

SARSCOV-2 UND COVID-19

INHALT

Definition von SARSCoV-2 und COVID-19	S. 3
Definition nach IFSG	S. 4
Falldefinition für Berichte des Robert-Koch-Instituts	S. 5
PCR-Test – eine Beschreibung	S. 6
Erkenntnisse aus ausgewählten Studien	S. 7
Kollateralschäden	S. 8
Wahnsinn	S. 9
Statistische Einordnung	S. 10
RKI-Lageberichte zu COVID-19	S. 24
Corona-Saison 2019/2020 im internationalen Vergleich	S. 38
RKI Influenza-Monatsbericht	S. 41
Statistische Kenndaten zur Einordnung	S. 50
Letzte Seite – Rückblick aus 2025	S. 56

DEFINITION SARS-COV-2 UND COVID-19

Im Folgenden sind einige Angaben des RKI zitiert. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen:**

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=893AE911E6009B46AEC3148EFD1469C0.internet091#doc13776792bodyText13

- SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) ist ein neues Beta-Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser von COVID-19 identifiziert wurde.
- Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel.
- Eine große Bedeutung haben die Übertragungen von infektiösen Personen, wenn sie bereits Krankheitszeichen (Symptome) entwickelt haben.
- Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Die mittlere Inkubationszeit (Median) wird in den meisten Studien mit 5-6 Tagen angegeben.
- Der Manifestationsindex beschreibt den Anteil der Infizierten, die auch tatsächlich erkrankt sind. Manifestationsindizes werden in verschiedenen Übersichtsarbeiten auf 55-85% geschätzt (62-64). Husten 41 %, Fieber 31 %, Schnupfen 24 %, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns* 21 %, Pneumonie 2,0 %.
- COVID-19 kann sich in vielfältiger Weise und nicht nur in der Lunge, sondern auch in anderen Organsystemen manifestieren. Meist in der zweiten Krankheitswoche kann sich eine Pneumonie entwickeln.
- Insbesondere schwer erkrankte COVID-19-Patienten können unter weiteren Infektionen leiden. Zudem wurden in einigen Fällen Superinfektionen mit multiresistenten Bakterien festgestellt.
- Bei Infektionen mit Pneumonien werden grundsätzlich längere Genesungszeiten beobachtet und sind prinzipiell nicht ungewöhnlich.

DEFINITION NACH IFSG

Im Folgenden sind einige Angaben zitiert. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen:**

<https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

§ 2 Begriffsbestimmungen

1. **Krankheitserreger: ein vermehrungsfähiges Agens** (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann,
2. **Infektion:** die Aufnahme eines Krankheitserregers **und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung** im menschlichen Organismus,
3. **übertragbare Krankheit:** eine durch Krankheitserreger oder deren toxische Produkte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, **verursachte Krankheit**,
- 3a. **bedrohliche übertragbare Krankheit:** eine übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende **Gefahr für die Allgemeinheit** verursachen kann,
4. **Kranker:** eine Person, **die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist**,
5. **Krankheitsverdächtiger:** eine Person, **bei der Symptome bestehen**, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen,
6. **Ausscheider:** eine Person, **die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann**, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein,
7. **Ansteckungsverdächtiger:** eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein,

FALLDEFINITION

Im Folgenden sind einige Angaben des RKI zitiert. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen:**

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile

- In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur folgende gezählt:
 - Spezifisches oder unspezifisches klinisches Bild von COVID-19 und labordiagnostischer Nachweis
 - Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das weder die Kriterien für das spezifische noch für das unspezifische klinische Bild von COVID-19 erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.
 - Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).
 - Epidemiologische Bestätigung: In den letzten 14 Tagen bestand ein Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion oder Auftreten von zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien) in einer medizinischen Einrichtung bzw. einem Pflege- oder Altenheim. Der Kontakt ist definiert als „Versorgung oder Pflege“ durch med. Personal oder Familienmitglieder oder **Aufenthalt am selben Ort** (z.B. Klassenzimmer, Arbeitsplatz, Wohnung/Haushalt, erweiterter Familienkreis, Krankenhaus, andere Wohneinrichtung, Kaserne oder Ferienlager).
- Telepolis, 29.10.2020: "Eine offizielle Antwort auf eine Anfrage an das DIVI-Intensivregister zur Diagnostik von "COVID-19-Intensivpatienten" offenbart aber ein fundamentales diagnostisches Problem. Dort wird bestätigt, dass (1) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem SARS-CoV-2-PCR-Test getestet wird und (2) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis als "COVID-19-Intensivpatient" geführt wird. Letzteres wird auch in einer offiziellen Antwort des RKI auf eine entsprechende Anfrage bestätigt."

PCR-TEST

Im Folgenden sind einige Angaben zitiert. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen:** <https://www.khanacademy.org/science/ap-biology/gene-expression-and-regulation/biotechnology/a/polymerase-chain-reaction-pcr>

Mit dem PCR-Test wird eine vorher definierte DNA-Region in einer Probe sichtbar gemacht, wenn sie vorhanden ist. Ein PCR-Test kann weder eine Infektion (Krankheit) noch einen reproduktionsfähigen Krankheitserreger nachweisen.

- Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) ist eine gebräuchliche Labortechnik, mit der viele Kopien (Millionen oder Milliarden!) einer bestimmten DNA-Region hergestellt werden. Diese DNA-Region kann alles sein, woran der Experimentator interessiert ist. Zum Beispiel kann es sich um ein Gen handeln, dessen Funktion ein Forscher verstehen möchte, oder um einen genetischen Marker, der von Gerichtsmedizinern verwendet wird, um die DNA des Tatorts mit der DNA von Verdächtigen abzugleichen.
- Typischerweise besteht das Ziel der PCR darin, aus der Ziel-DNA-Region so viel herzustellen, dass sie analysiert oder auf andere Weise verwendet werden kann. Beispielsweise kann durch PCR amplifizierte DNA zur Sequenzierung geschickt, durch Gelelektrophorese sichtbar gemacht oder für weitere Experimente in ein Plasmid geklont werden.
- In einer PCR-Reaktion bestimmt der Experimentator die Region der DNA, die von den von ihm gewählten Primern kopiert oder amplifiziert wird. PCR-Primer sind kurze Stücke einzelsträngiger DNA, in der Regel etwa 20 Nukleotide lang.
- Die wichtigsten Bestandteile einer PCR-Reaktion sind Taq-Polymerase, Primer, Template-DNA und Nukleotide (DNA-Bausteine). Die Bestandteile werden zusammen mit den vom Enzym benötigten Kofaktoren in einem Röhrchen zusammengebaut und durchlaufen wiederholte Zyklen von Erhitzen und Abkühlen, die die DNA-Synthese ermöglichen.
- **Dieser Zyklus wiederholt sich 25 - 35 Mal in einer typischen PCR-Reaktion**, die im Allgemeinen 2 - 4 Stunden dauert, abhängig von der Länge der kopierten DNA-Region. Wenn die Reaktion effizient ist (gut funktioniert), kann die Zielregion von nur einer oder wenigen Kopien bis zu Milliarden gehen.

Und hier die Quelle allen Corona-Übels? (Der „Drosten-Test“ mit 45 Wiederholungen!):
[HTTPS://WWW.EUROSURVEILLANCE.ORG/CONTENT/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045)

AUSGEWÄHLTE STUDIEN

Im Folgenden sind einige Studienergebnisse zitiert. Es handelt sich um eine subjektive Auswahl, die jedoch bei einer Gesamtbewertung ebenfalls in Betracht gezogen werden sollte. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen!**

- Nach der von der WHO veröffentlichten Metastudie (J. Joannidis, 14. Oktober) genesen im Mittel 99,77 Prozent der mit SARS-CoV-2 infizierten Menschen (Median). Bei Personen unter 70 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit bei 99,95 Prozent (Median). **Bei Grippeinfektion liegt die Genesungsrate bei 99,9 – 99,7%.**
Quelle: https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf
- In WUHAN wurden insgesamt 9.899.828 Personen aus den 10.652.513 in Frage kommenden Personen getestet (93 %). Von den Teilnehmern waren 34.427 Patienten bereits an COVID-19 erkrankt (0,35 %). Beim Screening wurden 300 asymptomatische positive Fälle identifiziert. Insgesamt wurden 1174 enge Kontakte der asymptomatischen positiven Fälle ermittelt und sie alle wurden negativ auf COVID-19 getestet. Die Viruskulturen waren bei allen asymptomatisch positiven und repositiven Fällen negativ, was darauf hindeutet, dass in den in dieser Studie nachgewiesenen positiven Fällen kein "lebensfähiges Virus" vorhanden war. **Eine asymptomatische Ansteckung ist sehr unwahrscheinlich.** Quelle: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>.
- In 421 analysierten deutschen Kliniken war die SARI*-Fallzahl im ersten Halbjahr 2019 geringer als 2020, obwohl darin auch die COVID bedingten SARI-Fälle mit eingeschlossen wurden. Es ist auffällig, dass bei mehr als 35.000 Patienten ein COVID-Verdacht kodiert wurde, ohne dass ein SARI vorlag. Es wurden ca. dreimal mehr Fälle mit COVID-Verdacht kodiert als mit einer nachgewiesenen Infektion vorhanden waren. In der Summe resultierte hieraus eine nicht plausibel hohe Anzahl an Verdachtsfällen. Es ist davon auszugehen, dass bei negativer PCR keine Ansteckungsgefahr besteht, sodass die negativ getesteten Krankenhauspatienten mit deutlich weniger Aufwand zu behandeln wären. Quelle: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>.

*Severe Acute Respiratory Infection

AUSGEWÄHLTE STUDIEN

Im Folgenden sind einige Studienergebnisse zitiert. Es handelt sich um eine subjektive Auswahl, die jedoch bei einer Gesamtbewertung ebenfalls in Betracht gezogen werden sollte. Diese Auswahl bietet jedoch nur eine gekürzte Auswahl mit subjektiver Prägung zur Orientierung. **Bitte informieren Sie sich in den Originalquellen und weiteren offiziell anerkannten Quellen!**

- In einer dänischen Studie DANMASK-19 zur Schutzwirkung der Maske wurden 3030 Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip der Empfehlung zum Tragen von Masken und 2994 der Kontrolle zugeteilt; 4862 schlossen die Studie ab. Eine Infektion mit SARS-CoV-2 trat bei 42 Teilnehmern mit Maskenempfehlung (1,8%) und 53 Kontrollteilnehmern (2,1%) auf. **Ein Eigenschutz besteht demnach nicht.**
Quelle: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>.
- Nach einer Übersichtsarbeit bietet die vom RKI zitierte Fachliteratur keine wissenschaftlich fundierten Hinweise, und das auch nicht aus den dort genannten „aktuellen“ Studien, dass Masken, die von der normalen Bevölkerung im öffentlichen Raum (Geschäfte, ÖPNV) getragen werden, ganz gleich welcher Art sie sind, also ob medizinische MNS oder sog. Community-MNB, die Erregerübertragung bei respiratorischen Infektionen, wie insbesondere Influenza oder COVID-19, reduzieren könnten. Zieht man dazu noch die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen in Betracht, müssen Masken nach den aus Krankenhäusern bekannten Regeln im öffentlichen Raum sogar als ein Infektionsrisiko betrachtet werden. Quelle: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf> sowie <http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php>.
- In einer weltweiten Studie werden vier Fakten zur COVID-19 Pandemie benannt, die die Auswirkungen von nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPIs) einordnen. Es wird argumentiert, dass die Bedeutung politisch mandatierter NPIs für die Gestaltung des Fortschreitens dieser Pandemie überbewertet werden. **Genauer heißt es, dass kein Effekt der Maßnahmen (insb. Lockdown, Maskenpflicht) anhand der Infektionsverläufe erkennbar ist.**
Quelle: <https://www.nber.org/papers/w27719>.

WAHNSINN

"DIE DEFINITION VON WAHNSINN IST, IMMER WIEDER DAS GLEICHE ZU TUN UND ANDERE ERGEBNISSE ZU ERWARTEN." ALBERT EINSTEIN (ANGEBLICH)

„EINE REGIERUNG, DIE DIESE TOTEN [ANM. „KOLLATERALSCHÄDEN“] IN KAUF NIMMT, UM DIE ANZAHL MÖGLICHER TOTE ZU REDUZIEREN, IST ENTWEDER VOM WAHNSINN GEPACKT ODER VERFOLGT EINE ANDERE AGENDA ALS DER BEVÖLKERUNG GLAUBEN GEMACHT WERDEN SOLL.“ (QUELLE)

STATISTISCHE EINORDNUNG

Pro Monat sterben in Deutschland zwischen 70.000 und 90.000 Personen (ca. 93 je 100.000 EW pro Monat, 1.113 je 100.000 EW im Jahr). **Pro Tag also zwischen 2.350 und 3.000 Personen – bzw. täglich bis zu 10 Airbus A300!**

Verstorbene je Monat nach Altersgruppe (Mittel 2016 bis 2018)
 (*Corona: Stand KW49/2020) (Quelle: DESTATIS, RKI)



Summe
 Corona 2020
 (bis 09. Dez.)
 19.932

* Werte können sich wegen
 Meldeverzögerung noch verändern

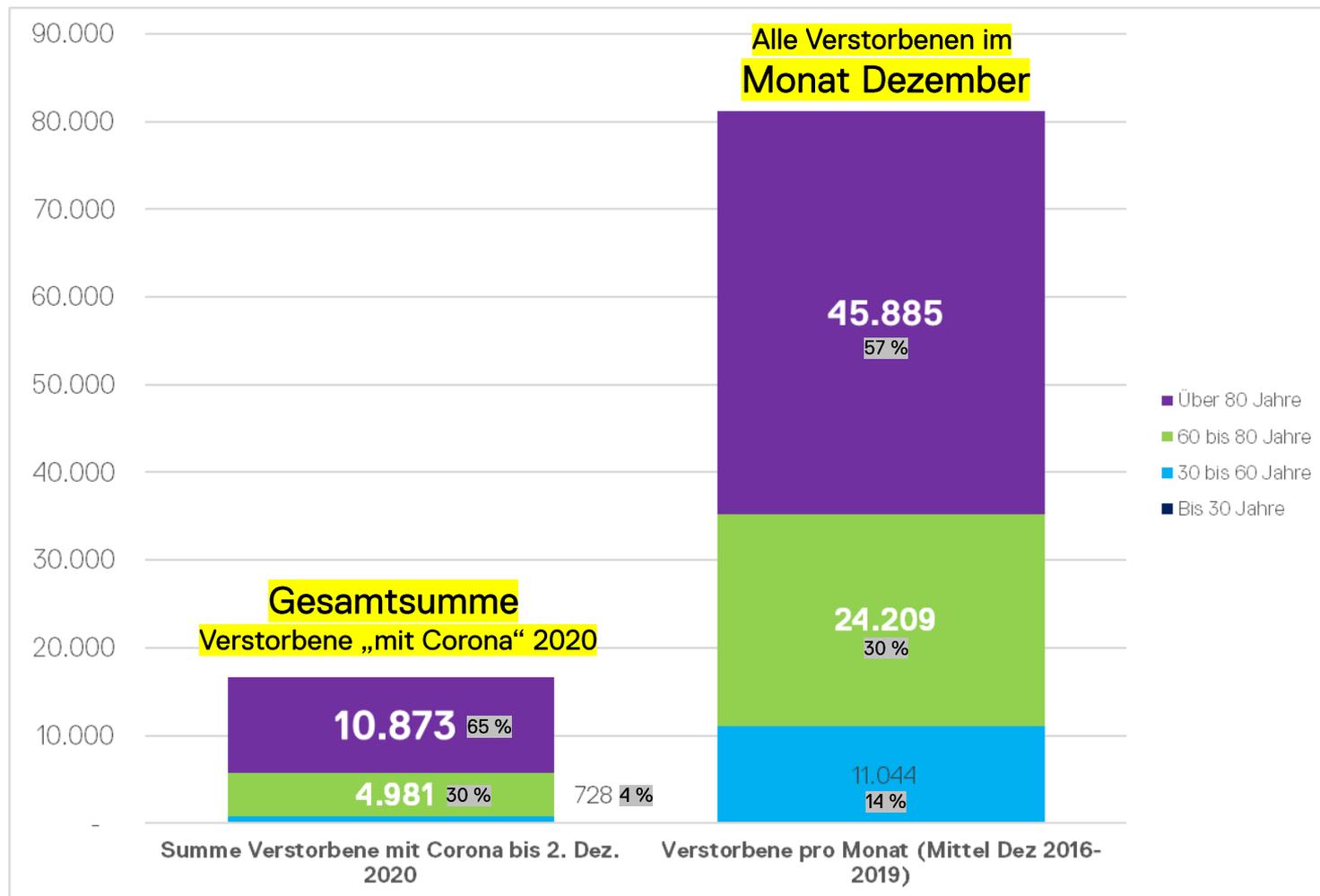
In der Grippesaison 2017/2018 sind in der rund 15 Wochen dauernden „stärksten Grippewelle der letzten 30 Jahre“ vom RKI rund 25.100 Grippetote geschätzt worden. **Also ein Airbus A250 pro Tag.**



Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.

Allein im Dezember sterben in Deutschland rund 80.000 Personen (Mittel 2016-2019). Davon rund 6.000 Personen an Atemwegserkrankungen. Seit Beginn der „Corona Pandemie“ wurden bis zum 2. Dezember vom RKI 16.612 Verstorbene mit Corona angegeben. Von Februar 2020 bis Dezember 2020 kann mit insgesamt 65.000 Personen in Deutschland gerechnet werden, die an Atemwegserkrankungen verstorben sind. „mit Corona“ macht davon im Jahr 2020 26% aus.

Die Grippe war allein in der Grippesaison 2017/2018 für rund 35% der Verstorbenen mit Atemwegserkrankungen verantwortlich (25.100).



In Dortmund (600.000 Einwohner) wurden bis zum 02.12.2020 insgesamt 87 Todesfälle mit COVID-19 registriert. Davon sind 56 Personen (zumeist stark vorerkrankt) überhaupt ursächlich an COVID-19 verstorben (64%). 36 % der aus Dortmund gemeldeten „Corona-Toten“ sind demnach nicht an COVID-19 gestorben.

Summe der Fallzahlen

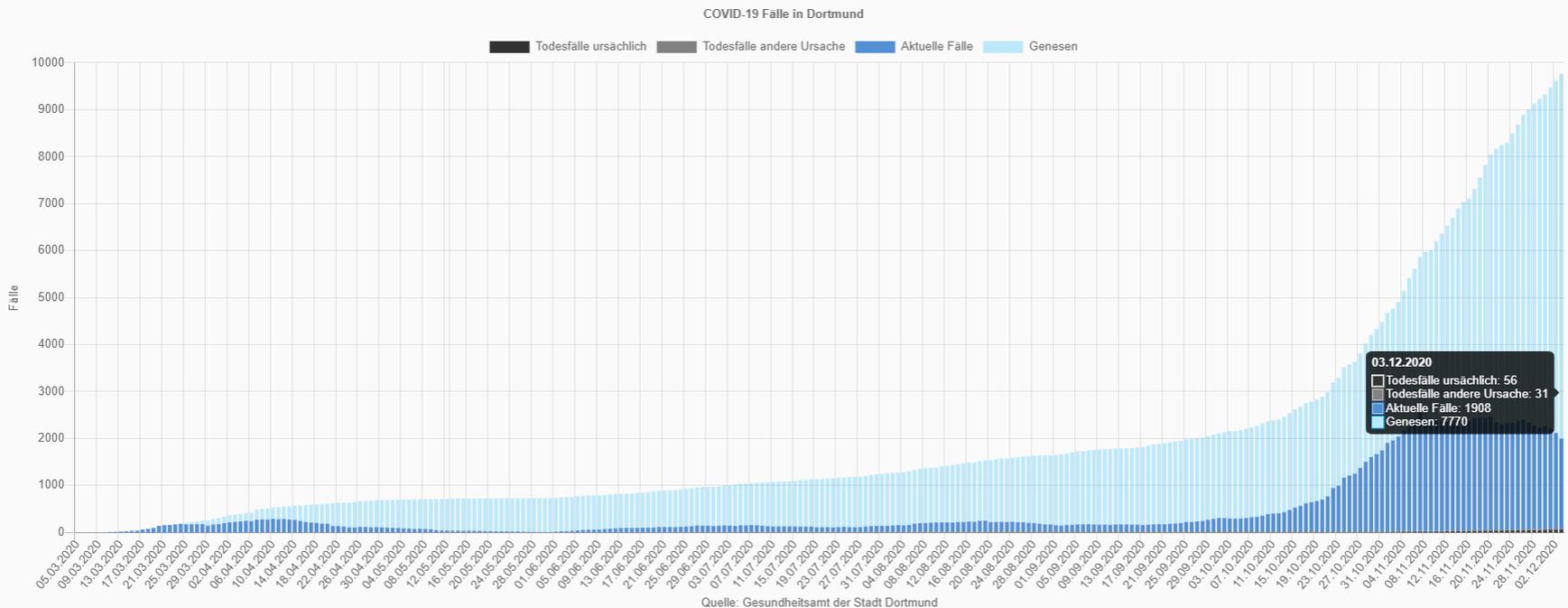
Positive Tests pro Tag

Aktuell/Genesen/Verstorben

Stationäre Behandlung

Inzidenz-Wert *

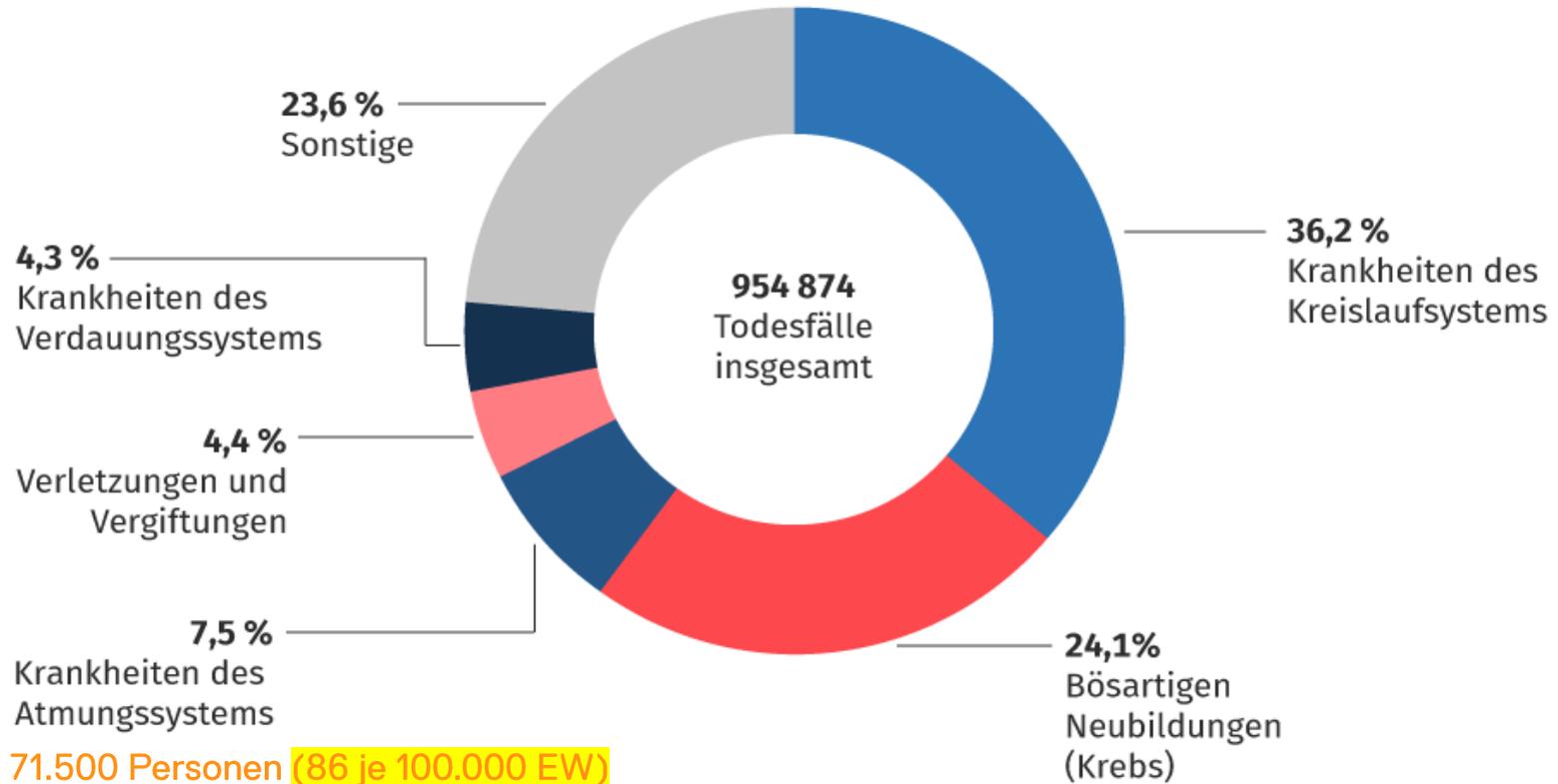
Karte



Weltweit sterben im Jahr ca. 7 Millionen Menschen an Atemwegserkrankungen wie Lungenentzündung etc.

Todesursachen nach Krankheitsarten 2018

in %

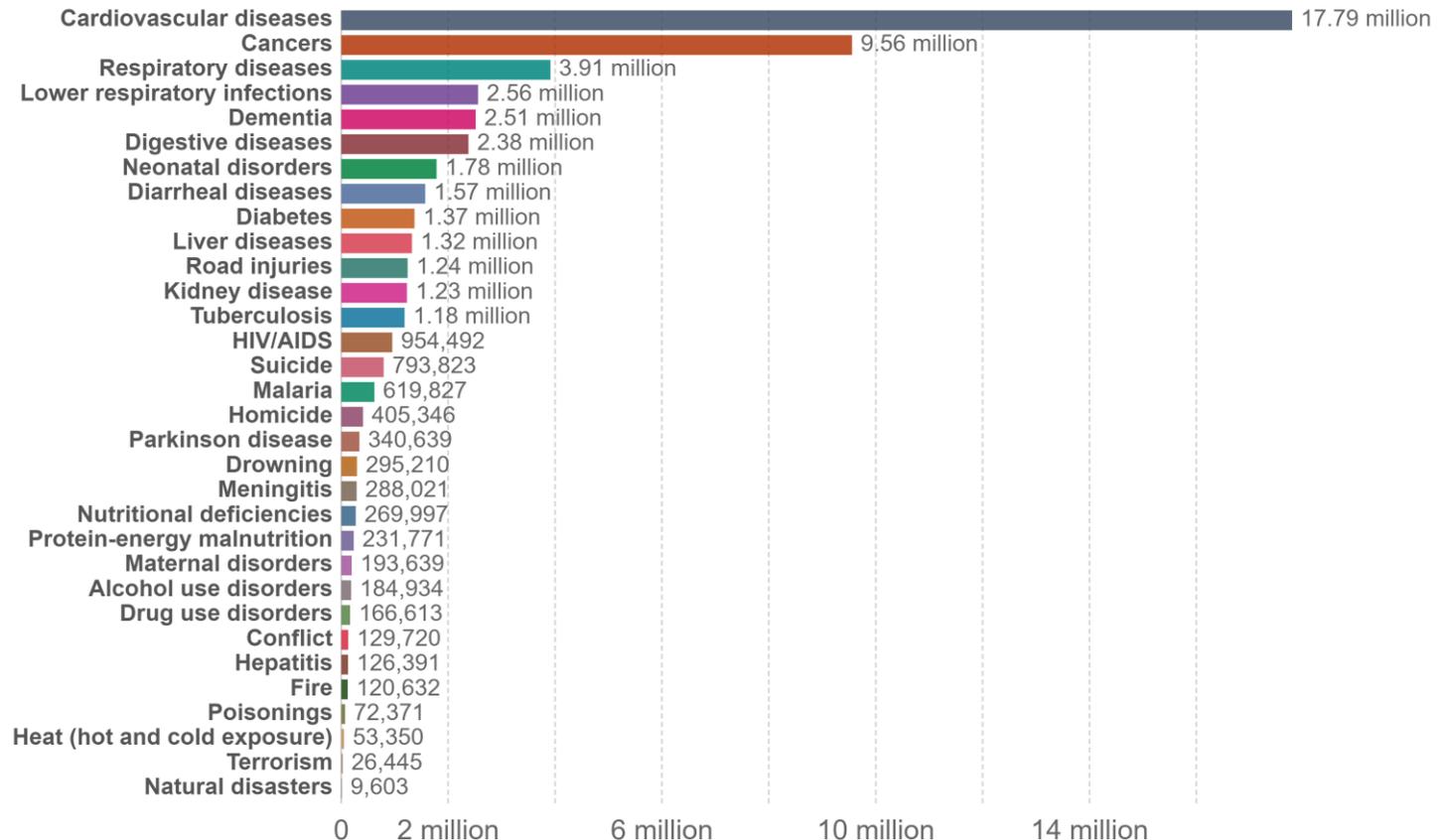


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

Atemwegserkrankungen waren schon immer die dritthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs.

Number of deaths by cause, World, 2017

Our World
in Data



Source: IHME, Global Burden of Disease

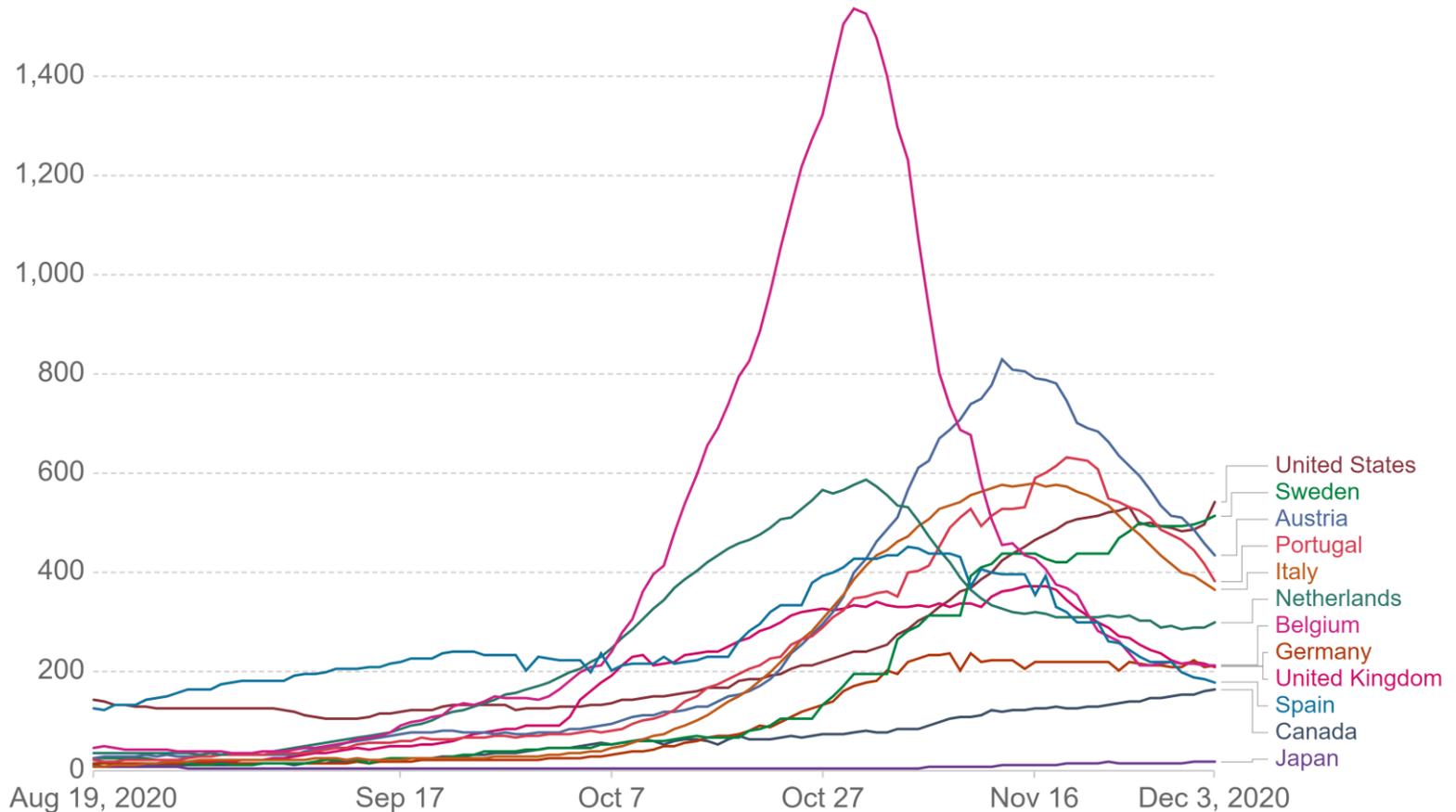
OurWorldInData.org/causes-of-death • CC BY

<https://ourworldindata.org/grapher/annual-number-of-deaths-by-cause>

COVID: Trotz ähnlicher Restriktionen und räumlicher Nähe scheinen in Europa die Ländergrenzen die entscheidende Virusbarriere zu sein ...?

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 4 December, 06:06 (London time)

CC BY

<https://ourworldindata.org/coronavirus>



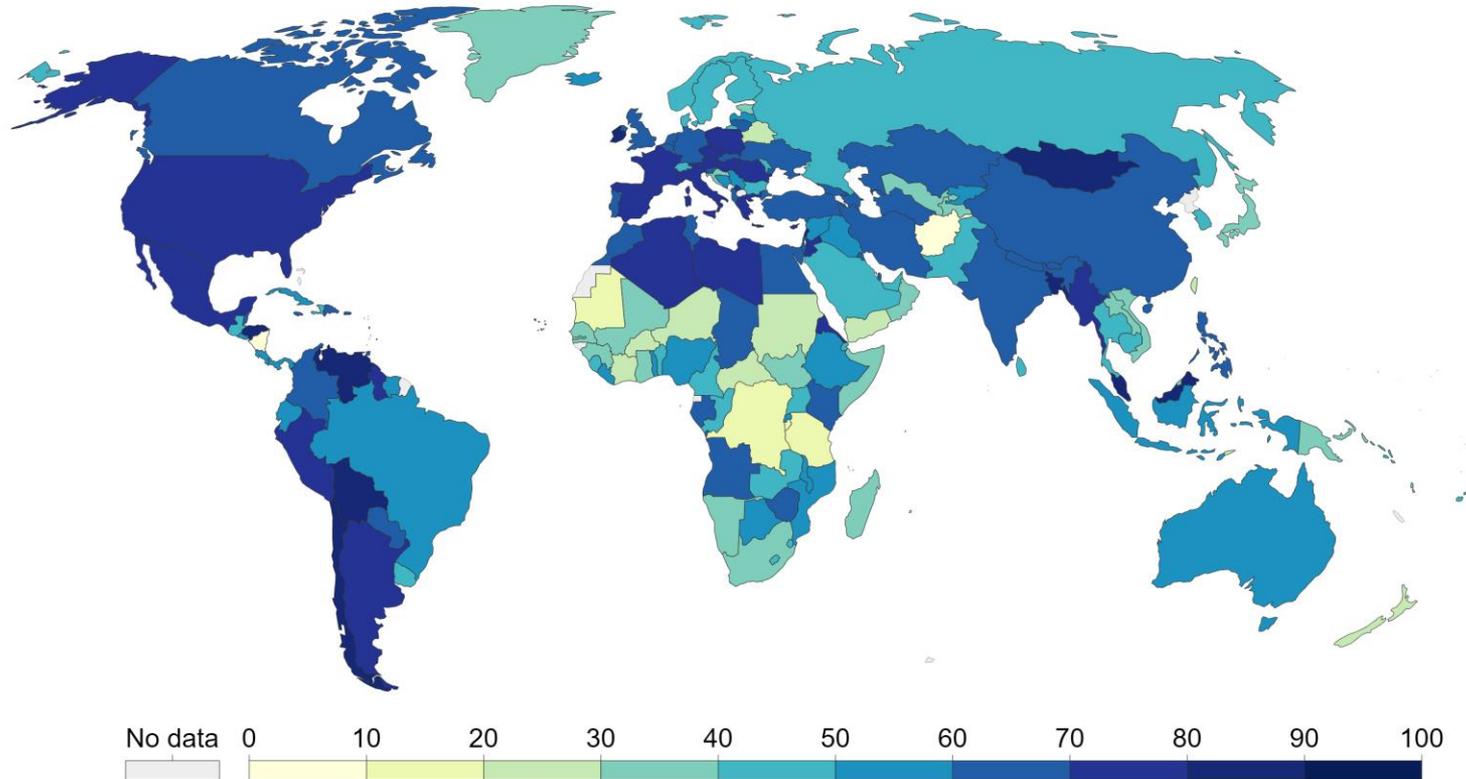
Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.

COVID: Steigen die Fallzahlen in Ländern mit restriktiven Maßnahmen oder werden die restriktiven Maßnahmen aufgrund der Fallzahlen angewendet?

COVID-19: Government Response Stringency Index, Nov 16, 2020

Our World
in Data

This is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last updated 4 December, 02:01 (London time)

Note: This index simply records the number and strictness of government policies, and should not be interpreted as 'scoring' the appropriateness or effectiveness of a country's response.

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

<https://ourworldindata.org/coronavirus>

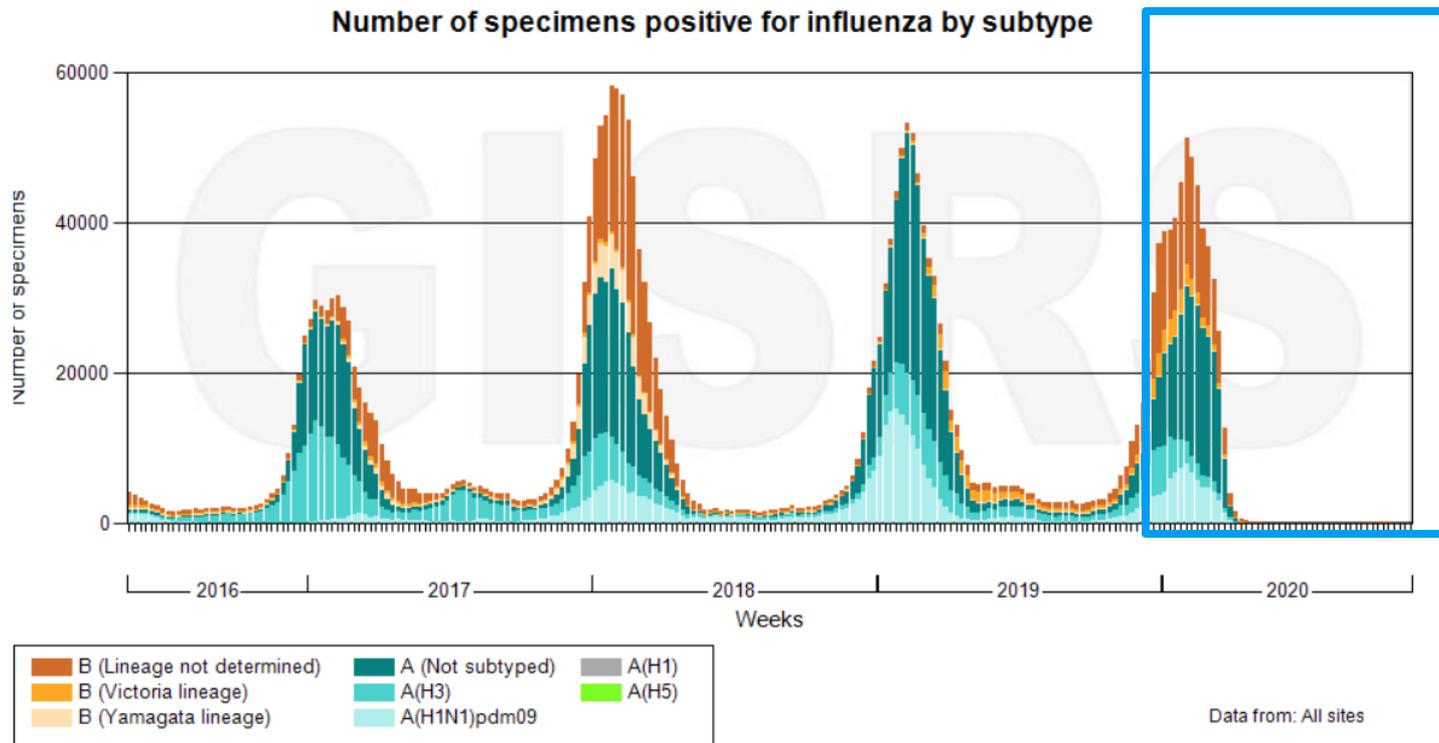
Ist die Influenza weltweit besiegt, interessiert Influenza bei der Datenerfassung keinen mehr, tritt COVID-19 oft als Co-Infektion mit Influenza auf, wurde vorher Corona als Influenza codiert, ...?



Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 18/11/2020 07:48:10 UTC

Global circulation of influenza viruses



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2020

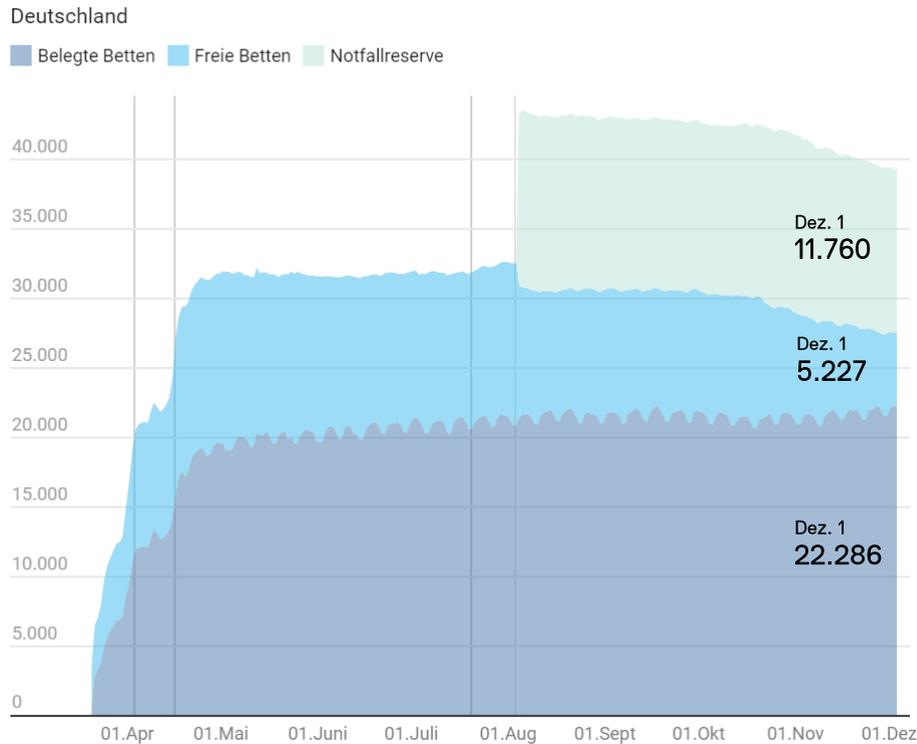
<https://apps.who.int/flumart/Default?ReportNo=10>



Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.

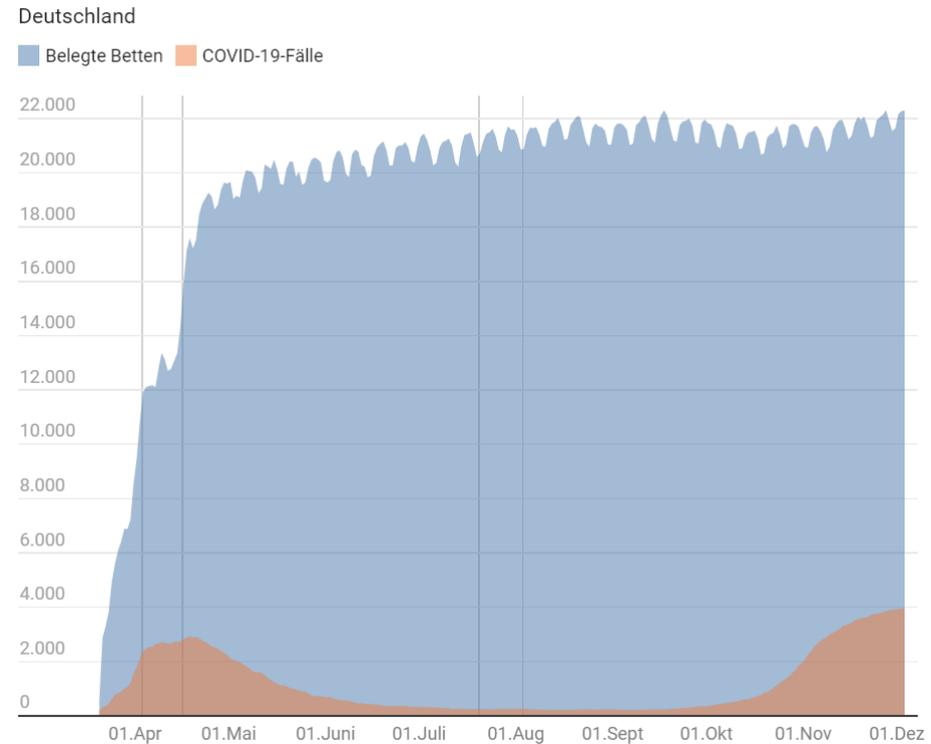
Die Bettenbelegung auf Intensivstationen ist in Deutschland seit dem Sommer konstant. Der Anteil der COVID-19 Patienten steigt seit Mitte Oktober wieder deutlich an. Die gemeldete Bettenkapazität nimmt seit August und vor allem seit Ende Oktober ab.

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve) (*c)



Quelle: DIVI-Intensivregister • [Daten herunterladen](#) • Erstellt mit [Datawrapper](#)

Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle an Anzahl belegter Intensivbetten (*d)



Quelle: DIVI-Intensivregister • [Daten herunterladen](#) • Erstellt mit [Datawrapper](#)

Der Vergleich der Intensivbettenauslastung zeigt in 2020 geringere Fallzahlen als 2019.

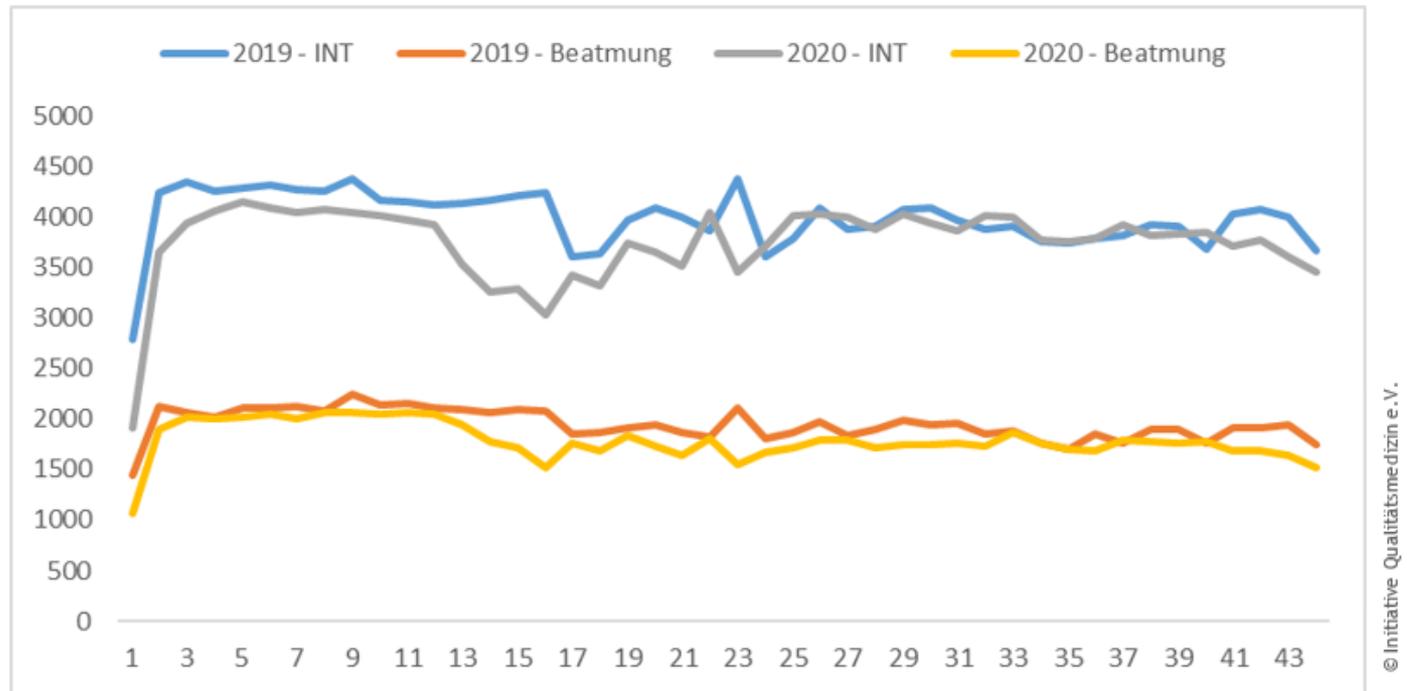
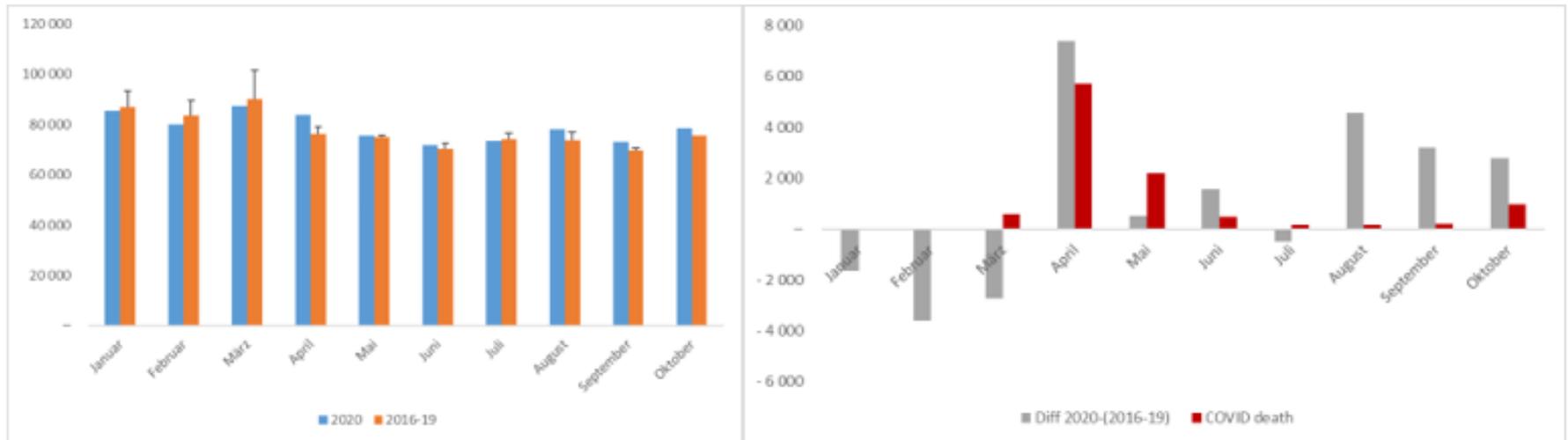


Abb. 7: Wöchentlicher Verlauf aller Intensivfälle (INT) und der Beatmungsfälle (Beatmung) für die Jahre 2019 und 2020 bis KW 44.

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Quelle: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>

Welche Rolle spielt COVID-19 bei der Übersterblichkeit in 2020? Welche Ursache hatten die höheren Sterbezahlen in August – Oktober 2020?



© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Abb. 8: Monatlich aufgetretene Sterbefälle im Jahr 2020 versus den monatlichen Durchschnitt der Sterbefälle der Jahre 2016-19 für die Monate Januar bis Oktober (linkes Panel). Die Differenz aus den Sterbefällen 2020 minus den monatlichen Durchschnitt der Jahre 2016-19 (Diff 2020-(16-19)) ist gemeinsam mit den publizierten Zahlen der an Corona Verstorbenen (COVID-19 death). Datenquellen s. Text.

Quelle: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>

Aktuelle Situation bei ARE/Influenza (48. KW 2020)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 48. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit relativ stabil geblieben und liegt weiterhin deutlich unter dem Niveau der Werte der Vorsaisons. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurde im Vergleich zur Vorwoche insgesamt wieder eine ähnliche Anzahl von Arztbesuchen wegen ARE registriert, die Werte befinden sich insgesamt ebenfalls leicht unter denen der Vorsaisons.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI) lagen validierte Daten bis

zur 47. KW 2020 vor. Die Zahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) ist insgesamt leicht gesunken. Die SARI-Fallzahlen in der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre waren weiterhin ungewöhnlich hoch und lagen etwa auf dem Niveau zum Höhepunkt der Grippewellen der Vorjahre. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist stabil geblieben und lag in der 47. KW 2020 bei 58 %.

Sentinel-Ergebnisse zu COVID-19 werden donnerstags auch im RKI-Situationsbericht zu COVID-19 aufgeführt. In den täglichen Situationsberichten des RKI zu COVID-19 erfolgt die ausführliche Berichterstattung zu laborbestätigten COVID-19 Meldungen gemäß IfSG (www.rki.de/covid-19).

Quelle:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/49_20.pdf?__blob=publicationFile

„INFEKTIONSUMFELD“ und „Lockdown“: Eigentlich sollten wir nicht nach Hause, in Wohn- und Pflegeheimen oder in ein Krankenhaus gehen. Geschlossen werden Speisestätten, Freizeitangebote, Hotels etc..

COVID-19-Lagebericht vom 24.11.2020

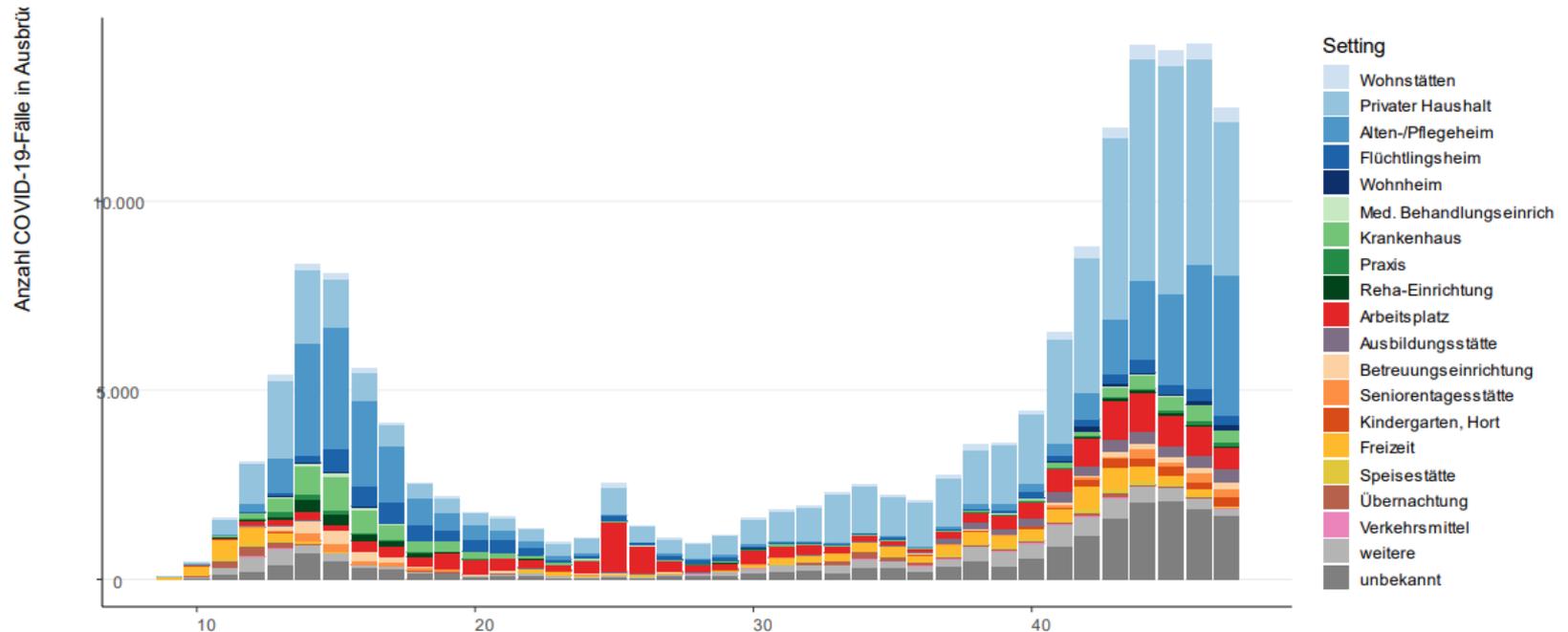


Abbildung 7: Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Setting) und Meldewoche, die vom jeweiligen Gesundheitsamt einem Ausbruch zugeordnet wurden. Abgebildet werden alle Fälle aus Ausbrüchen mit 2 oder mehr Fällen. Die möglichen Settings sind als Kategorien in der Abfrage vorgegeben. 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. (Datenstand 24.11.2020, 0:00 Uhr).

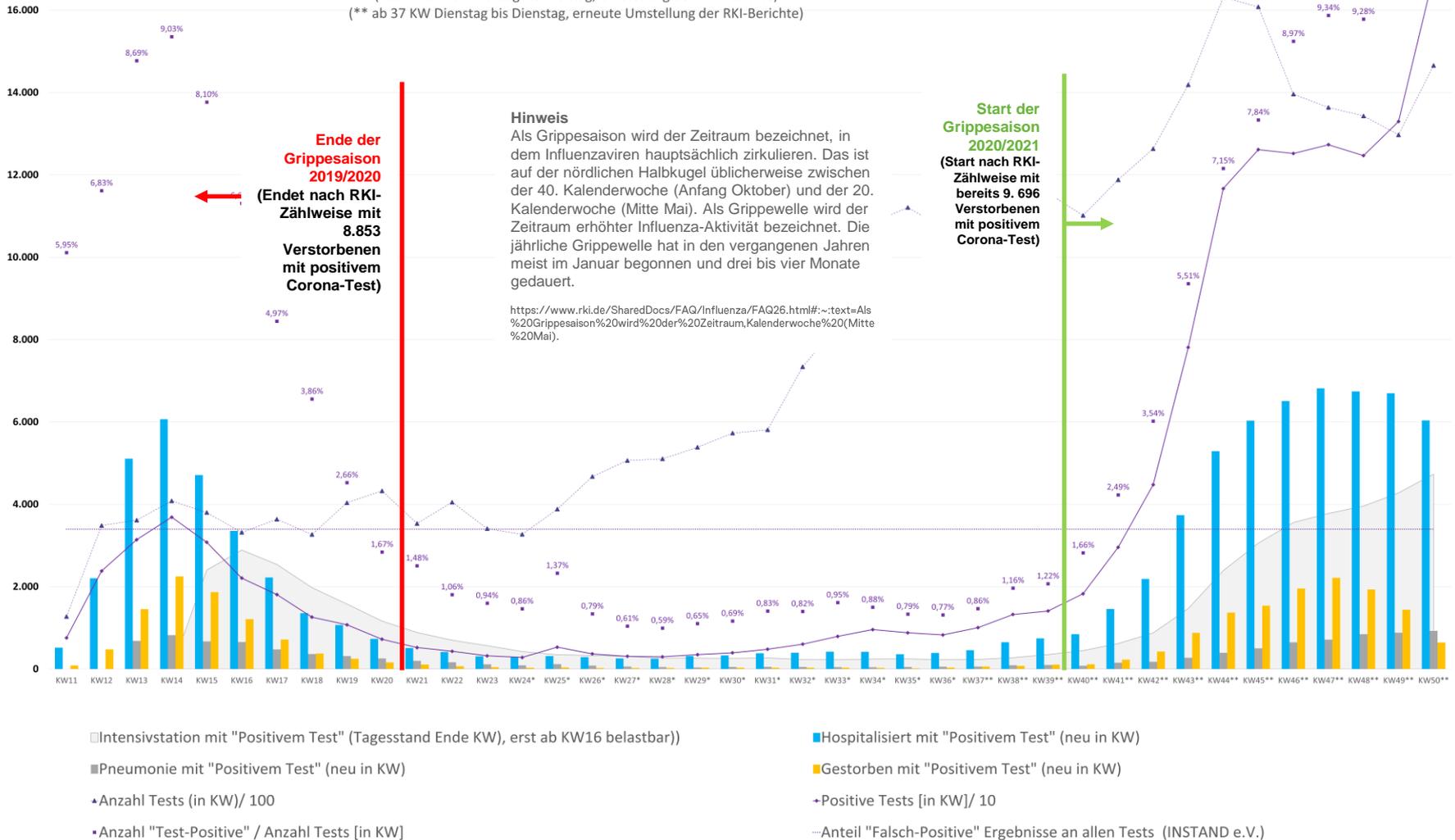
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-24-de.pdf?__blob=publicationFile

RKI- LAGEBERICHTE

Dortmund, 27.11.2020: Der Kölner Medizinprofessor Matthias Schrappe hält die Berichterstattung des Robert-Koch-Instituts zu Corona für unzureichend und irreführend. Dem können wir uns nach monatelanger Auswertung absolut anschließen (siehe auch: „PCR-Test“).

„Wir brauchen Zahlen ... Wir sind im Bereich der Mutmaßungen ... die täglich erhobenen Infektionszahlen sind vom Nebel nicht weit entfernt ... diese Zahlen sind das Papier nicht wert, auf dem es geschrieben ist" (ZDFheute vom 23.11.2020)

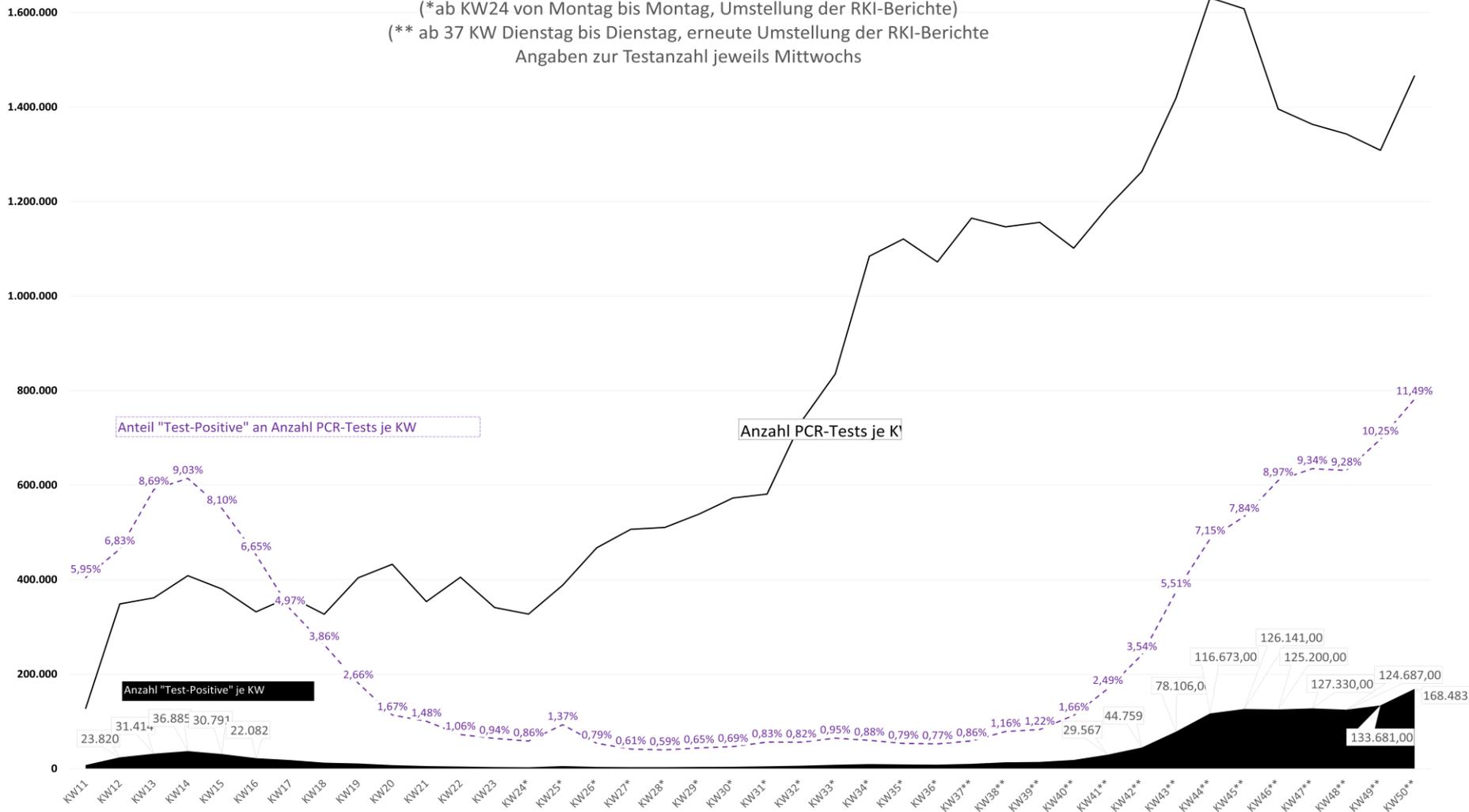
Auswertung der täglichen Lageberichte des RKI nach Kalenderwochen
(*ab KW24 von Montag bis Montag, Umstellung der RKI-Berichte)
(** ab 37 KW Dienstag bis Dienstag, erneute Umstellung der RKI-Berichte)



Das RKI spricht derzeit von einer hohen Anzahl nicht erfasster Infektionen (Untererfassung). Im Frühjahr nannte das RKI eine Untererfassung von mind. 11 - 20fach. Weder im Frühjahr noch jetzt bilden die Zahlen die tatsächlichen Infektionszahlen ab – dagegen steigt bei unsystematischer Massentestung der Einfluss systematischer Testfehler deutlich. Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=7FB1B0220A3C75AB9B9E5D88E1F6EF41.internet081#doc13776792bodyText6

Auswertung der täglichen Lageberichte des RKI nach Kalenderwochen
 (*ab KW24 von Montag bis Montag, Umstellung der RKI-Berichte)
 (** ab 37 KW Dienstag bis Dienstag, erneute Umstellung der RKI-Berichte)
 Angaben zur Testanzahl jeweils Mittwochs



Im Frühjahr wurden gezielt Personen mit Symptomen und/oder Kontakt zu Erkrankten und/oder Bezug zu Risikogebieten getestet. Die maximale Positivrate lag bei 9 %. Inzwischen werden rund 1,5 Millionen Tests pro Woche durchgeführt – überwiegend zufällig und vielfach ohne medizinische Indikation. Die Positiv-Rate ist inzwischen fast genauso hoch wie im Frühjahr? Ist das eine medizinisch-epidemiologisches oder ein technisch / statistisches Phänomen der Massentests?



Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.

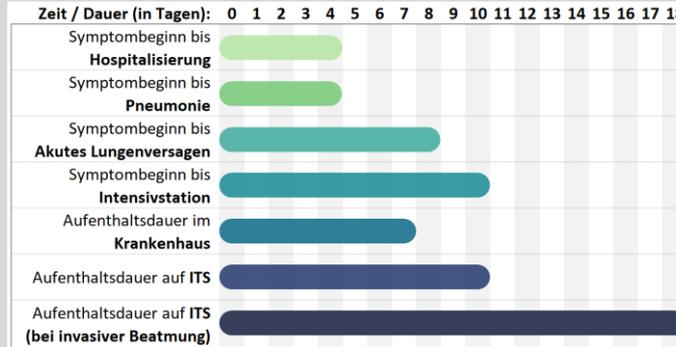
Auswertung der täglichen Lageberichte des RKI nach Kalenderwochen

(*ab KW24 von Montag bis Montag, Umstellung der RKI-Berichte)

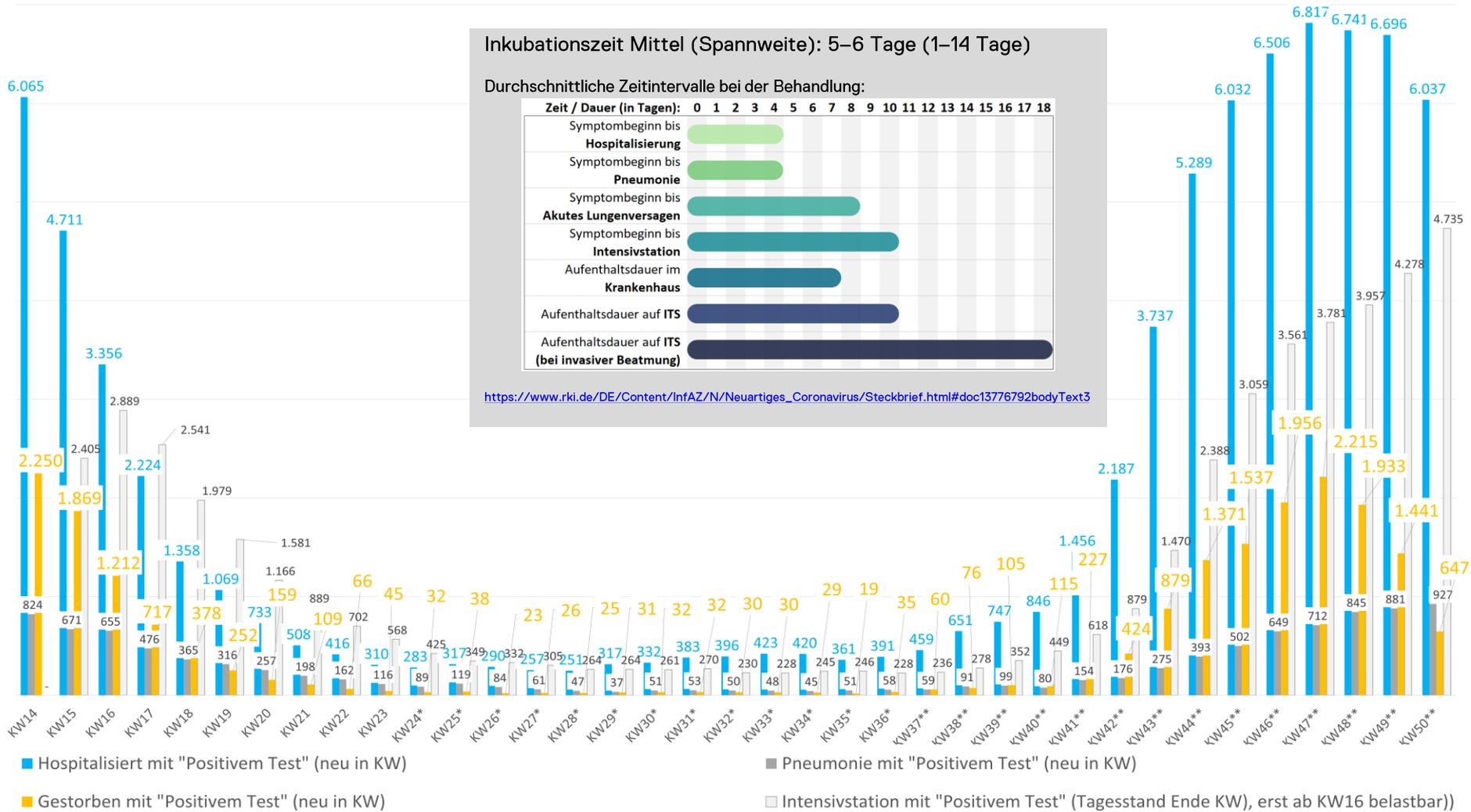
(** ab 37 KW Freitag bis Freitag, erneute Umstellung der RKI-Berichte)

Inkubationszeit Mittel (Spannweite): 5–6 Tage (1–14 Tage)

Durchschnittliche Zeitintervalle bei der Behandlung:



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText3



[Siehe auch: COVID-19: Detailanalyse aus 421 Kliniken im ersten Halbjahr 2020 \(IQM\)](#)

Auswertung der täglichen Lageberichte des RKI nach Kalenderwochen

(*ab KW24 von Montag bis Montag, Umstellung der RKI-Berichte)

(** ab 37 KW Freitag bis Freitag, erneute Umstellung der RKI-Berichte)

Im Jahr 2018 standen in 1925 Krankenhäusern insgesamt

498 352 Betten (600 je 100.000 EW) für insgesamt 19,4 Millionen Patienten zur Verfügung.*

Im Jahr 2017 standen rund **28.000 Intensivbetten** zur Verfügung (34 je 100.000 Einwohner).* Als sog. „Reserve“ stehen innerhalb weniger Tage nochmals rund 15 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung. In der Summe also knapp 50 Betten / 100.000 Einwohner.

Siehe auch: [COVID-19: Detailanalyse aus 421 Kliniken im ersten Halbjahr 2020 \(IQM\)](#)

Siehe auch: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/kartenansichten>

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis)



* Telepolis, 29.10.2020: "Eine offizielle Antwort auf eine Anfrage an das DIVI-Intensivregister zur Diagnostik von "COVID-19-Intensivpatienten" offenbart aber ein fundamentales diagnostisches Problem. Dort wird bestätigt, dass (1) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem SARS-CoV-2-PCR-Test getestet wird und (2) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis als "COVID-19-Intensivpatient" geführt wird. Letzteres wird auch in einer offiziellen Antwort des RKI auf eine entsprechende Anfrage bestätigt.

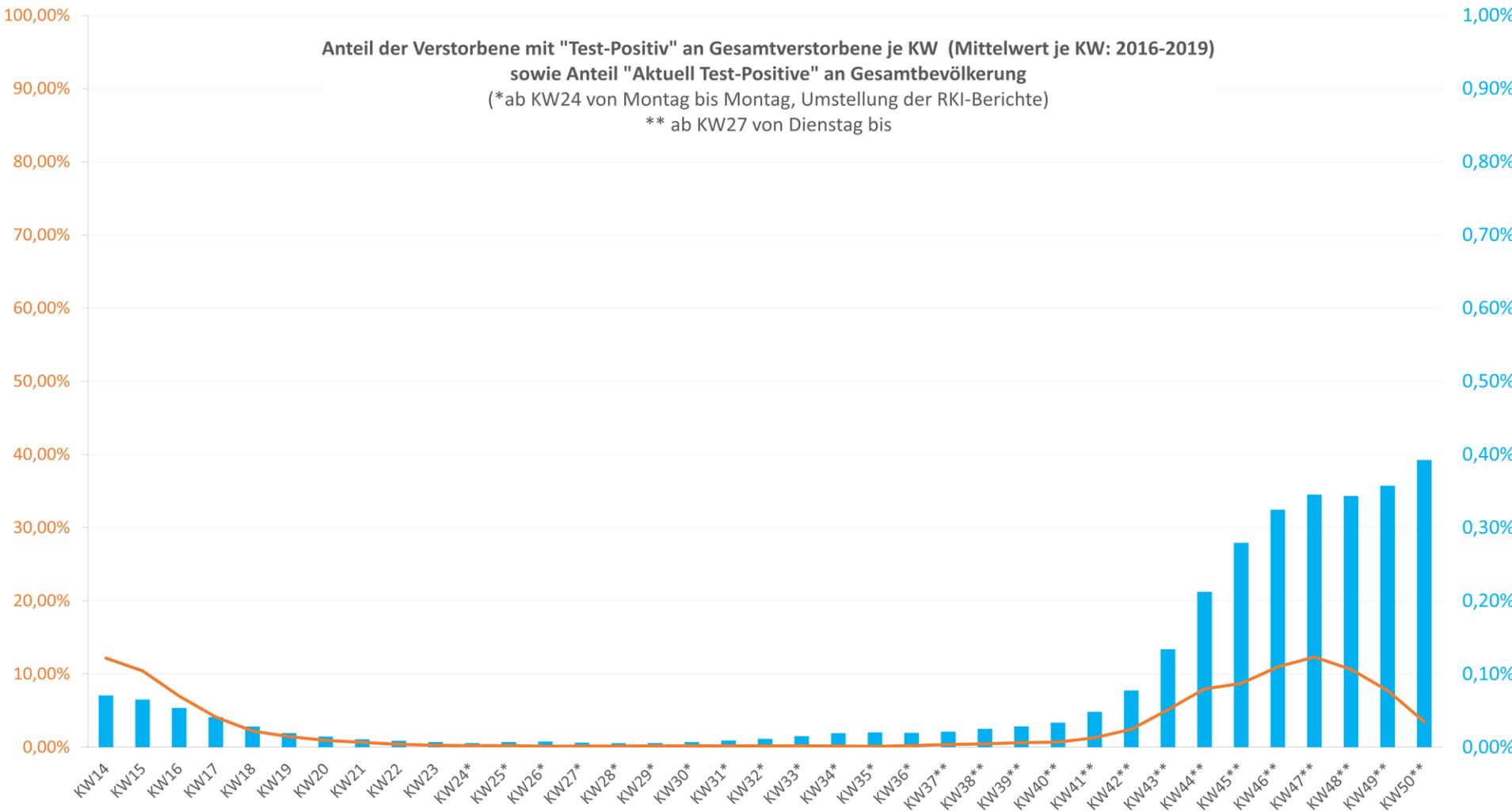
**Anteil Patienten auf Intensivstationen mit positivem Corona-Test
an der bekannten Bettenkapazität 2019 in % in deutschen Krankenhäusern ca. 28.000 Betten
(ohne 7-Tage-Reserve von zusätzlich ca. 12500 Betten)**



[Siehe auch: COVID-19. Detailanalyse aus 421 Kliniken im ersten Halbjahr 2020 \(IQM\)](#)

* Telepolis, 29.10.2020: "Eine offizielle Antwort auf eine Anfrage an das DIVI-Intensivregister zur Diagnostik von "COVID-19-Intensivpatienten" offenbart aber ein fundamentales diagnostisches Problem. Dort wird bestätigt, dass (1) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem SARS-CoV-2-PCR-Test getestet wird und (2) jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis als "COVID-19-Intensivpatient" geführt wird. Letzteres wird auch in einer offiziellen Antwort des RKI auf eine entsprechende Anfrage bestätigt.

Anteil der Verstorbene mit "Test-Positiv" an Gesamtverstorbene je KW (Mittelwert je KW: 2016-2019)
 sowie Anteil "Aktuell Test-Positive" an Gesamtbevölkerung
 (*ab KW24 von Montag bis Montag, Umstellung der RKI-Berichte)
 ** ab KW27 von Dienstag bis

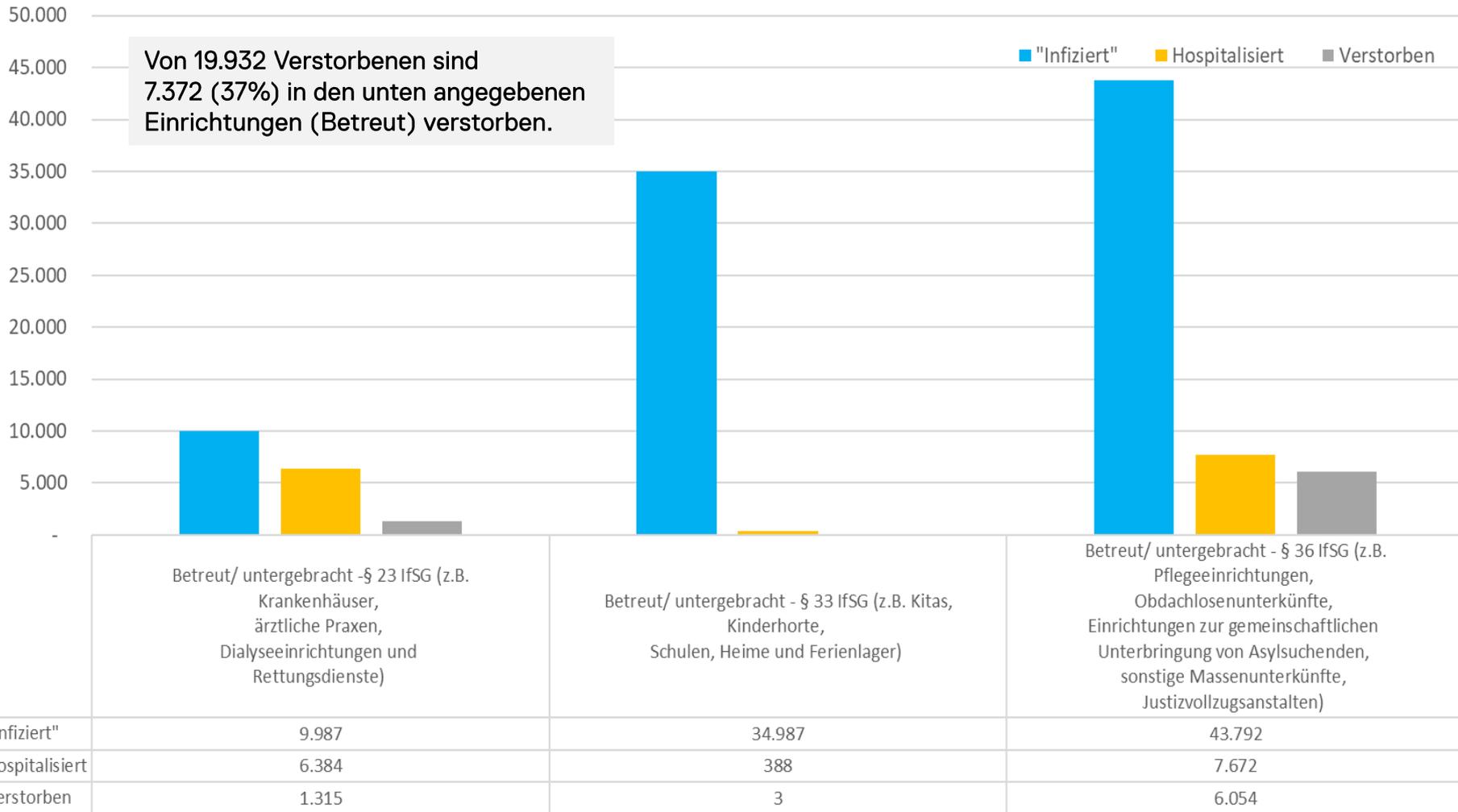


■ Anteil "Aktuell Test-Positive" an Gesamtbevölkerung

- Anteil Verstorbene mit positivem Test je KW (Bezug: Mittelwert je KW (2016 - 2019))

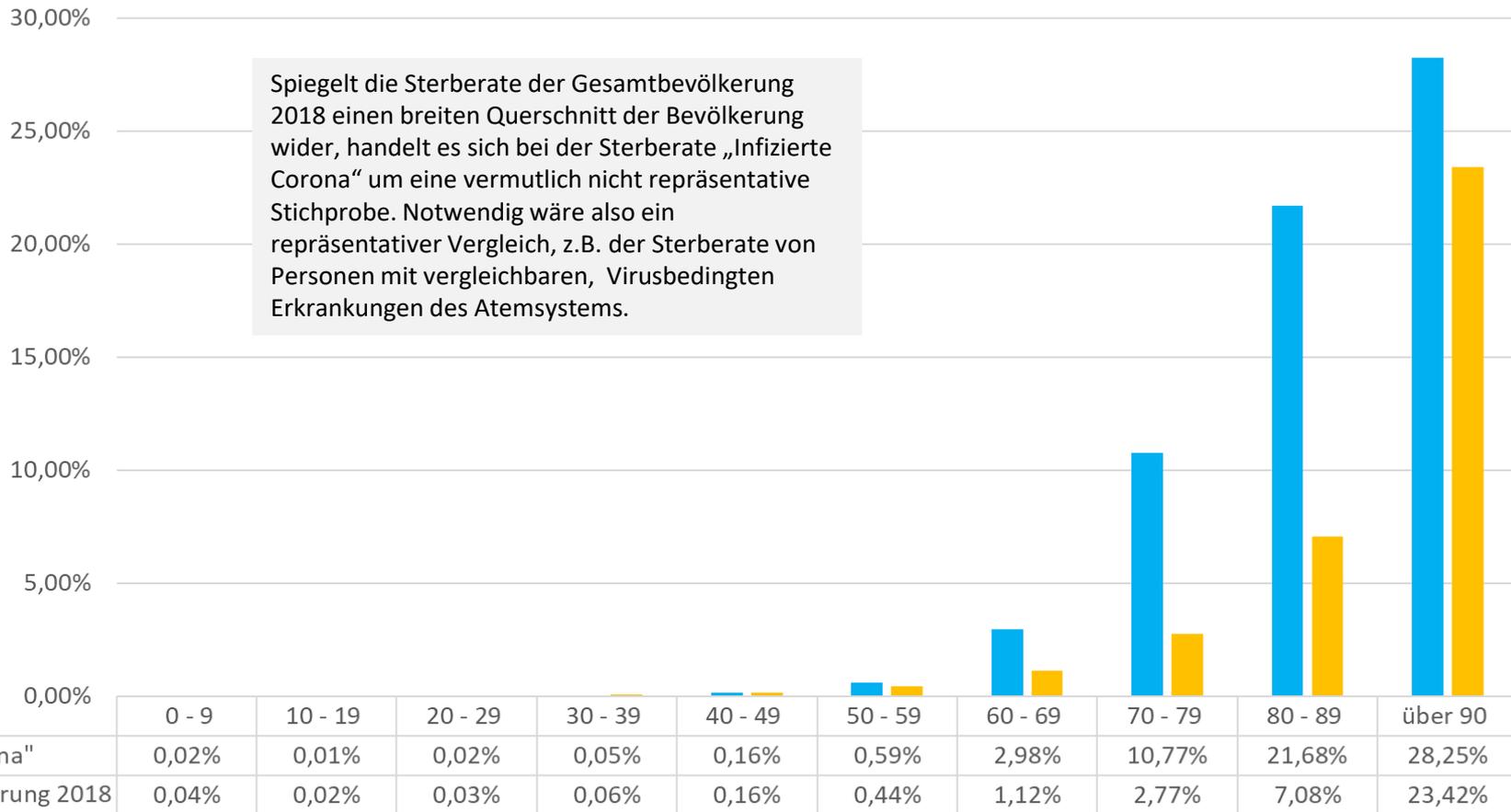
COVID-19-Fälle nach Tätigkeit bzw. Betreuung in Einrichtungen

Quelle: RKI, Stand 09.12.2020



Vergleich Sterberate "Infizierte Corona" (Stand 20.10.2020) und Gesamtbevölkerung 2018 nach Altersgruppen

(Quellen: RKI, destatis, statista)



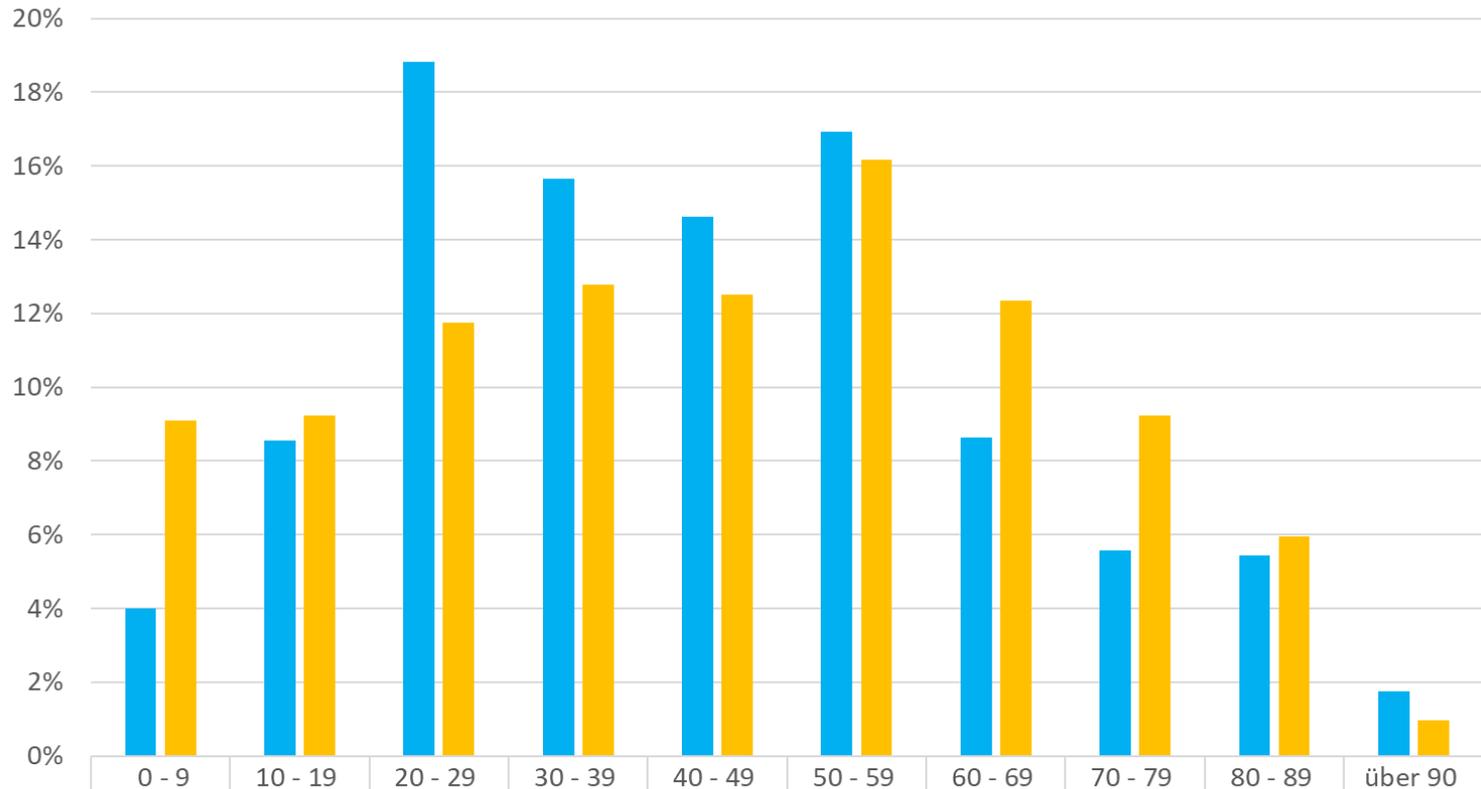
Spiegelt die Sterberate der Gesamtbevölkerung 2018 einen breiten Querschnitt der Bevölkerung wider, handelt es sich bei der Sterberate „Infizierte Corona“ um eine vermutlich nicht repräsentative Stichprobe. Notwendig wäre also ein repräsentativer Vergleich, z.B. der Sterberate von Personen mit vergleichbaren, Virusbedingten Erkrankungen des Atemsystems.

Die Abweichung bei den Sterberaten in den Altersgruppen ab 60 ist ohne weitere Daten nicht bewertbar. Ggfs. schlägt hier der hohe Anteil bereits vorerkrankter Personen durch. (siehe hierzu auch: John Ioannidis <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v3>)

(gilt, wenn ein positiver PCR-Test auch eine tatsächliche Infektion bedeutet)

Vergleich des Anteils der Altersgruppen an den "positiv Getesteten" sowie an der Gesamtbevölkerung 2018 (Stand 20.10.2020) und

(Quellen: RKI, destatis, statista)



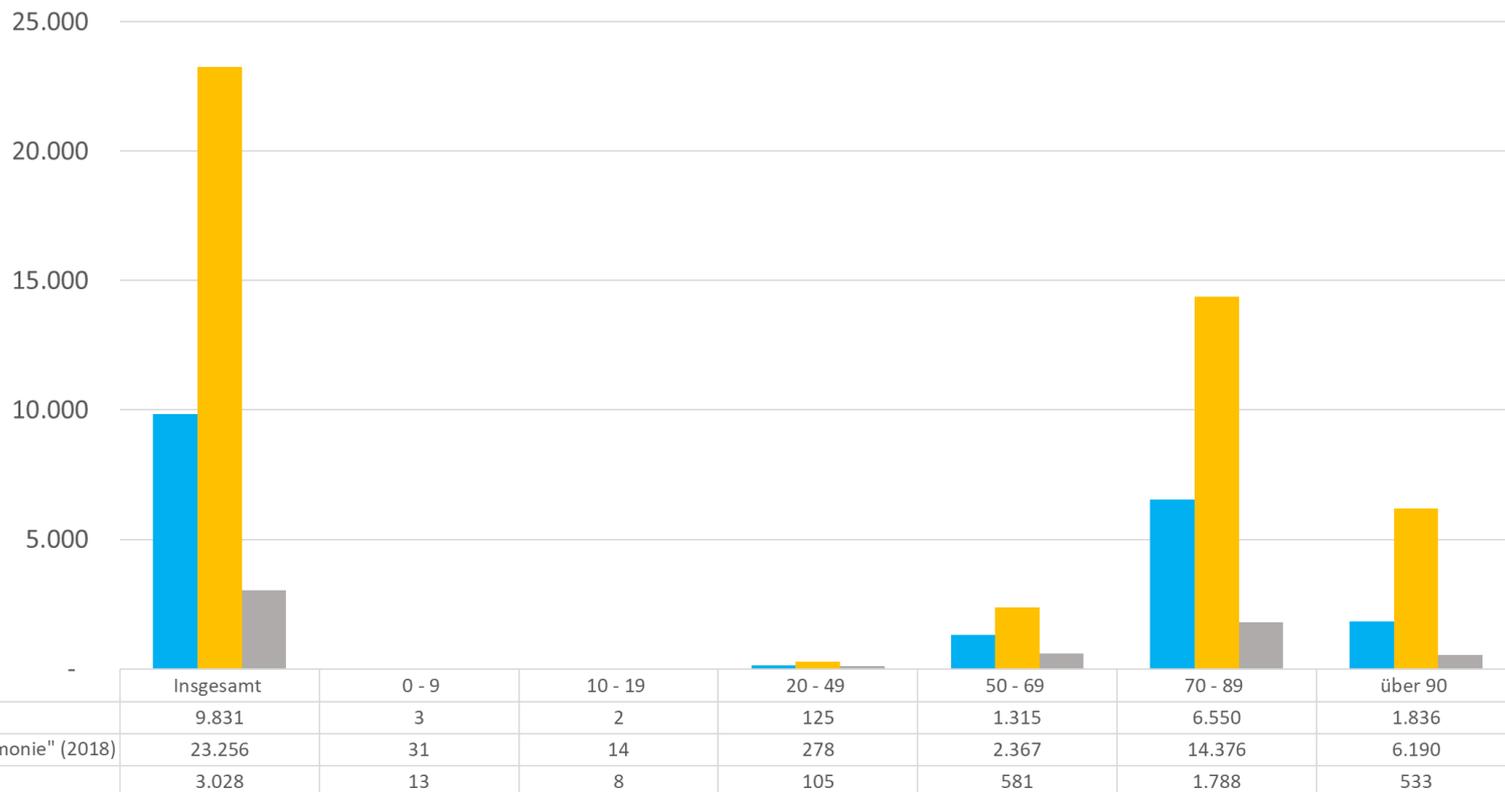
■ Anteil an "positiv Getesteten"	4%	9%	19%	16%	15%	17%	9%	6%	5%	2%
■ Anteil an Gesamtbevölkerung (2018)	9%	9%	12%	13%	13%	16%	12%	9%	6%	1%

Hinweis

Als Grippesaison wird der Zeitraum bezeichnet, in dem Influenzaviren hauptsächlich zirkulieren. Das ist auf der nördlichen Halbkugel üblicherweise zwischen der 40. Kalenderwoche (Anfang Oktober) und der 20. Kalenderwoche (Mitte Mai). Als Grippewelle wird der Zeitraum erhöhter Influenza-Aktivität bezeichnet. Die jährliche Grippewelle hat in den vergangenen Jahren meist im Januar begonnen und drei bis vier Monate gedauert.

Quelle:
[https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ26.html#:~:text=Als%20Grippesaison%20wird%20der%20Zeitraum,Kalenderwoche%20\(Mitte%20Mai\).](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ26.html#:~:text=Als%20Grippesaison%20wird%20der%20Zeitraum,Kalenderwoche%20(Mitte%20Mai).)

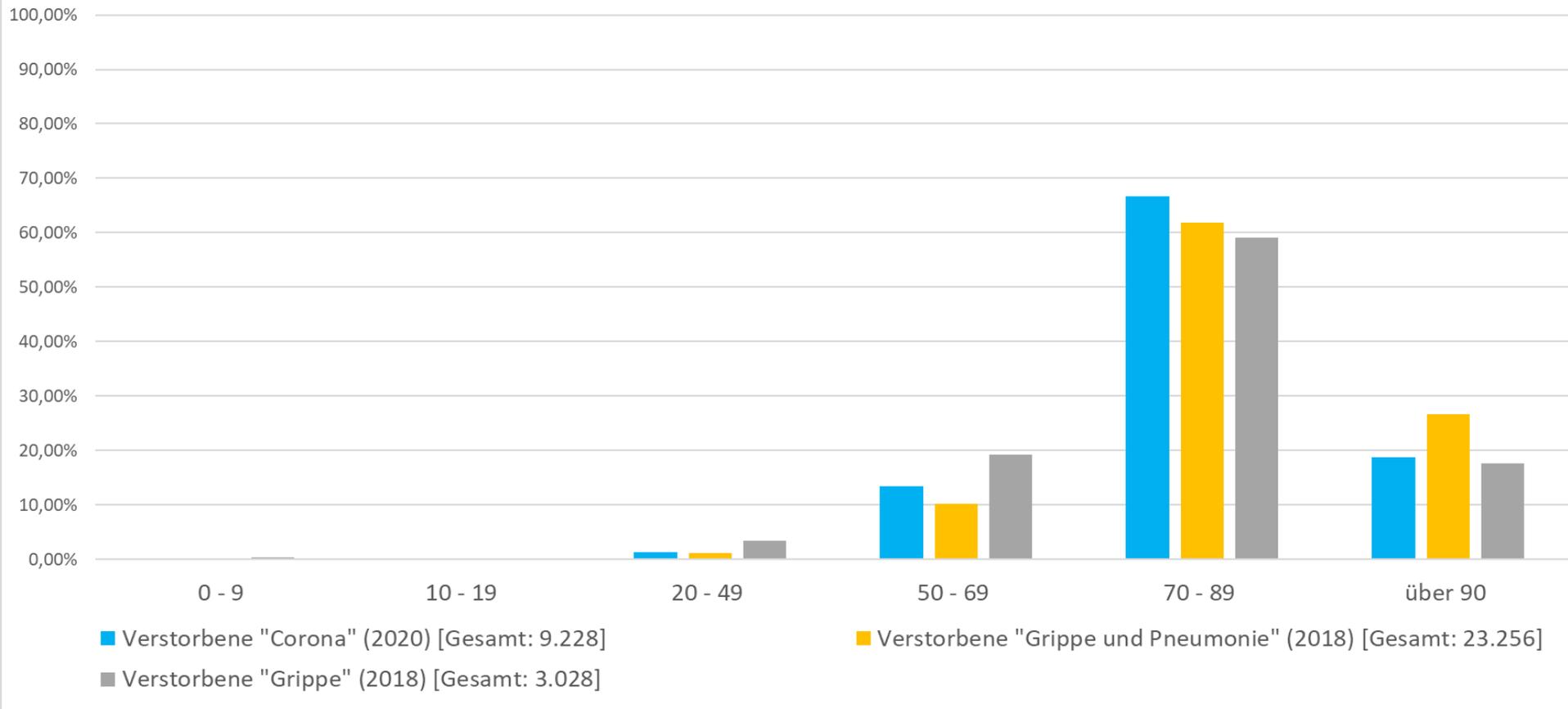
Verstorbene "Corona" 2020 (Stand: 20.10.2020) und Verstorbene "Grippe" 2018 jeweils nach Altersgruppen (Quelle: RKI, Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de)



http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_30&D.000=PAGE&D.001=PAGE&D.002=ACROSS&D.003=PAGE&D.004=PAGE&D.946=DOWN&D.011=PAGE&D.100=PAGE

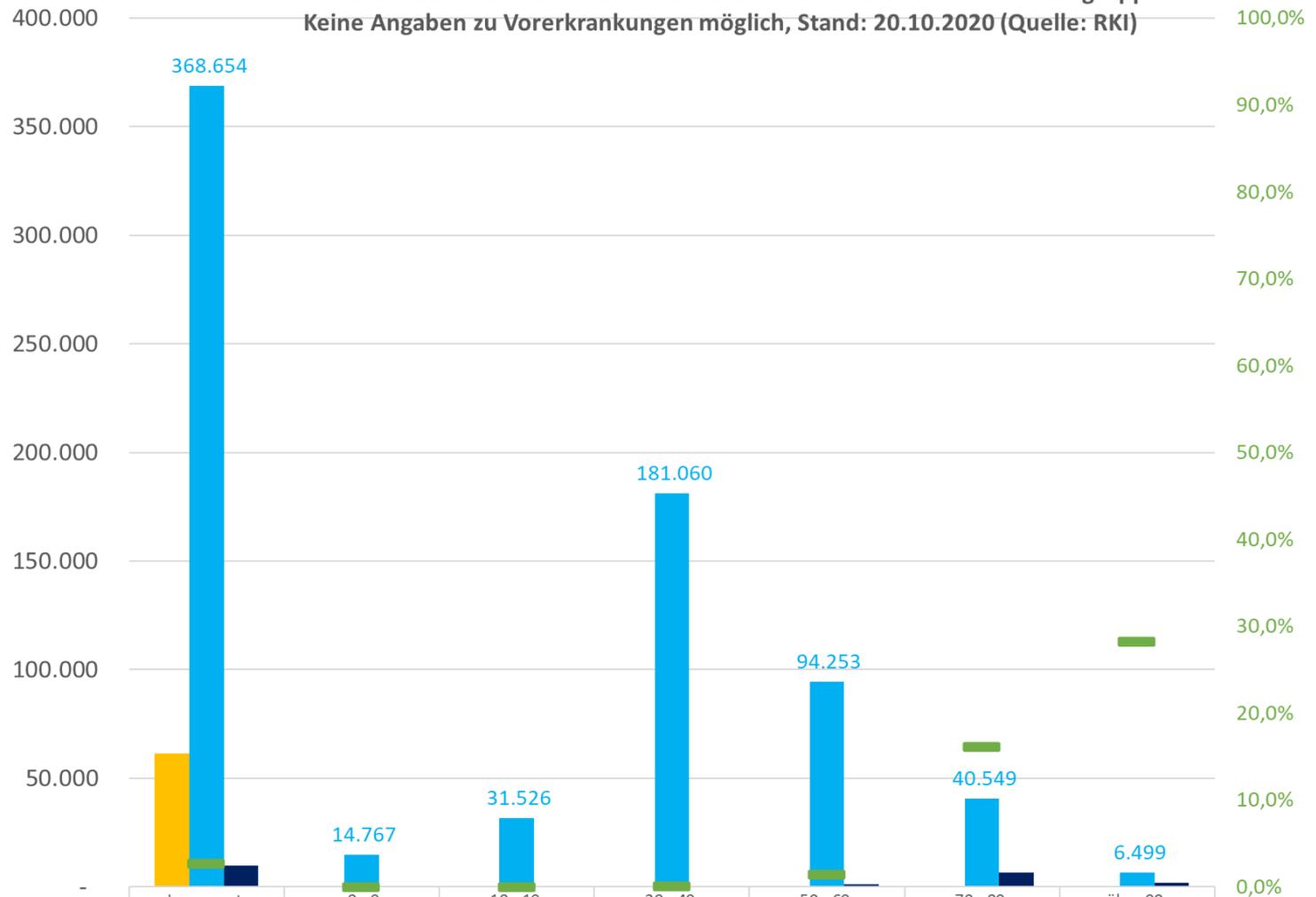
Prozentuale Verteilung der Verstorbenen auf Altersgruppen: Verstorbene "Corona" (Stand: 20.10.2020) und Verstorbene "Grippe" 2018 (mit / ohne Pneumonie)

(Quelle: RKI; Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes)



http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_30&D.000=PAGE&D.001=PAGE&D.002=ACROSS&D.003=PAGE&D.004=PAGE&D.946=DOWN&D.011=PAGE&D.100=PAGE

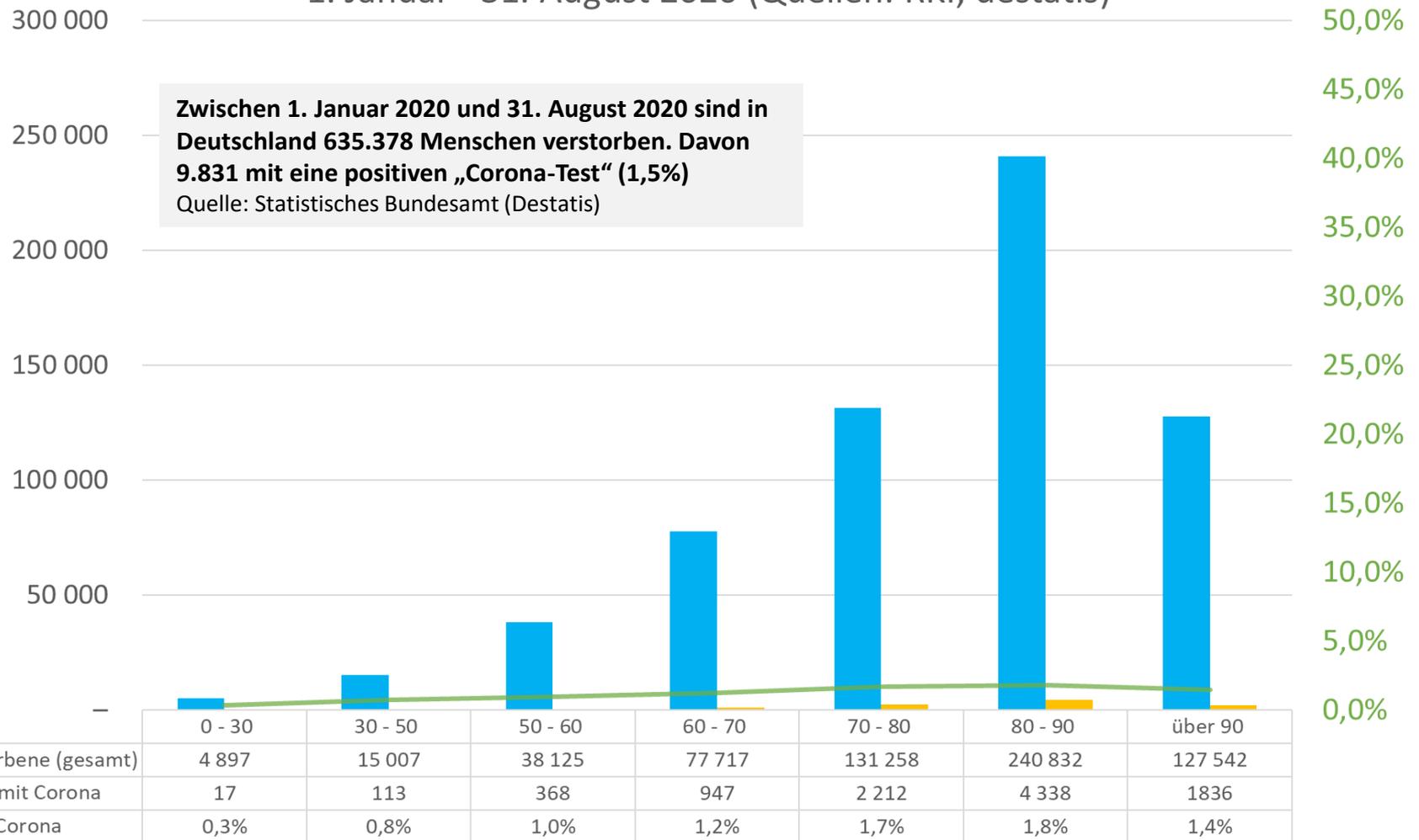
Anteil Verstorbener an Gesamtsumme der Corona-"Infizierten" nach Altersgruppen Keine Angaben zu Vorerkrankungen möglich, Stand: 20.10.2020 (Quelle: RKI)



(gilt, wenn ein positiver PCR-Test auch eine tatsächliche Infektion bedeutet)

Sterbestatistik Deutschland nach Altersgruppen

1. Januar - 31. August 2020 (Quellen: RKI, destatis)

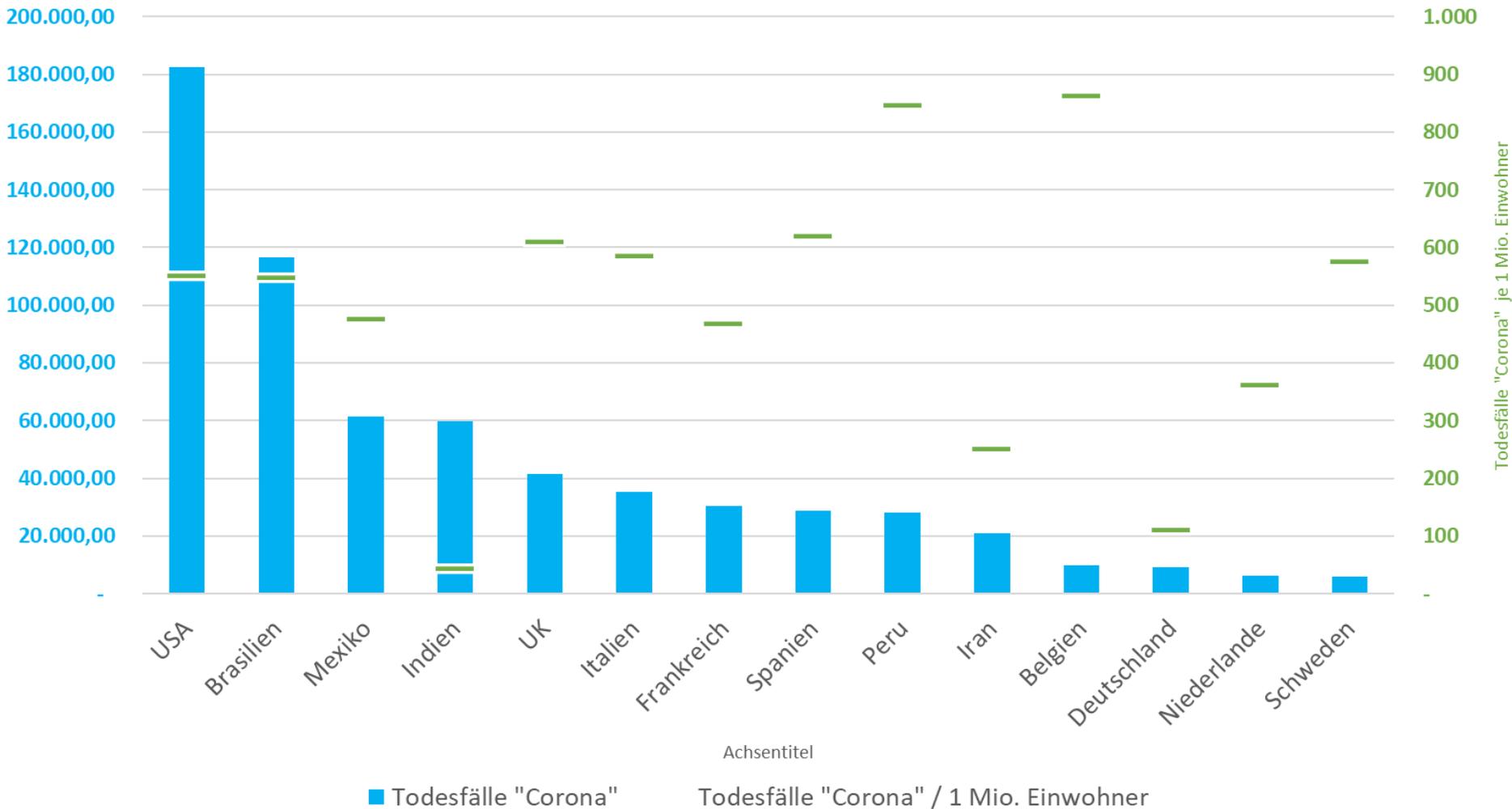


(gilt, wenn ein positiver PCR-Test auch eine tatsächliche Infektion bedeutet)

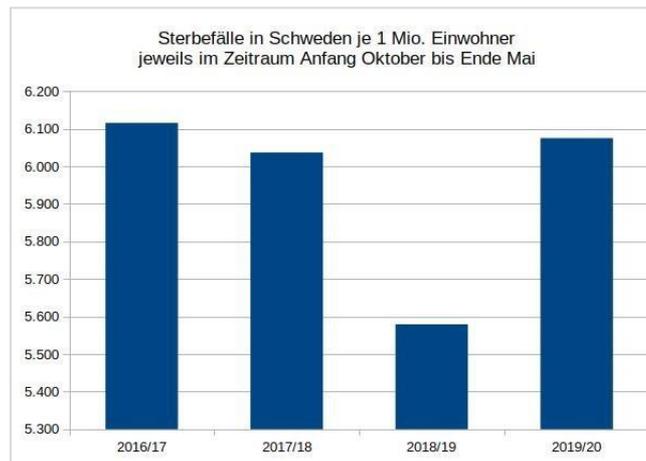
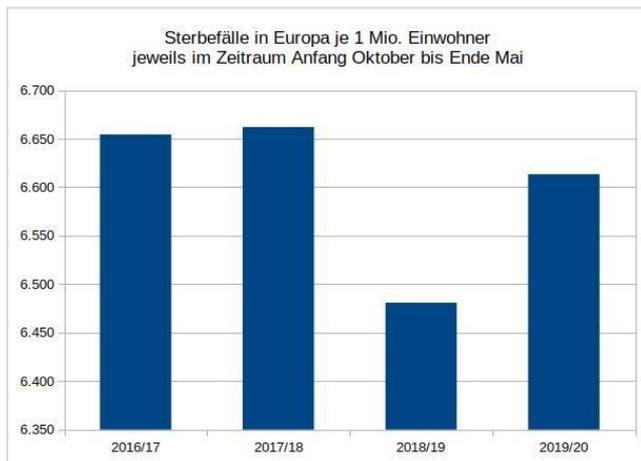
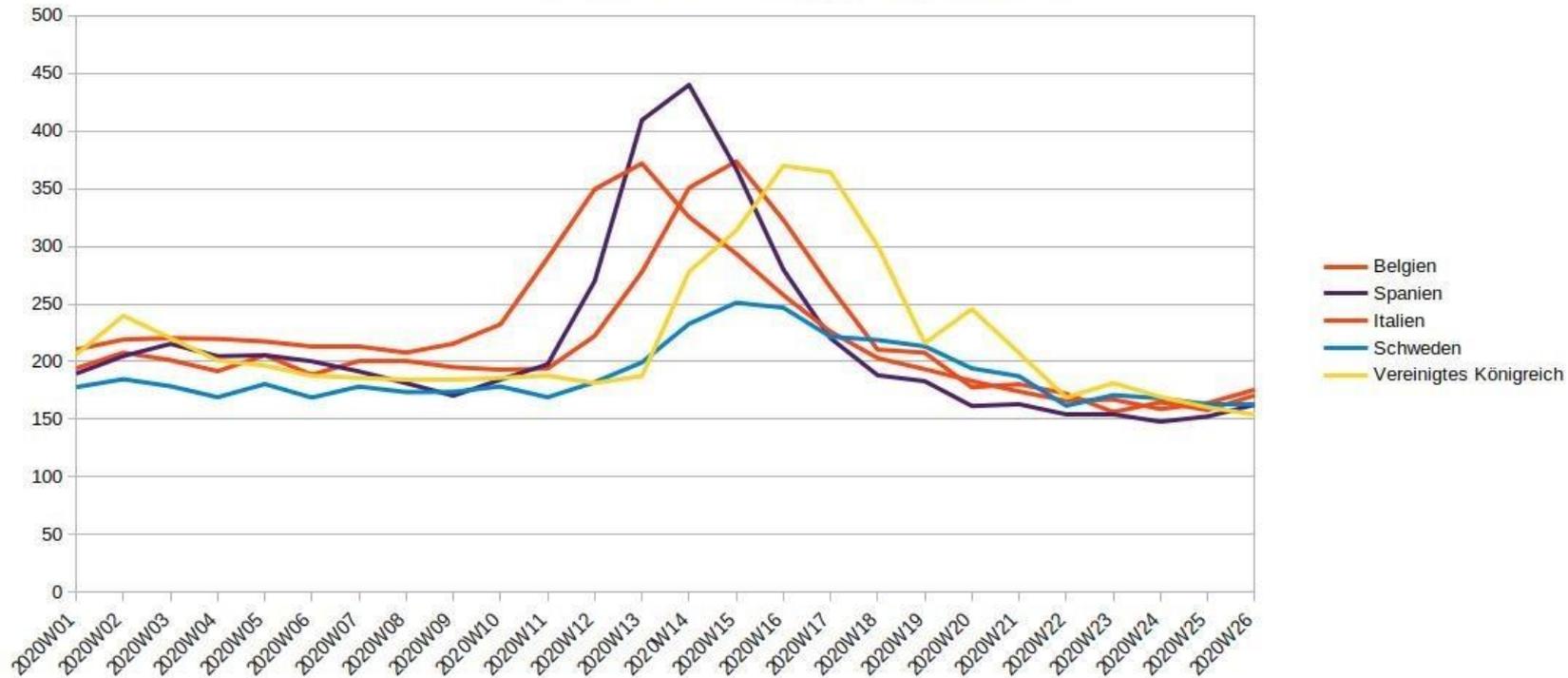
**CORONA-
SAISON
2019/2020 IM
INT.
VERGLEICH**

Ländervergleich der Todesfälle nach Anzahl und Todesfälle je 1 Mio. Eiwohner

Quelle: Worldometer, Stand 26.08.2020



Sterbefälle je 1 Mio. Einwohner 1. Halbjahr 2020



Quelle: Eurostat, Darstellung <https://www.rubikon.news/artikel/vernichtende-bilanz>

**RKI
INFLUENZA-
MONATS-
BERICHT
KW 48/2020**



Influenza-Wochenbericht

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe*

Kalenderwoche 48 (21.11. bis 27.11.2020)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Sentinel-Ergebnisse zu COVID-19 werden donnerstags auch im RKI-Situationsbericht zu COVID-19 aufgeführt. In den täglichen Situationsberichten des RKI zu COVID-19 erfolgt die ausführliche Berichterstattung zu laborbestätigten COVID-19 Meldungen gemäß IfSG (www.rki.de/covid19).

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 48. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit relativ stabil geblieben und liegt weiterhin deutlich unter dem Niveau der Werte der Vorsaisons. Im ambulanten Bereich (Arbeitsgemeinschaft Influenza) wurde im Vergleich zur Vorwoche insgesamt wieder eine ähnliche Anzahl von Arztbesuchen wegen ARE registriert, die Werte befinden sich insgesamt ebenfalls leicht unter denen der Vorsaisons.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 48. KW 2020 in insgesamt 18 (22 %) der 83 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter 13 (16 %) Proben mit Rhinoviren und fünf (6 %) Proben mit SARS-CoV-2. Influenzaviren wurden nicht nachgewiesen. Aufgrund der geringen Zahl eingesandter Proben ist keine robuste Einschätzung zu derzeit eventuell noch zirkulierenden Viren möglich.

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhausurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI) lagen validierte Daten bis zur 47. KW 2020 vor. Die Zahl stationär behandelte Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) ist insgesamt leicht gesunken. Die SARI-Fallzahlen in der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre waren weiterhin ungewöhnlich hoch und lagen etwa auf dem Niveau zum Höhepunkt der Grippewellen der Vorjahre. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist stabil geblieben und lag in der 47. KW 2020 bei 58 %.

Für die 48. Meldewoche (MW) 2020 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 24 laboridiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (Datenstand: 1.12.2020).

Weitere Informationen zur Influenzasaison 2020/21

Im europäischen Influenzanezwerk berichteten 31 Länder (darunter Deutschland) für die 47. KW 2020 eine Influenza-Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes und fünf Länder berichteten über eine niedrige klinische Influenza-Aktivität. Für die 47. KW 2020 wurden in keiner von 665 Sentinelproben Influenzaviren detektiert. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.flunews-europe.org/>.

Die Diagramme zu den Nachweisen respiratorischer Viren aus dem Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren (NRZ) sind mit dem Beginn der Saison 2020/21 um SARS-CoV-2 und hCoV ergänzt worden. Diese Diagramme werden täglich aktualisiert. Abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Weitere Informationen zu Influenza sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Influenza.html>.

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 48. KW 2020 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit relativ stabil geblieben und liegt weiterhin deutlich unter dem Niveau der Werte der Vorsaisons.

Die Zahl stationär behandelte Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) ist insgesamt leicht gesunken. Die SARI-Fallzahlen in der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre waren weiterhin ungewöhnlich hoch und lagen etwa auf dem Niveau zum Höhepunkt der Grippewellen der Vorjahre. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen ist stabil geblieben und lag in der 47. KW 2020 bei 58 %.

Quelle:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7525/Influenza_Wochenbericht_KW48_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI)

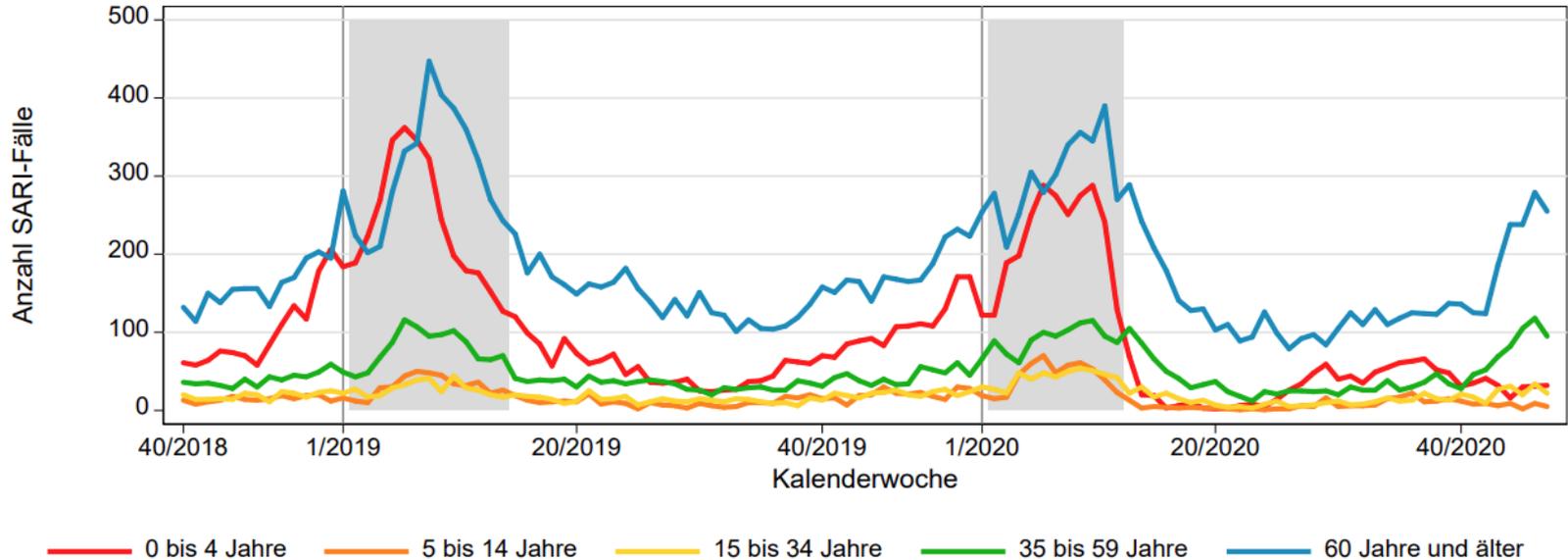


Abb. 4: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2018 bis zur 47. KW 2020, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Quelle:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7525/Influenza_Wochenbericht_KW48_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

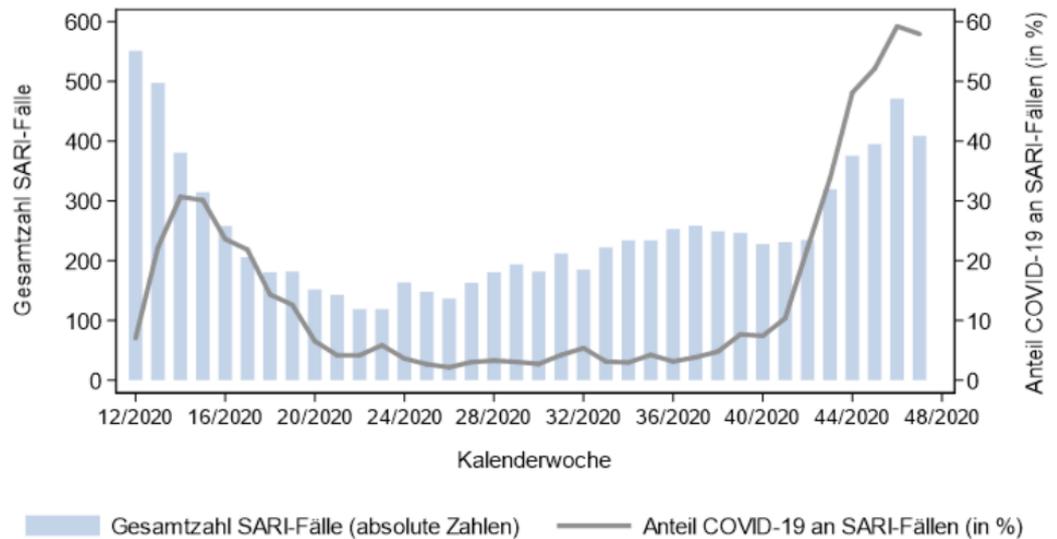


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 12. KW 2020 bis zur 47. KW 2020, Daten aus 72 Sentinelkliniken.

Tab. 4: Anzahl SARI Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil COVID-19-Erkrankungen (ICD-10-Code U07.1!) bei SARI-Fällen (in %) nach Altersgruppen für verschiedene Zeiträume seit der 12. KW 2020, Daten aus 72 Sentinelkliniken, nur Patienten mit der Hospitalisierungsdauer bis zu einer Woche.

		12. – 20. KW 2020	21. – 39. KW 2020	40. – 46. KW 2020	47. KW 2020
0 bis 14 Jahre	SARI-Fälle (Anzahl)	322	869	271	37
	Anteil COVID-19 (%)	0,3 %	0,2 %	4 %	3 %
15 bis 34 Jahre	SARI-Fälle (Anzahl)	178	189	159	22
	Anteil COVID-19 (%)	19 %	13 %	45 %	68 %
35 bis 59 Jahre	SARI-Fälle (Anzahl)	534	511	500	95
	Anteil COVID-19 (%)	31 %	13 %	58 %	69 %
60 Jahre und älter	SARI-Fälle (Anzahl)	1.690	2.076	1.326	255
	Anteil COVID-19 (%)	19 %	3 %	37 %	61 %
Gesamt	SARI-Fälle (Anzahl)	2.724	3.645	2.256	409
	Anteil COVID-19 (%)	19 %	4 %	38 %	58 %

Quelle:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7525/Influenza_Wochenbericht_KW48_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tab. 2: Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegs-viren in der Saison 2020/21 (ab 40. KW 2020). Die Ergebnisse zu SARS-CoV-2 und hCoV werden getrennt aufgeführt, da nicht alle Sentinelproben auf diese Erreger untersucht werden konnten.

	44. KW	45. KW	46. KW	47. KW	48. KW	Gesamt ab 40. KW 2020
Anzahl eingesandter Proben*	53	88	86	90	83	581
Probenanzahl mit Virusnachweis	27	37	21	27	18	238
Anteil Positive (%)	51	42	26	30	22	41
Influenza						
A(H3N2)	0	0	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0
B(Yamagata)	0	0	0	0	0	0
B(Victoria)	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	0
RSV	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	0
hMPV	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	0	1	0	0	0	1
Anteil Positive (%)	0	1	0	0	0	0
Rhinoviren	24	34	18	25	13	217
Anteil Positive (%)	45	39	21	28	16	37
hCoV**	0	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2**	3	2	5	2	5	21
Anteil Positive (%)	6	2	6	2	6	4

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Positivenrate = Anzahl positiver SARS-CoV-2 Proben bzw. hCoV / Anzahl der untersuchten Proben auf SARS-CoV-2 bzw. hCoV

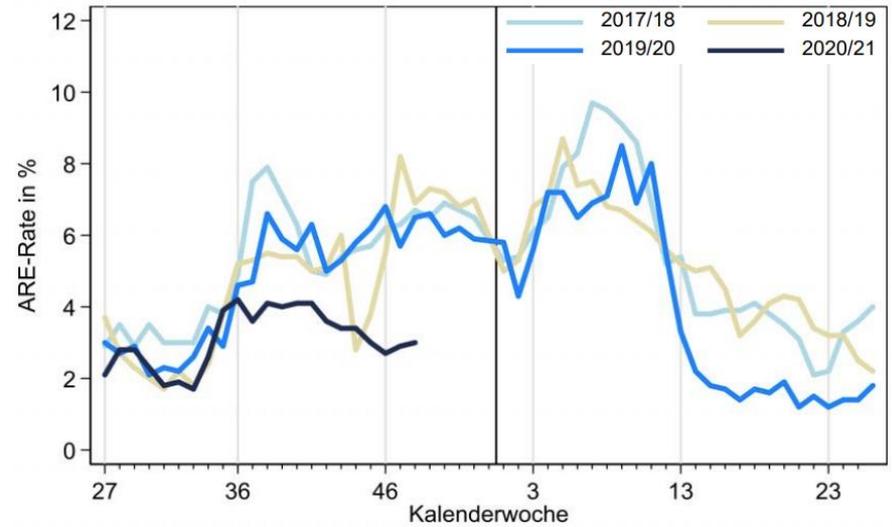


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2020/21, 48. KW 2020. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Quelle:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7525/Influenza_Wochenbericht_KW48_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Abb. 3: Anzahl der eingesandten Sentinelproben und Positivitäten der fünf untersuchten viralen Atemwegserreger in der Saison 2016/17.

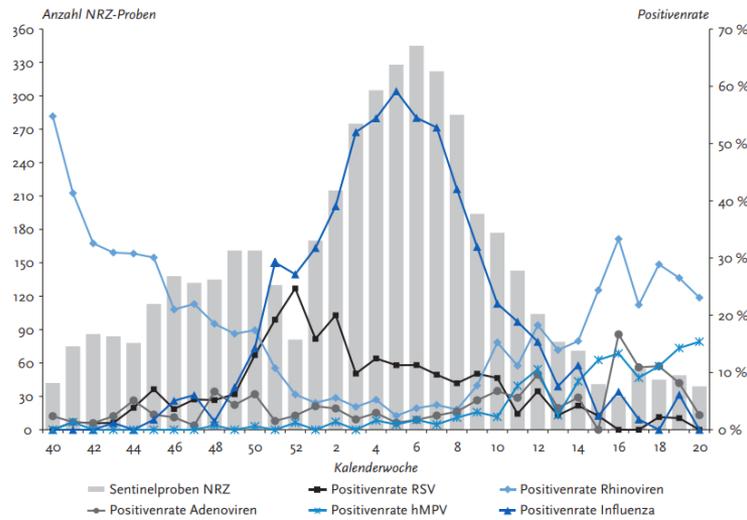


Abb. 3: Anzahl der eingesandten Sentinelproben und Positivitäten der fünf untersuchten viralen Atemwegserreger in der Saison 2018/19.

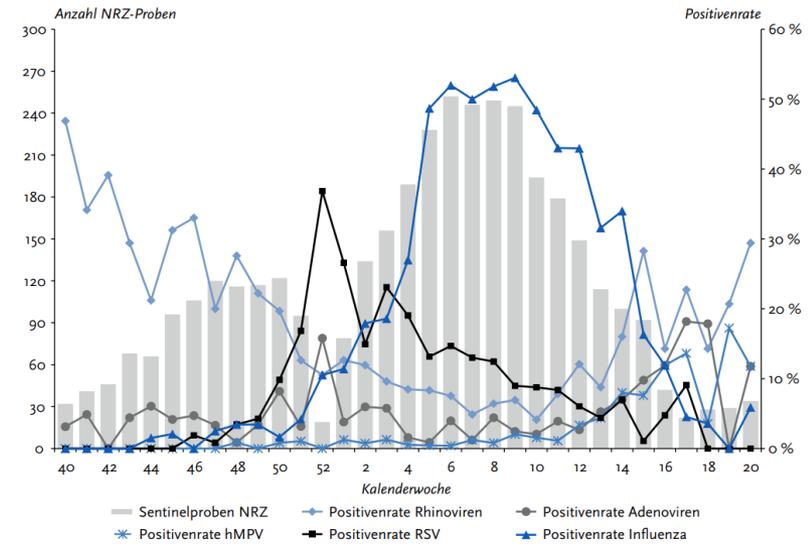


Abb. 3: Anzahl der eingesandten Sentinelproben und Positivitäten der fünf untersuchten viralen Atemwegserreger in der Saison 2017/18.

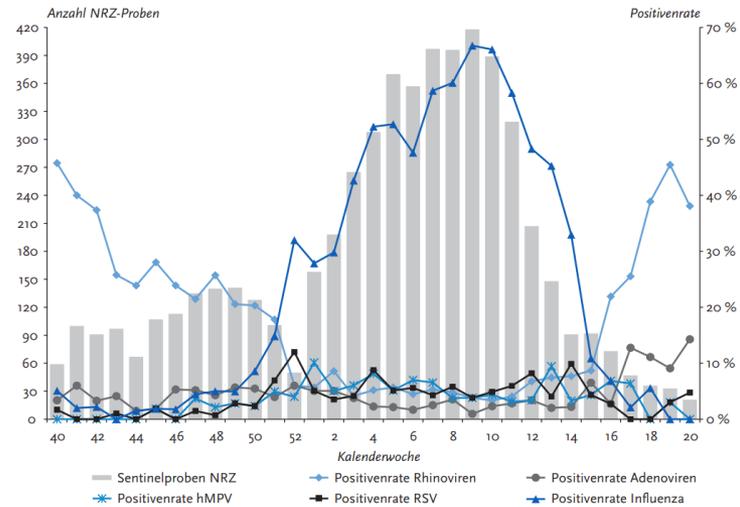
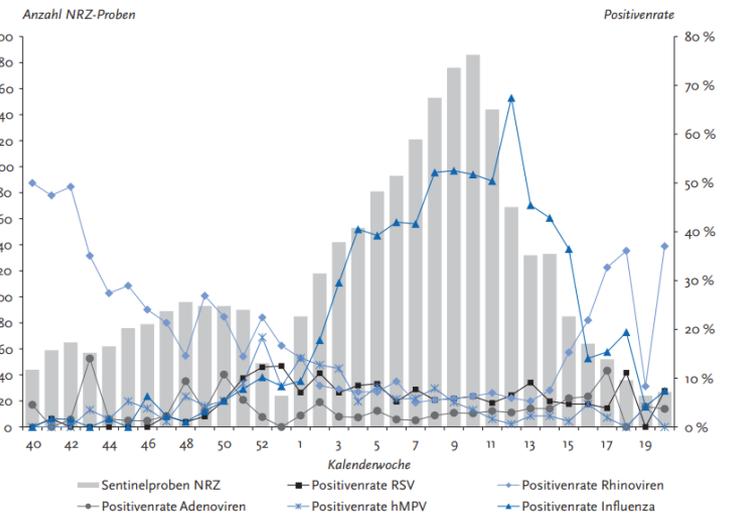


Abb. 3: Anzahl der eingesandten Sentinelproben und Positivitäten der fünf untersuchten viralen Atemwegserreger in der Saison 2015/16 pro Kalenderwoche.



<https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>

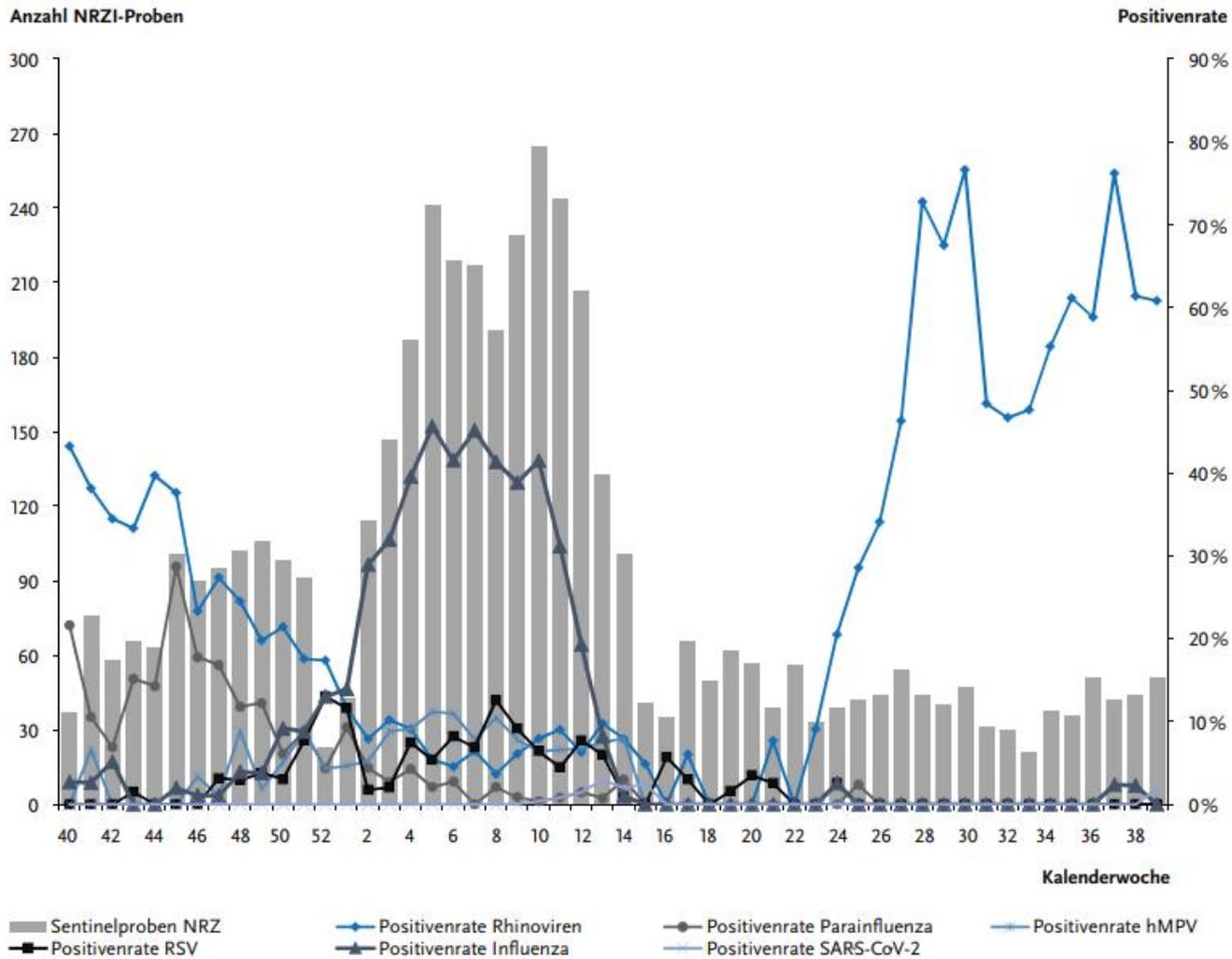
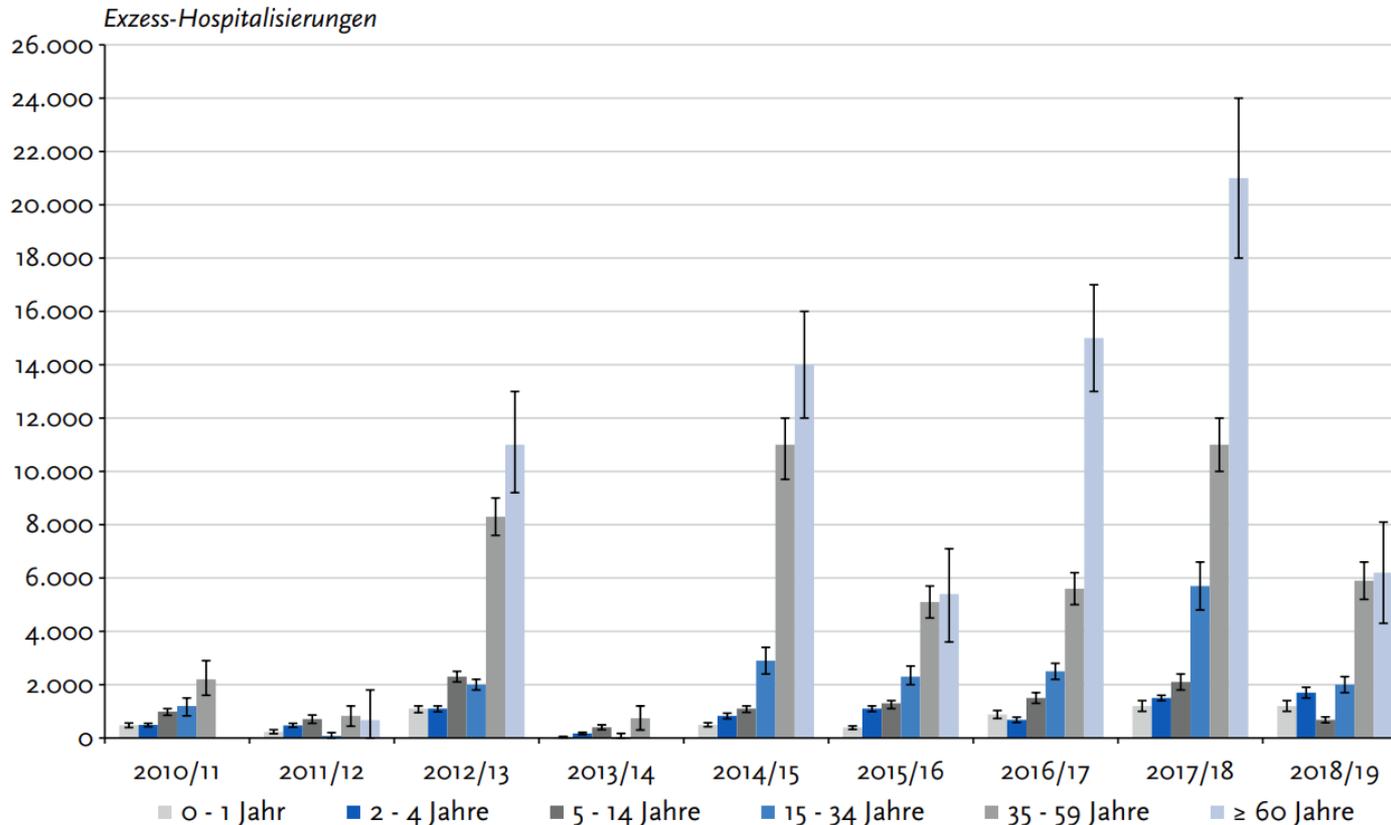


Abb. 1 | Anzahl untersuchter Proben und Nachweisraten respiratorischer Viren in Proben des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza in der Saison 2019/20.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/45_20.pdf?__blob=publicationFile

Die starke Bettenauslastung in einer Grippesaison ist typisch und betrifft vor allem die Altersgruppe der >60 Jährigen.

Abb. 15: Influenza-assoziierte Hospitalisierungen in sechs Altersgruppen in den Saisons 2010/11 bis 2018/19. Angegeben ist der Schätzwert mit dem berechneten 95 %-Konfidenzintervall.



Quelle. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Im Mittel 2010 – 2019 sind vom RKI geschätzt pro Jahr rund 10.000 Personen an saisonaler Grippe gestorben-

Tab. 3: Geschätzte Influenza-bedingte Todesfälle (Exzess-Mortalität während der Influenzawellen) sowie an das RKI übermittelte Todesfälle mit laborbestätigter Influenzainfektion gemäß Infektionsschutzgesetz, Saison 2001/02 bis Saison 2018/19. Zusätzlich ist die Verteilung der im AGI-Sentinel identifizierten Influenzavirustypen und -subtypen angegeben. Ab der Saison 2003/04 ist bei den Influenza B-Viren zusätzlich die dominant zirkulierende B-Linie angegeben.

Saison	Todesfälle durch Influenza		Anteil der im NRZ für Influenza identifizierten Influenzavirustypen bzw. -subtypen im Rahmen der AGI		
	Exzess-Schätzung (konservative Schätz-Werte)	Laborbestätigte Todesfälle (gemäß IfSG)	A(H3N2)	A(H1N1)**	B
2001/02	0	8	46,6	0,1	53
2002/03	8.000	17	86	0	14
2003/04	0	6	99	0	1 (Yamagata)
2004/05	11.700	13	54	26	20 (Victoria)
2005/06	0	5	20	10	70 (Victoria)
2006/07	200	8	85	14	1 (Yamagata/Victoria)
2007/08	900	7	1	51	48 (Yamagata)
2008/09	18.800	10	72	6	21 (Victoria)
2009/10	0	258	0	100	0
2010/11	0	165	1	62	37 (Victoria)
2011/12	2.400	14	75	1	24 (Victoria)
2012/13	20.700	196	31	34	35 (Yamagata)
2013/14	0	23	61	30	9 (Yamagata)
2014/15	21.300	274	62	15	23 (Yamagata)
2015/16	0	237	2	43	55 (Victoria)
2016/17	22.900	722	93	1	6 (Yamagata)
2017/18	25.100	1.674	4	28	69 (Yamagata)
2018/19	n.v.	954	49	51	0

* die Angaben bis zur Saison 2006/07 beziehen sich auf die im NRZ untersuchten Isolate, ab der Saison 2007/08 wird die Verteilung der im Rahmen des Sentinels mittels PCR nachgewiesenen Influenzavirustypen bzw. -subtypen dargestellt.

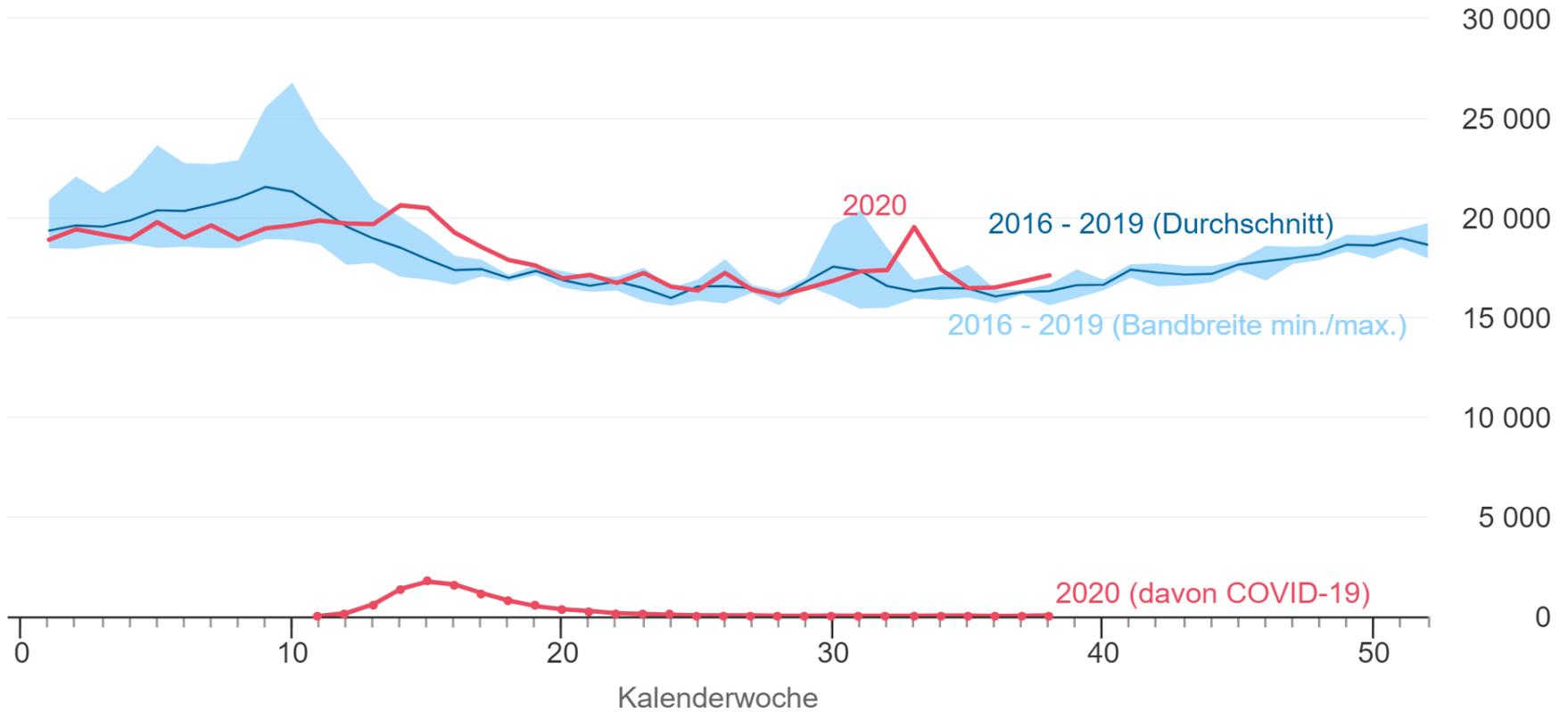
** seit der Saison 2009/10: A(H1N1)pdm09; in der Saison 2001/02: 0,3 % A(H1N2) und 0,1 % A(H1N1)

n. v.: Daten sind noch nicht verfügbar

Quelle. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STATISTISCHE KENNDATEN ZUR EINORDNUNG

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland



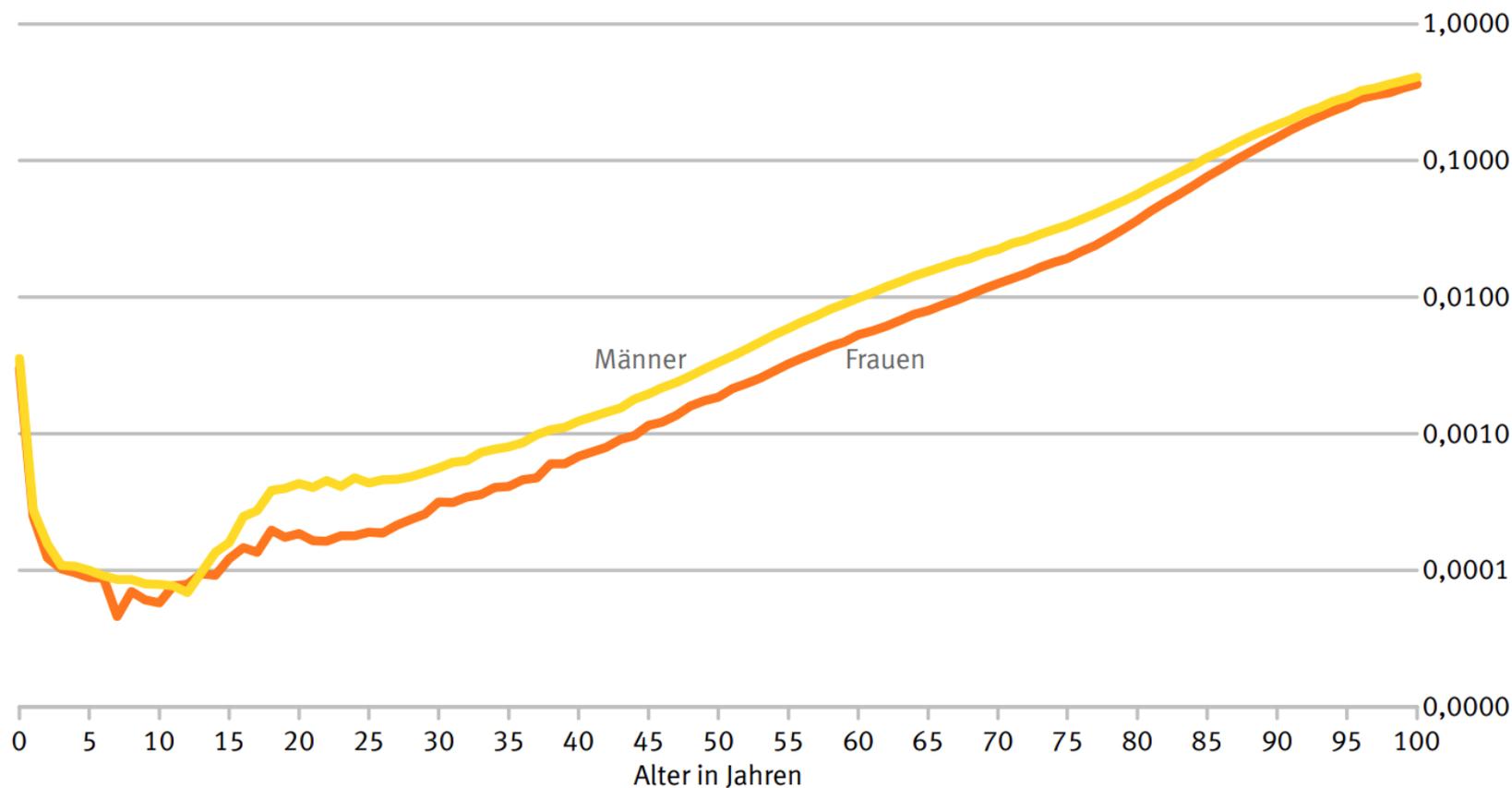
Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt, COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut

©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

(gilt, wenn ein positiver PCR-Test auch eine tatsächliche Infektion bedeutet)

Abb 2 Altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten in Deutschland

Sterbetafel 2016/2018 logarithmischer Maßstab



2019 - 08 - 0682

Quelle: Sterbetafel 2016/2018, Hrsg. Statistisches Bundesamt (Destatis)

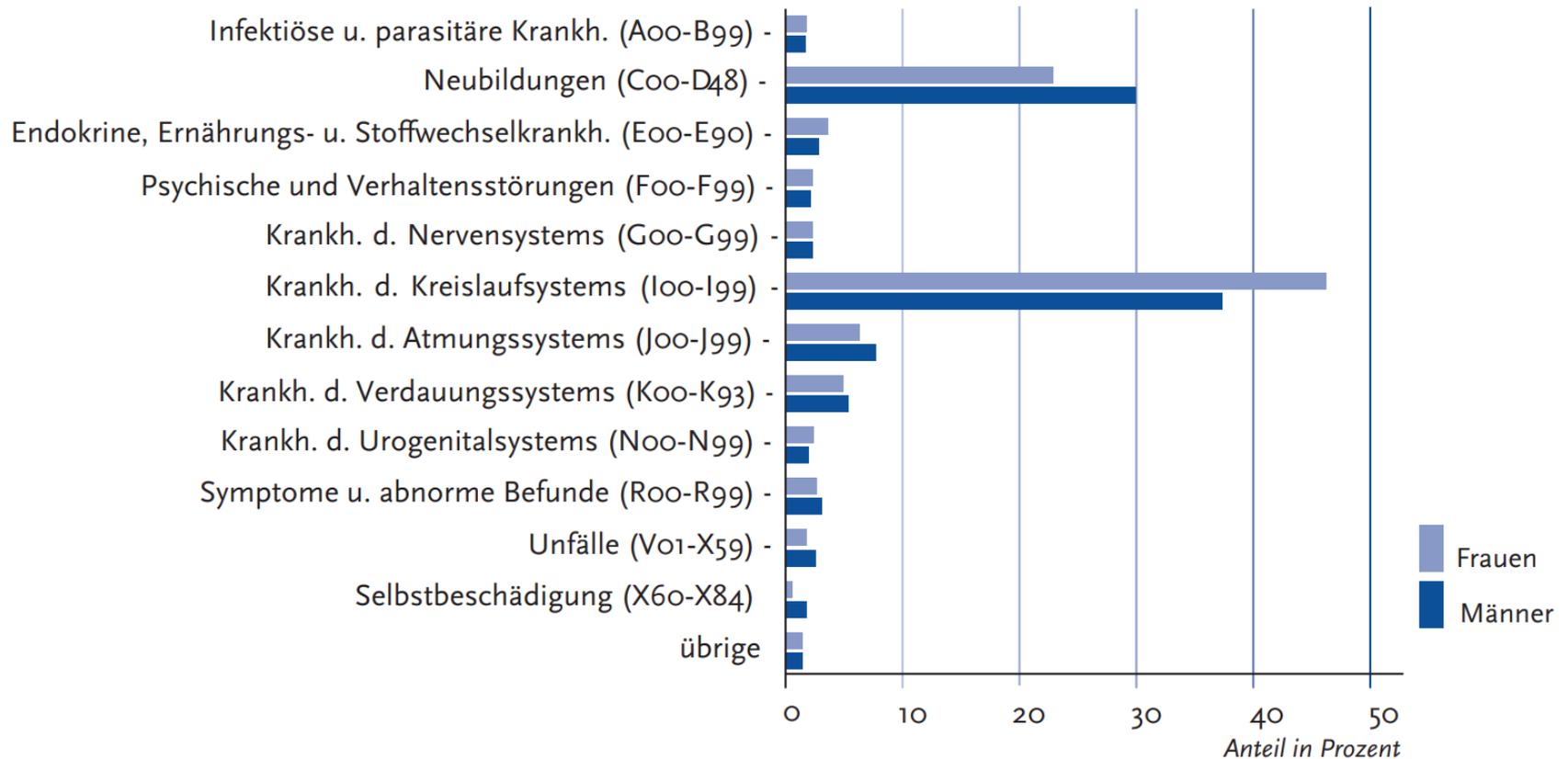
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbepfaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbepfaelle/periodensterbepfaelle-erlaeuterung-5126203187004.pdf?__blob=publicationFile

Todesursachen nach Krankheit (Deutschland)

Abbildung 13

Anteile wichtiger Todesursachen an den insgesamt 446 788 Sterbefällen weiblicher Personen und 397 651 Sterbefällen männlicher Personen in Deutschland 2008 nach ICD-10

Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik



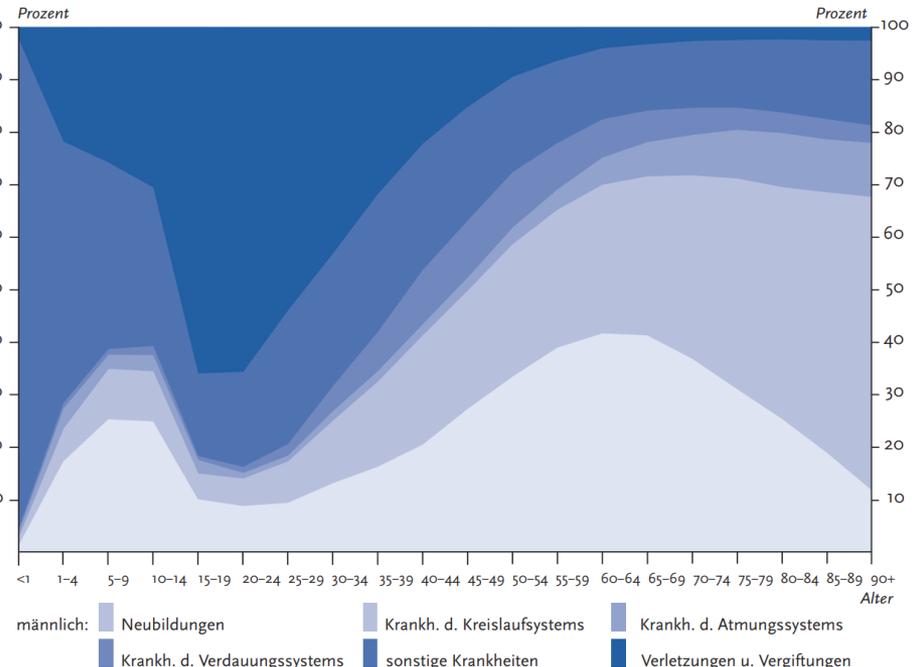
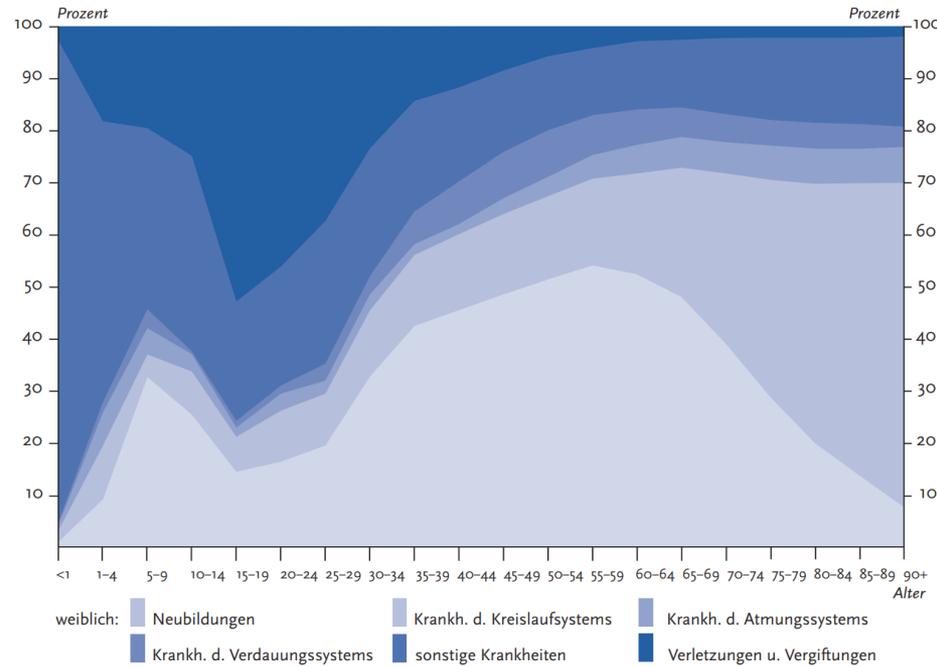
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 52

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/sterblichkeit.pdf?__blob=publicationFile

Todesursachen nach Krankheit und Alter (Deutschland)

Abbildung 14a
 Prozentuale Anteile wichtiger Todesursachen an den weiblichen Sterbefällen nach Altersgruppen 2008 in Deutschland
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik

Abbildung 14b
 Prozentuale Anteile wichtiger Todesursachen an den männlichen Sterbefällen nach Altersgruppen 2008 in Deutschland
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik



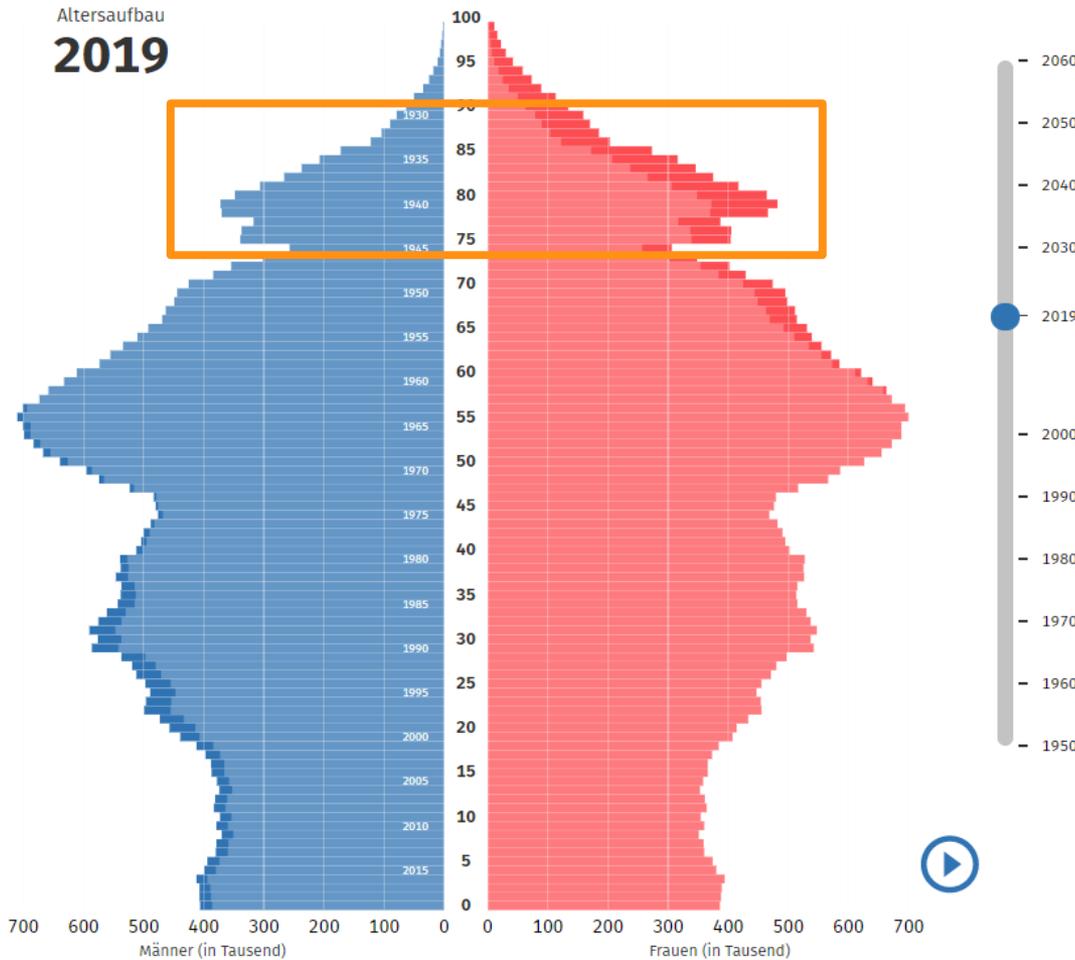
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 52

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/sterblichkeit.pdf?__blob=publicationFile

14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland

Variante 1: Moderate Entwicklung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1)

English



Wählen Sie jeweils eine Annahme

- | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | niedrig | moderat | hoch |
| Geburtenhäufigkeit | <input type="radio"/> G1 | <input checked="" type="radio"/> G2 | <input type="radio"/> G3 |
| Lebenserwartung | <input type="radio"/> L1 | <input checked="" type="radio"/> L2 | <input type="radio"/> L3 |
| Wanderungssaldo | <input checked="" type="radio"/> W1 | <input type="radio"/> W2 | <input type="radio"/> W3 |

Variante V1 - G2L2W1

Geburtenrate 2060:
1,55 Kinder je Frau

Lebenserwartung bei Geburt 2060:
84,4 für Jungen
88,1 für Mädchen

Durchschnittlicher Wanderungssaldo:
147 000 Personen

Alter	Millionen	Anteil
67+	16,1	19%
20-66	51,8	62%
<20	15,3	18%
Insgesamt	83,2	100%

Jugendquotient: 29 | Altenquotient: 31

- Altersgruppen ändern
- Altersaufbau fixieren

[DATEN HERUNTERLADEN](#)

[MEHR ERFAHREN](#)

[GRAFIK EINBETTEN < / >](#)

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html>



Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.

LETZTE SEITE RÜCKBLICK AUS 2025

In Orwells Roman 1984 gibt es das Wahrheitsministerium („Miniwahr“), das dafür sorgt, dass Informationen aus der Vergangenheit an politische Aussagen der Gegenwart angepasst werden. Was wird man über COVID-19 in 2025 berichten, wenn solche Auswertungen bereits in der Gegenwart erfolgen? Niemals zuvor wurde bei Infektionskrankheiten so ein Testaufwand durchgeführt. Bei jeder Infektionskrankheit gibt es eine Dunkelziffer. Der PCR-Test kann keine Infektionen feststellen. Wenn man diese Zahlen zu COVID-19 in der RKI-Berichterstattung sieht, benötigen wir in 2025 kein „Miniwahr“, um die Vergangenheit zu manipulieren – das wird jetzt schon gemacht.

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza			COVID-19 ⁴	
	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020		2019	2020	
	48.	1.–48.	1.–48.	48.	1.–48.	1.–48.	48.	1.–48.	1.–48.	48.	1.–48.	1.–48.	48.	1.–48.	1.–48.	48.	1.–48.
Baden-Württemberg	1	36	66	26	1.221	1.564	11	771	1.018	8	529	558	3	23.953	18.942	15.250	149.862
Bayern	1	68	92	17	1.164	1.786	12	724	978	7	538	694	2	55.049	46.064	24.374	208.555
Berlin	0	31	78	1	369	511	5	186	257	2	293	333	1	5.619	6.144	7.789	64.699
Brandenburg	1	22	36	0	75	131	0	45	72	1	80	97	1	5.875	6.014	2.894	19.230
Bremen	0	4	7	2	115	116	0	41	35	1	56	51	0	369	395	784	10.059
Hamburg	0	16	38	0	87	128	0	83	134	1	169	198	2	3.908	4.776	1.621	24.852
Hessen	3	39	65	7	569	725	4	332	404	7	446	515	1	8.908	10.549	9.967	87.362
Mecklenburg-Vorpommern	2	40	21	1	31	66	0	25	48	0	40	41	3	3.680	6.748	773	5.966
Niedersachsen	2	38	64	6	492	555	9	372	468	3	270	341	4	10.494	11.130	6.962	71.620
Nordrhein-Westfalen	1	121	208	12	1.191	1.477	23	968	1.223	12	768	1.014	5	26.171	25.817	27.405	261.595
Rheinland-Pfalz	1	30	41	6	307	440	4	162	247	2	160	187	0	8.221	7.764	5.222	44.024
Saarland	0	5	14	2	62	64	1	41	58	0	48	38	0	1.717	834	1.202	12.778
Sachsen	0	16	29	1	164	213	1	136	194	0	106	148	2	20.284	22.683	11.471	56.910
Sachsen-Anhalt	0	14	9	2	93	130	1	55	104	1	61	122	0	6.929	10.886	2.280	12.465
Schleswig-Holstein	0	9	23	3	200	268	3	185	217	4	119	124	0	4.060	5.339	1.355	14.279
Thüringen	0	10	33	1	63	108	0	46	61	0	54	63	2	9.361	6.296	3.190	17.159
Deutschland	12	499	824	87	6.203	8.282	74	4.172	5.518	49	3.737	4.524	26	194.598	190.381	122.539	1.061.415

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/49_20.pdf?__blob=publicationFile



Hinweis: Es handelt sich bei diesem Angebot um nichtkommerzielle Leistungen. Datenaufbereitung ohne Gewähr. Übertragung und Auswertung der Daten basieren auf den genannten Quellen und erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollten vom Leser Fehler erkannt werden, bitten wir um Meldung. Wir werden den Hinweis prüfen und Fehler sofort bereinigen. Danke für die Mithilfe.