingten Übersterblichkeit im Frühjahr um zehn Wochen vorverschoben. In der Kalenderwoche 09 (01.03.2021-07.03.2021) starben 18.557 Personen (-338 zur KW 08) (s. Abbildung 8). Die Anzahl der Sterbefälle in KW 09 liegt damit unter dem Niveau des Durchschnitts im Vergleichszeitraum 2017-2020 (Mittelwert = 21.690). In der Vorwoche lagen die Sterbefallzahlen bereits unter dem Vorjahresdurchschnitt (Siehe dazu auch <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html>) (Stand 15.03.2021). Das liegt an Grippewellen im Vergleichszeitraum, insbesondere der starken Welle 2018, die zu Übersterblichkeit führten.

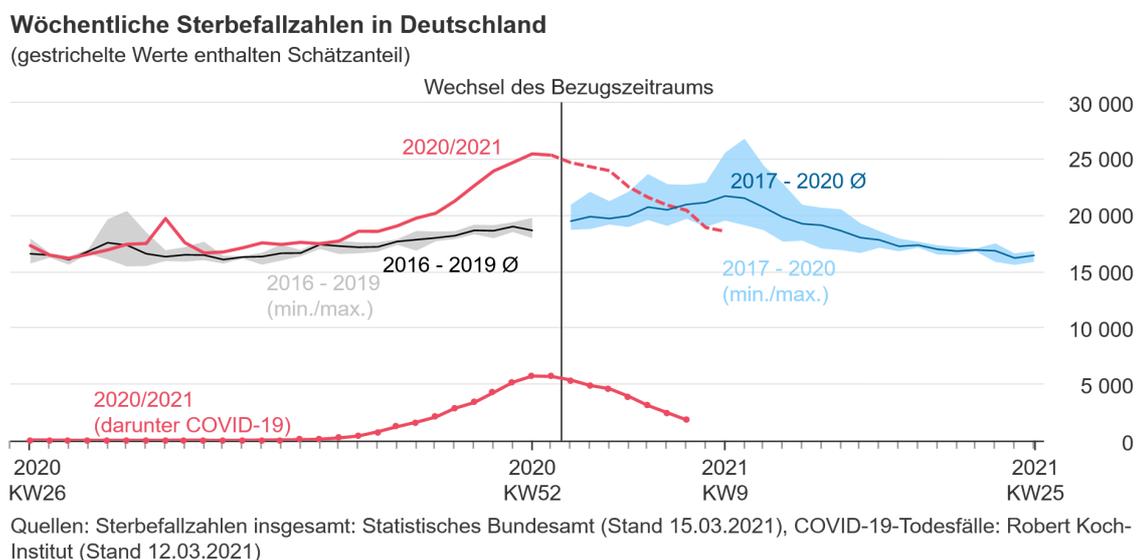


Abbildung 8: Sterbefallzahlen für 2020/2021 mit Datenstand KW06 im Vergleich zum Durchschnitt aus den Jahren 2016-2019 bzw. 2017-2020. Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand 15.03.2021.

Mobilitätssurveillance

Mit Mobilitätsdaten kann tagesaktuell gemessen werden, wie sich Menschen bewegen, und ob sie ihr Verhalten diesbezüglich verändert haben. Für die Mobilitätssurveillance werden anonymisierte und aggregierte Bewegungsströme, die aus Mobilfunkdaten gewonnen werden, ausgewertet. Abbildung 9 zeigt die relative Änderung der Anzahl der Bewegungen in und zwischen den jeweiligen Landkreisen, verglichen mit dem gleichen Zeitraum aus dem Vorjahr. Insgesamt lag die Mobilität in Deutschland in KW 10 (08.03-14.03.2021) um 13 % unter der des Jahres 2019. Eine interaktive Visualisierung und mehr Informationen finden sich unter <https://www.covid-19-mobility.org/de/>.

Mobilität in Deutschland

im Vergleich zu 2019, für KW 10 vom 8.03 - 14.03

Die Gesamtmobilität lag **-13%** unter der von 2019

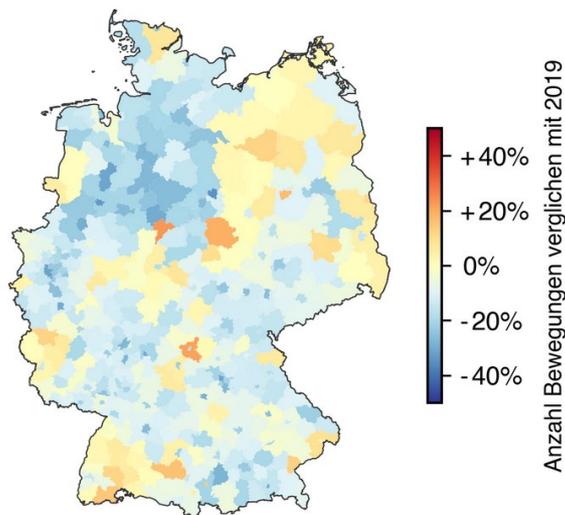


Abbildung 9: Mobilitätsdaten für KW 10, 2021 (08.03.-14.03.2021) im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019.

In Abbildung 10 ist die Änderung der wochenweisen Mobilität zwischen März 2020 und März 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 dargestellt. Seit dem 2. November 2020 gelten umfassende Mobilitätseinschränkungen in Deutschland. Sechs Wochen nach diesen Einschränkungen ist im Durchschnitt eine Abnahme der Mobilität zu verzeichnen. Nach einem Rückgang der Mobilität bis zu den Feiertagen und dem Jahreswechsel von rund 30 %, ist nun ein Anstieg zu verzeichnen. Die Abnahme der Mobilität liegt unter der des Frühjahrs 2020; in diesem Zeitraum lag der Mobilitätsrückgang bei bis zu 40 % im Vergleich zum Vorjahr (im 7-Tage-Mittelwert). Die Abnahme fand damals in einem relativ kurzen Zeitraum von etwa 2 Wochen statt.

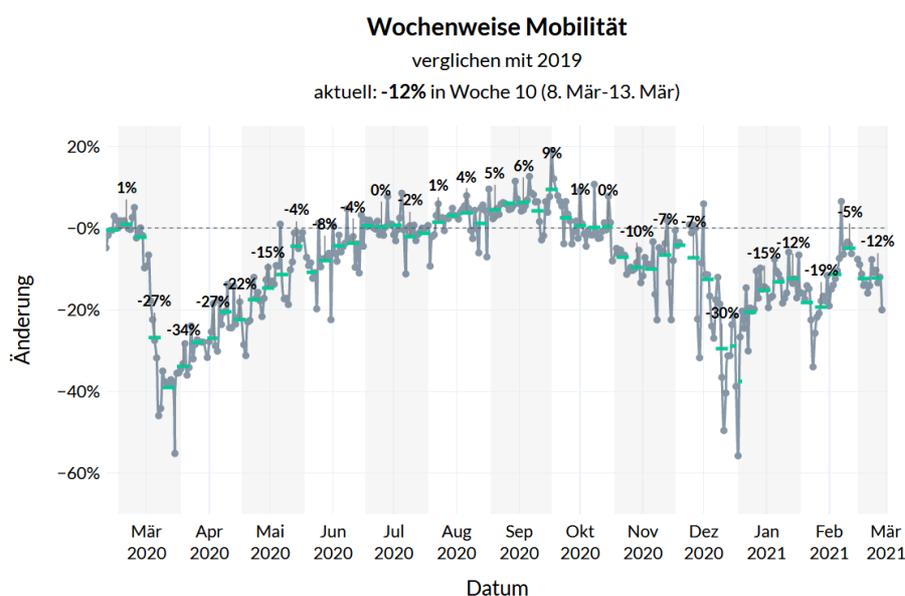


Abbildung 10: Änderung der wochenweisen Mobilität zwischen März 2020 und März 2021.

Besorgniserregende Varianten (VOC) in Deutschland

Seit Dezember 2020 werden in Deutschland Infektionen mit den besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (*Variants Of Concern*, VOC) detektiert. Diese Varianten weisen zahlreiche Mutationen auf, die möglicherweise zu höherer Ansteckungsfähigkeit mit schnellerer Ausbreitung oder zu begrenzter Wirksamkeit einer Komponente der Immunantwort führen können.

Für ein umfassendere Einschätzung zur Verbreitung VOC in Deutschland werden verschiedene Datenquellen im RKI analysiert, darunter Ergebnisse aus der Testzahlerfassung des RKI, von ad-hoc-Erhebungen in Laboren, Gesamtgenomsequenzdaten und Daten aus dem Meldewesen. Die Berichte zu dieser Gesamterhebung sind hier abrufbar:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Berichte-VOC-tab.html

Der Nachweis der Mutation N501Y ist ein Hinweis auf das mögliche Vorliegen einer VOC. Erfolgt der Nachweis von variantenspezifischen Mutationen über PCR-gestützte Verfahren ohne zusätzliche Gesamtgenomsequenzierung, liegt ein labordiagnostischer Verdacht vor. Ein Nachweis einer VOC erfolgt durch Gesamtgenomsequenzierung.

Tabelle 5 zeigt die Fallzahlen für die drei VOC B.1.1.7, B.1.351 und P.1 für Meldewochen (MW) 01-10, 2021, aufgeteilt nach Hinweis auf VOC, Bestätigung einer Linie durch Sequenzierung bzw. Verdacht aufgrund von variantenspezifischen Punktmutationsanalysen. (Datenstand 18.03.2021).

Bundesland (BL)	Hinweis zu VOC	Seq. B.1.1.7	Verdacht B.1.1.7	Seq. B.1.351	Verdacht B.1.351	Verdacht P.1	Summe / BL
Baden-Württemberg	1.936	1.435	9.219	91	253	4	57
Bayern	3.508	753	16.210	107	267	32	242
Berlin	1.248	281	2.102	0	38	0	3
Brandenburg	434	93	1.526	2	18	0	0
Bremen	128	121	572	1	2	0	0
Hamburg	64	245	1.631	0	12	0	7
Hessen	1.300	655	4.835	15	80	1	9
Mecklenburg-Vorpommern	183	118	1.252	11	5	0	2
Niedersachsen	1.532	295	5.855	3	31	0	4
Nordrhein-Westfalen	4.540	1.162	16.191	52	518	3	14
Rheinland-Pfalz	596	573	2.800	24	34	0	7
Saarland	341	118	472	29	233	0	1
Sachsen	350	239	1.278	0	42	0	0
Sachsen-Anhalt	523	240	732	2	5	0	0
Schleswig-Holstein	461	98	1.986	0	2	1	1
Thüringen	835	161	1.351	3	19	0	2
Gesamt	17.979	6.587	68.012	340	1.559	41	349

Aus 14 von 16 Bundesländern wurde ein steigender Anteil der VOC B.1.1.7 übermittelt, eine Übersicht über die jeweilige Anzahl der VOC ist in Tabelle 5 abgebildet. Die Meldung der Anzahl der VOC-Fälle über IfSG ist dabei abhängig von der Menge an angeforderten Tests für die Überprüfung auf Hinweis von VOC oder Bestätigung. Der Anteil der VOC B.1.1.7 ist in den vergangenen Wochen exponentiell angestiegen, der Anteil der anderen VOC P.1 und B.1.351 ist über die letzten Meldewochen konstant. Für die vergangene Woche sind aufgrund der sequenziellen Analyse zum Nachweis auf das Vorliegen einer VOC Nachmeldungen zu erwarten.

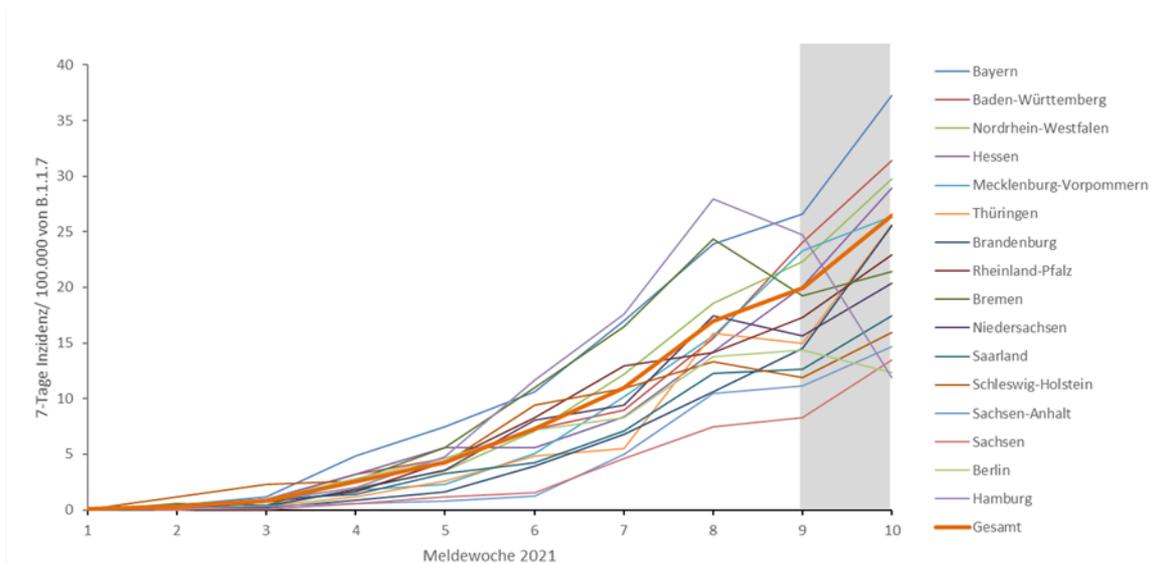


Abbildung 11: Dargestellt ist die Inzidenz der VOC B.1.1.7 pro Bundesland (MW 01-10; Datenstand 18.03.2021). Für die Meldedaten liegt kein Nenner der durchgeführten (und damit auch Anzahl der VOC negativen Tests) vor. Die hier gezeigte Inzidenz wird stark durch die Testhäufigkeit in den Bundesländern beeinflusst. Die vergangene Woche ist grau hinterlegt, hier sind Nachmeldungen zu erwarten.

Wie in Abbildung 2 zu sehen, nimmt die 7-Tage-Inzidenz seit KW07 zuerst leicht und seit KW10 stark zu. Dieser exponentielle Inzidenzanstieg ist für die VOC B.1.1.7 (Abbildung 11) bereits seit KW03 zu beobachten. Ihr Anteil liegt bei >70% an allen SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland und bestimmt somit mittlerweile den Verlauf der Gesamtinzidenz.

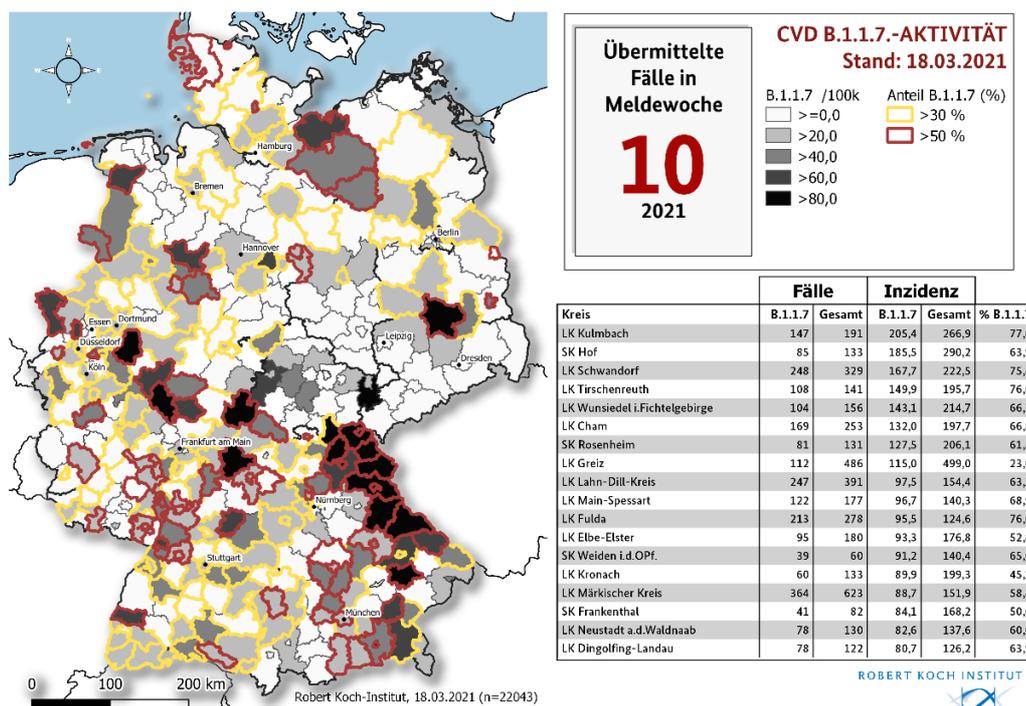


Abbildung 12: Inzidenz für B.1.1.7 und Anteile mit >30% (gelb) bzw. >50% (rot) an allen COVID-19 Fällen pro Landkreis für MW10, 2021 (Datenstand 18.03.2021, n= 22.043).

Abbildung 12 zeigt die Inzidenz für B.1.1.7 auf Landkreisebene für die vergangene Woche (MW 10). Landkreise in denen der Anteil von B.1.1.7 an allen SARS-CoV-2 Varianten besonders hoch ist (>30%, >50%) sind gelb bzw. rot umrandet. Die starke Ausbreitung der VOC B.1.1.7 in Deutschland im Vergleich zur Vorwoche, ausgehend von Landkreisen mit hohem Anteil von B.1.1.7, setzt sich fort.

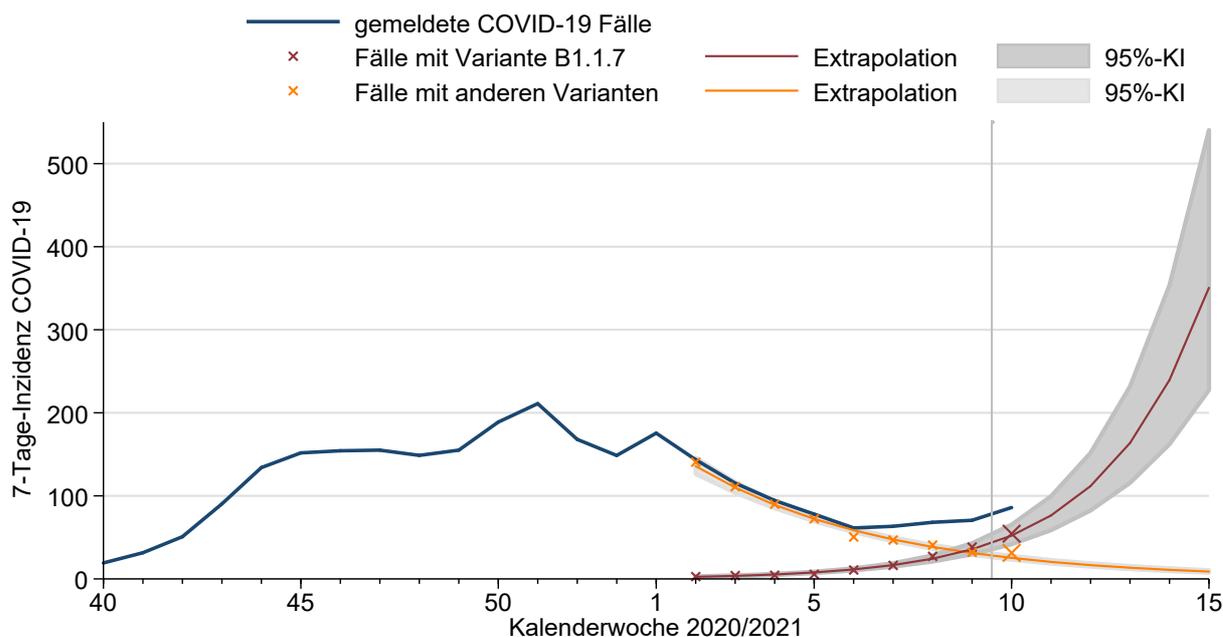


Abbildung 13: Analyse der 7-Tage-Inzidenz als Summe der 7-Tage-Inzidenz der Variante B.1.1.7 und aller übrigen Varianten (Datenstand 19.03.2021). Es zeigt sich ein exponentiell ansteigender Trend der 7-Tage-Inzidenz der Variante B.1.1.7 seit Kalenderwoche 2. Diese steigt in jeder Woche um etwa 46% an und hat sich also etwa alle 12-13 Tage verdoppelt. Demgegenüber zeigt der Verlauf der 7-Tage-Inzidenz aller übrigen Varianten einen Rückgang um etwa 19% pro Woche. Diese beiden Trends überlagern sich zurzeit, was insgesamt zu der nur langsam ansteigenden 7-Tage-Inzidenz zwischen Kalenderwoche 06 bis 09 führte. Die Extrapolation der Trends zeigt, dass mit Fallzahlen über dem Niveau von Weihnachten ab KW 14 zu rechnen ist. Die Werte ab KW 10 (dargestellt durch größere Kreuze) gehen nicht in die Extrapolation ein und werden zum Abgleich mit der bestehenden Prognose vom 12.03.2021 dargestellt.

Für die Prognose der weiteren Entwicklung wurde die 7-Tage-Inzidenz von Fällen mit der besorgniserregenden Variante B.1.1.7 bestimmt. Dies basiert auf der wöchentlichen Anzahl aller übermittelter COVID-19 Fälle und dem über die Testzahlermittlung bestimmten Anteil der Variante B.1.1.7. In KW 09 trugen 84 von 201 Laboren zur Ermittlung dieses Anteils bei, siehe Tabelle 2 im aktualisierten Bericht zu den VOC vom 10.03.2021, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-03-10.pdf?_blob=publicationFile. Die so ermittelten wöchentlichen Fallzahlen von B.1.1.7 zeigen eine sehr gleichmäßige Wachstumsrate und haben sich in der Zeit von KW 02 bis KW 09 etwa alle 12-13 Tage verdoppelt. Daher erwartet das RKI, dass die 7-Tage-Inzidenz insgesamt ab KW 10 einen deutlich steileren Anstieg zeigen wird.

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

- Stellungnahme der STIKO zur COVID-19-Impfung mit der AstraZeneca-Vaccine (19.03.2021) <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff-2021-03-19.html>
- Serologische Untersuchungen von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo-Studie) – Zwischenauswertung (18.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/SeBluCo_Zwischenbericht.html
- 4. Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland, insbesondere zur Variant of Concern (VOC) B.1.1.7 (17.03.2021) www.rki.de/covid-19-voc-berichte
- 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_Quartal_2021.pdf

Aktualisierte Dokumente

- Risikobewertung zu COVID-19 (15.03.2021) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html
- 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

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.