



Baden-Württemberg

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration
Landesgesundheitsamt

Referat 73: Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie

Lagebericht COVID-19

Datenstand: Donnerstag, 10.11.2022, 16:00 Uhr

COVID-19-Kennwerte Baden-Württemberg		
Bestätigte Fälle 4.850.468 (+3.646*)	7-Tage-Inzidenz° 185,7 (-10,3*) Vorwoche (203,3)	COVID-19-Fälle aktuell auf ITS^{ooo} 114 (+3*) Vorwoche (150)
Verstorbene** 17.897 (+26*)	7-Tage Hospitalisierungsinzidenz° 4,4 (-0,2*) Vorwoche (4,6)	Anteil COVID-19-Belegungen an Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Betten^{ooo} 5,7% (+0,1%*) Vorwoche (7,3%)
Genesene*** 4.678.314 (+15.988*)	Geschätzter 7-Tages R-Wert °° 1,00 (0,93 - 1,07)	COVID-19-Fälle aktuell auf Normalstation^{oooo} 1.385 (+11*) Vorwoche (1.629)
Grundimmunisiert 8.284.671 (+171*) 74,5 % (Vorwoche +0 %)"	Erste Auffrischimpfung 6.807.590 (+855*) 61,2 % (Vorwoche +0 %)"	Zweite Auffrischimpfung 1.097.470 (+12.189*) 9,9 % (Vorwoche +0,5 %)"

Abkürzungen: ITS: Intensivtherapiestation

*Änderung gegenüber dem zuletzt berichteten Wert; ** verstorben **mit und an** COVID-19; *** Schätzwert; °Kennwert bezogen auf 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg; Bezugsgröße: Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2021 (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg); °°Die R-Schätzung bezieht alle übermittelten Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 3 Tage vor dem aktuellen Datenstand (0:00 Uhr) mit ein (RKI, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/17/Art_02.html); °°°Quelle: DIVI-Intensivregister; °°°°Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft; "Impfquoten bezogen auf die Gesamtbevölkerung und Änderung zur Vorwoche;

Im vorliegenden Tagesbericht werden die landesweit einheitlich erfassten und an das RKI übermittelten Daten zu COVID-19-Fällen dargestellt, welche die Referenzdefinition erfüllen (<https://rki.de/covid-19-falldefinition>). Eine FAQ zur Berechnung der Inzidenzen finden Sie hier: <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/fachinformationen/infodienste-newsletter/infektnews/seiten/lagebericht-covid-19/faq-zu-lagebericht/>.

Beschreibung der Lage in Baden-Württemberg

Nach starkem Anstieg der Fallzahlen ab Mitte September ist seit der zweiten Oktoberwoche ein Rückgang der übermittelten Neuinfektionen zu beobachten. Die Omikron-Variante ist weiterhin die dominierende SARS-CoV-2-Variante. Seit Beginn der Pandemie wurden bislang insgesamt **4.850.468** laborbestätigte COVID-19-Fälle aus allen 44 Stadt- bzw. Landkreisen berichtet, darunter **17.897** Todesfälle. Die 7-Tage-Inzidenz beträgt landesweit **185,7** pro 100.000 Einwohner.

Der Anteil der Infizierten > 60 Jahre an allen Fällen innerhalb der letzten sieben Tage beträgt **27 %**; der Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 - 19 Jahre) **8 %**.

Nach Daten des DIVI-Intensivregisters (www.intensivregister.de) von Krankenhaus-Standorten mit Intensivbetten zur Akutbehandlung sind mit Datenstand 10.11.2022 12:30 Uhr **114** COVID-19-Fälle in Baden-Württemberg in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden **45 (39 %)** invasiv beatmet. Der Anteil an COVID-19 Fällen in intensivmedizinischer Behandlung an der Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Betten beträgt **5,7%**.

Tabelle 1: COVID-19, Anzahl Fälle, Todesfälle, Änderung zum zuletzt berichteten Wert und Fallzahl/100.000 Einwohner insgesamt sowie Fälle und Fallzahlen/100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen nach Meldekreis, Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022 16:00 Uhr.

Meldekreis	Anzahl der übermittelten Fälle	Differenz übermittelter Fälle+ zum zuletzt berichteten Wert	Fallzahl pro 100.000 Einwohner*	Anzahl der übermittelten Todesfälle**	Differenz der übermittelten Todesfälle** zum zuletzt berichteten Wert	Anzahl gemeldeter Fälle in den letzten 7 Tagen	7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner*
LK Alb-Donau-Kreis	87.863	(+ 51)	43.990,4	287	-	330	165,2
LK Biberach	96.175	(+ 53)	47.320,0	319	-	317	156,0
LK Böblingen	176.428	(+ 95)	44.870,4	520	-	626	159,2
LK Bodenseekreis	89.616	(+ 34)	40.942,1	374	-	410	187,3
LK Breisgau-Hochschwarzwald	111.271	(+ 149)	41.863,9	373	-	568	213,7
LK Calw	67.977	(+ 36)	42.304,2	336	(+ 3)	275	171,1
LK Emmendingen	76.651	(+ 114)	45.640,5	267	-	443	263,8
LK Enzkreis	91.279	(+ 79)	45.585,5	354	(+ 1)	469	234,2
LK Esslingen	233.720	(+ 352)	43.818,0	942	(+ 4)	1.137	213,2
LK Freudenstadt	54.311	(+ 36)	45.569,4	259	-	213	178,7
LK Göppingen	108.933	(+ 58)	42.051,6	415	-	338	130,5
LK Heidenheim	61.186	(+ 44)	46.019,0	349	(+ 2)	247	185,8
LK Heilbronn	160.838	(+ 88)	46.244,7	372	-	765	220,0
LK Hohenlohekreis	53.313	(+ 47)	47.047,2	194	-	194	171,2
LK Karlsruhe	200.628	(+ 172)	44.734,4	747	(+ 1)	1.170	260,9
LK Konstanz	120.451	(+ 115)	41.809,2	448	-	662	229,8
LK Lörrach	90.215	(+ 115)	39.318,8	449	-	563	245,4
LK Ludwigsburg	223.393	(+ 164)	41.013,7	750	(+ 1)	831	152,6
LK Main-Tauber-Kreis	59.534	(+ 69)	44.777,2	223	-	257	193,3
LK Neckar-Odenwald-Kreis	68.571	(+ 56)	47.642,2	226	-	370	257,1
LK Ortenaukreis	203.975	(+ 165)	46.941,0	884	(+ 3)	895	206,0
LK Ostalbkreis	146.088	(+ 97)	46.375,8	611	-	622	197,5
LK Rastatt	108.790	(+ 81)	46.832,5	405	-	576	248,0
LK Ravensburg	126.906	(+ 73)	44.216,4	230	-	483	168,3
LK Rems-Murr-Kreis	190.155	(+ 134)	44.499,8	687	(+ 2)	923	216,0
LK Reutlingen	127.088	(+ 74)	44.103,6	514	(+ 2)	508	176,3
LK Rhein-Neckar-Kreis***	232.344	-	42.319,0	802	-	225	41,0
LK Rottweil	65.679	(+ 29)	46.764,6	299	(+ 1)	158	112,5
LK Schwäbisch Hall	84.474	(+ 39)	42.364,5	368	(+ 4)	259	129,9
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	93.630	(+ 35)	43.878,4	412	-	351	164,5
LK Sigmaringen	65.120	(+ 36)	49.436,3	185	-	250	189,8
LK Tübingen	99.374	(+ 63)	43.242,6	273	-	612	266,3
LK Tuttlingen	64.186	(+ 65)	45.070,0	277	-	246	172,7
LK Waldshut	69.965	(+ 93)	40.855,7	356	-	333	194,5
LK Zollernalbkreis	87.654	(+ 109)	46.001,7	387	-	522	274,0
SK Baden-Baden	22.716	(+ 16)	40.909,8	120	-	145	261,1
SK Freiburg i. Breisgau	100.756	(+ 143)	43.457,8	290	-	509	219,5
SK Heidelberg***	58.727	-	36.878,4	153	-	46	28,9
SK Heilbronn	57.444	(+ 30)	45.730,9	282	-	188	149,7
SK Karlsruhe	124.985	(+ 105)	40.777,9	389	(+ 1)	691	225,4
SK Mannheim	130.336	(+ 97)	41.797,0	534	-	577	185,0
SK Pforzheim	56.933	(+ 45)	45.354,5	342	-	289	230,2
SK Stuttgart	243.339	(+ 140)	38.855,0	742	-	778	124,2
SK Ulm	57.451	(+ 50)	45.255,2	151	(+ 1)	282	222,1
Gesamtergebnis	4.850.468	(+ 3646)	43.601,1	17.897	(+ 26)	20.653	185,7

*Bezugsgröße: Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2021 (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg); **Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind; ***technische Störung; +Das "-"-Zeichen weist darauf hin, dass eine Differenz von Null oder keine Fälle an das LGA übermittelt wurden.

Weitere Informationen zur kartographischen Darstellung der kreisspezifischen Fälle/100.000 Einwohner finden Sie im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg [hier](#), der kreisspezifischen Fälle/100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen [hier](#).

7-Tage-Inzidenz* der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldekreis

7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner

- keine Fälle
- > 0 - <= 200
- > 200 - <= 400
- > 400 - <= 600
- > 600 - <= 800
- > 800 - <= 1000
- > 1000 - <= 1200
- > 1200

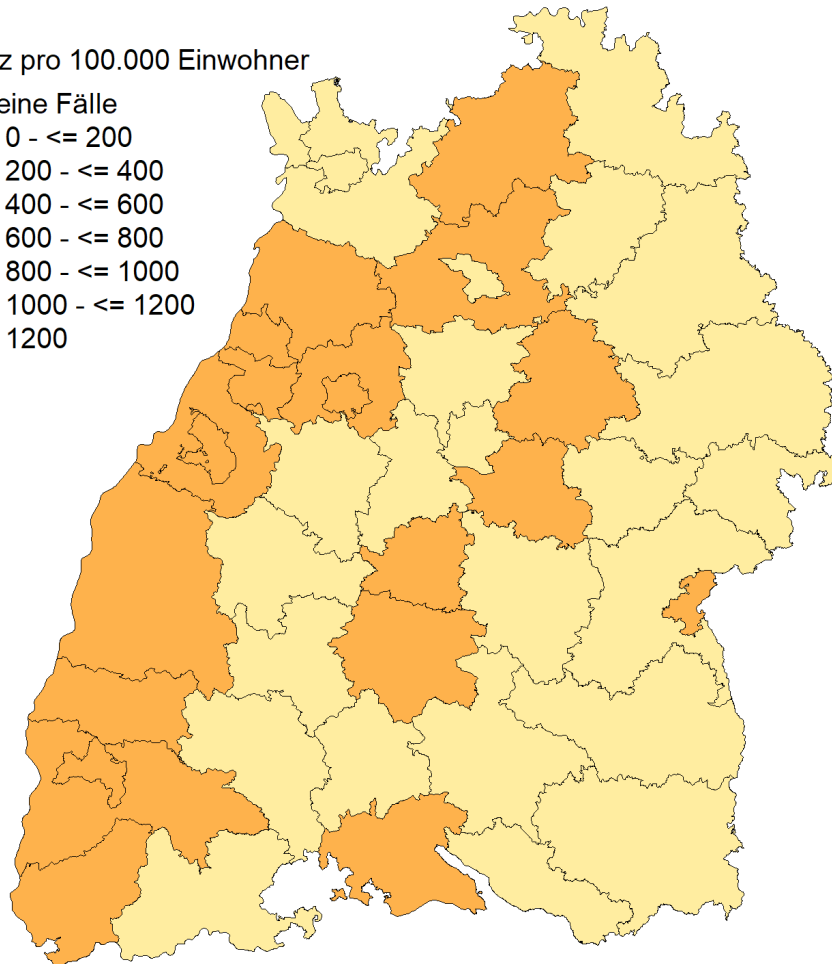


Abbildung 1: 7-Tage-Inzidenz der übermittelten Covid-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Meldelandkreis, Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022, 16:00 Uhr.

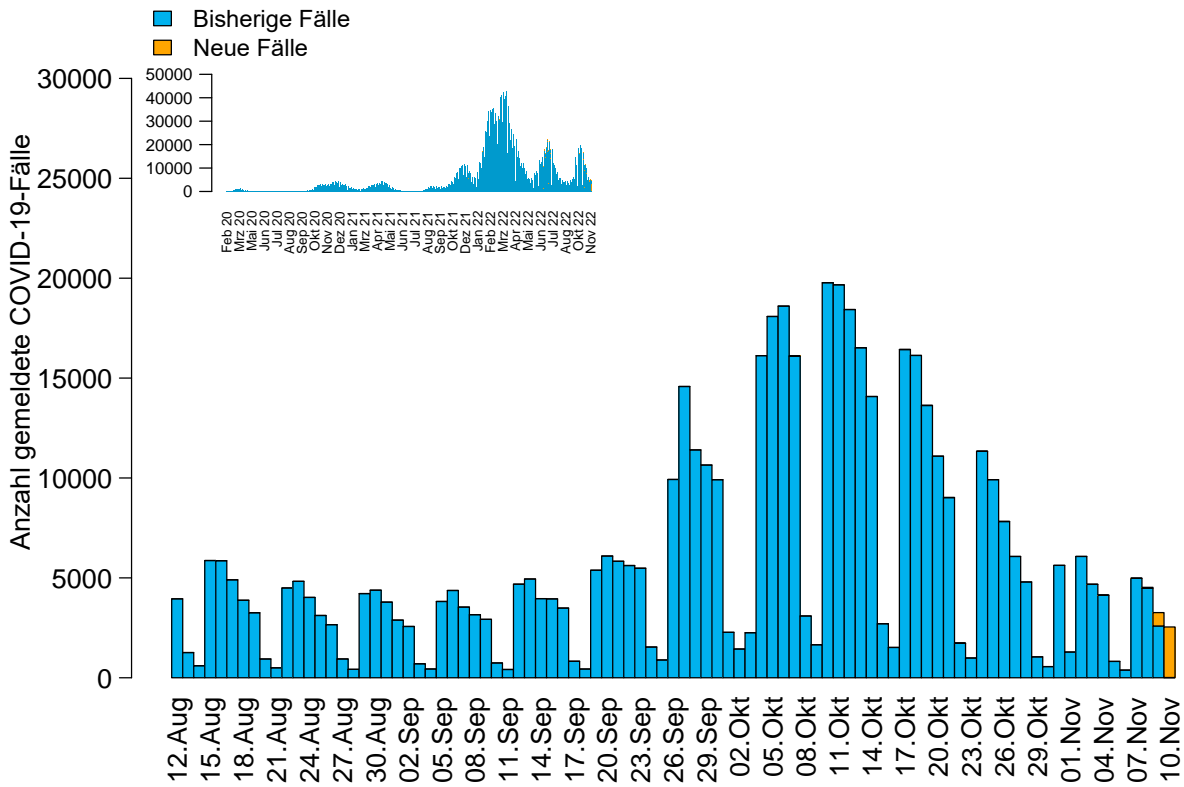


Abbildung 2: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldedatum (blau: bisherige Fälle; gelb: neu übermittelte Fälle), Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022, 16:00 Uhr.

Hinweis: Das Meldedatum entspricht dem Datum, an dem das jeweilige Gesundheitsamt vor Ort Kenntnis von einem positiven Laborbefund erhalten hat. Die Übermittlung an das Landesgesundheitsamt (LGA) erfolgt nicht immer am gleichen Tag.

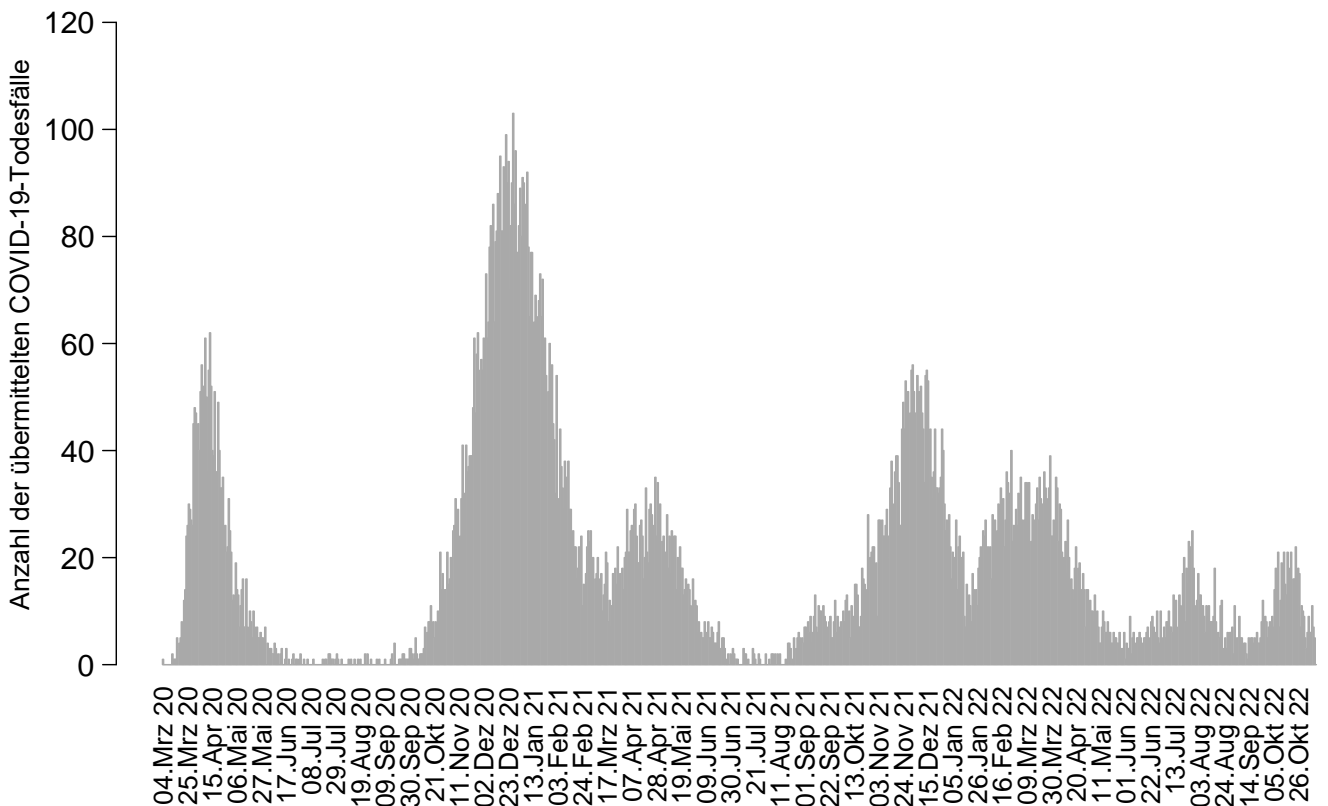


Abbildung 3: Anzahl der übermittelten Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind, nach Sterbedatum, Baden-Württemberg, Stand: 10.11., 16:00 Uhr.

Tabelle 2: Anzahl der übermittelten Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind, nach Altersgruppe, Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022 16:00 Uhr.

Altersgruppe	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
Anzahl der Verstorbenen	10	5	24	73	207	729	1.646	3.606	7.742	3.855

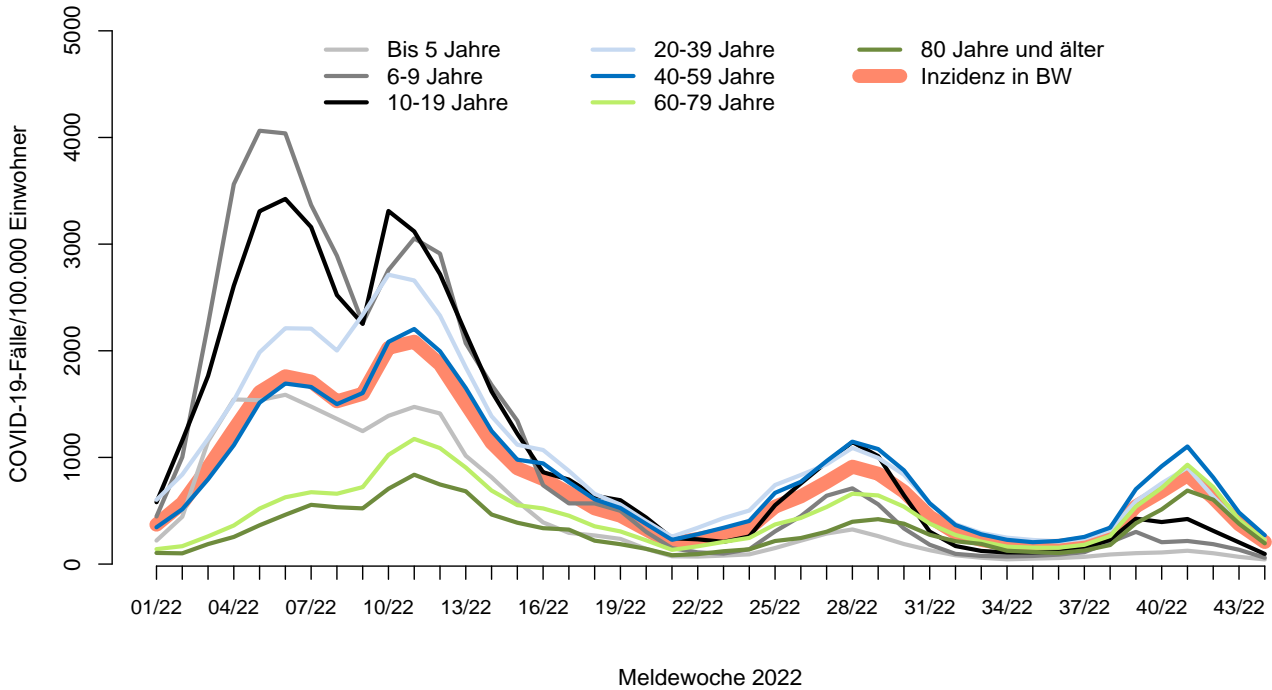


Abbildung 4: Übermittelte COVID-19-Fälle in 2022 pro 100.000 Einwohner, Baden-Württemberg, nach Altersgruppe und Meldewoche mit Landesdurchschnitt (rote Linie), Stand: 10.11.2022, 16:00 Uhr.

Hospitalisierungen

Die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz - d.h. die Anzahl der gemeldeten hospitalisierten Fälle mit einem Meldedatum in den letzten sieben Tagen pro 100.000 Einwohner - liegt für den Berichtstag bei **4,4**.

Die in den letzten sieben Tagen gemeldeten **484** hospitalisierte Fälle fließen in die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz ein. In **353** Fällen (**73 %**) erfolgte die Hospitalisierung aufgrund von COVID-19, in **54** Fällen (**11 %**) aufgrund einer anderen Ursache. In **77** Fällen (**16 %**) ist die Ursache der Hospitalisierung unbekannt.

Dem Landesgesundheitsamt wurden mit Meldedatum innerhalb der letzten 28 Tage **167.203** COVID-19-Fälle übermittelt, von denen **4.178** Fälle hospitalisiert waren. Die Altersverteilung der **4.178** hospitalisierten COVID-19-Fälle in den letzten 28 Tagen und der jeweilige Anteil der Altersgruppen ist in Abbildung 5 dargestellt.

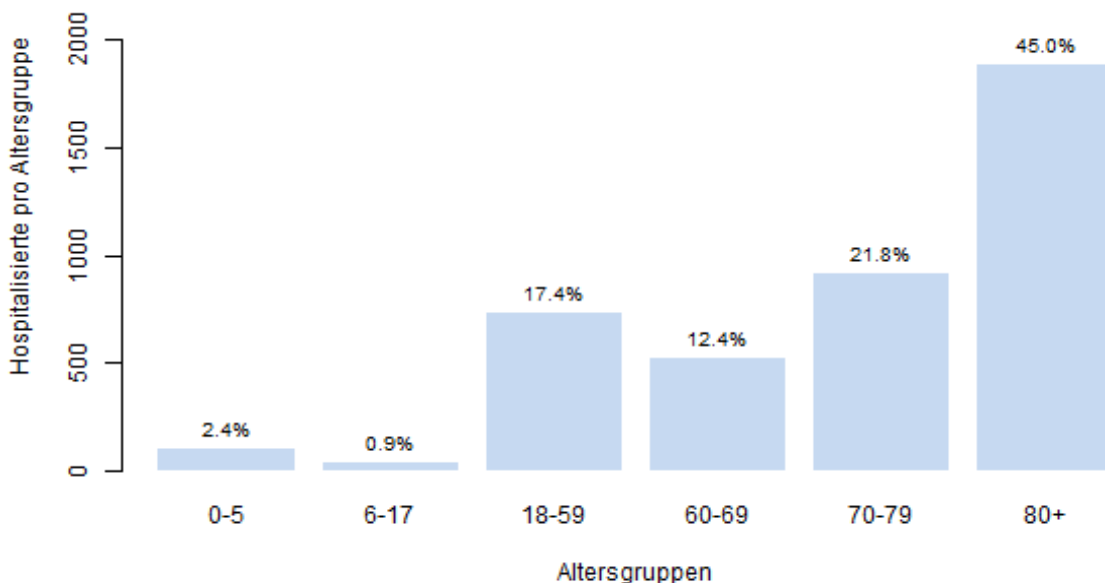


Abbildung 5: Hospitalisierte COVID-19-Fälle mit Meldedatum innerhalb der letzten 28 Tage nach Altersgruppen, Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022 16:00 Uhr.

Der zeitliche Verlauf der bereits berichteten Hospitalisierungen, der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz und der geschätzte Verlauf mit noch zu erwartenden Hospitalisierungen ist in Abbildung 6 dargestellt. In Abbildung 7 ist die Anzahl bestätigter COVID-19-Fälle auf Normalstationen in Baden-Württemberg im zeitlichen Verlauf dargestellt und in Abbildung 8 die Anzahl der an das DIVI-Intensivregister gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19 Fälle auf Erwachsenen-Intensivstationen.

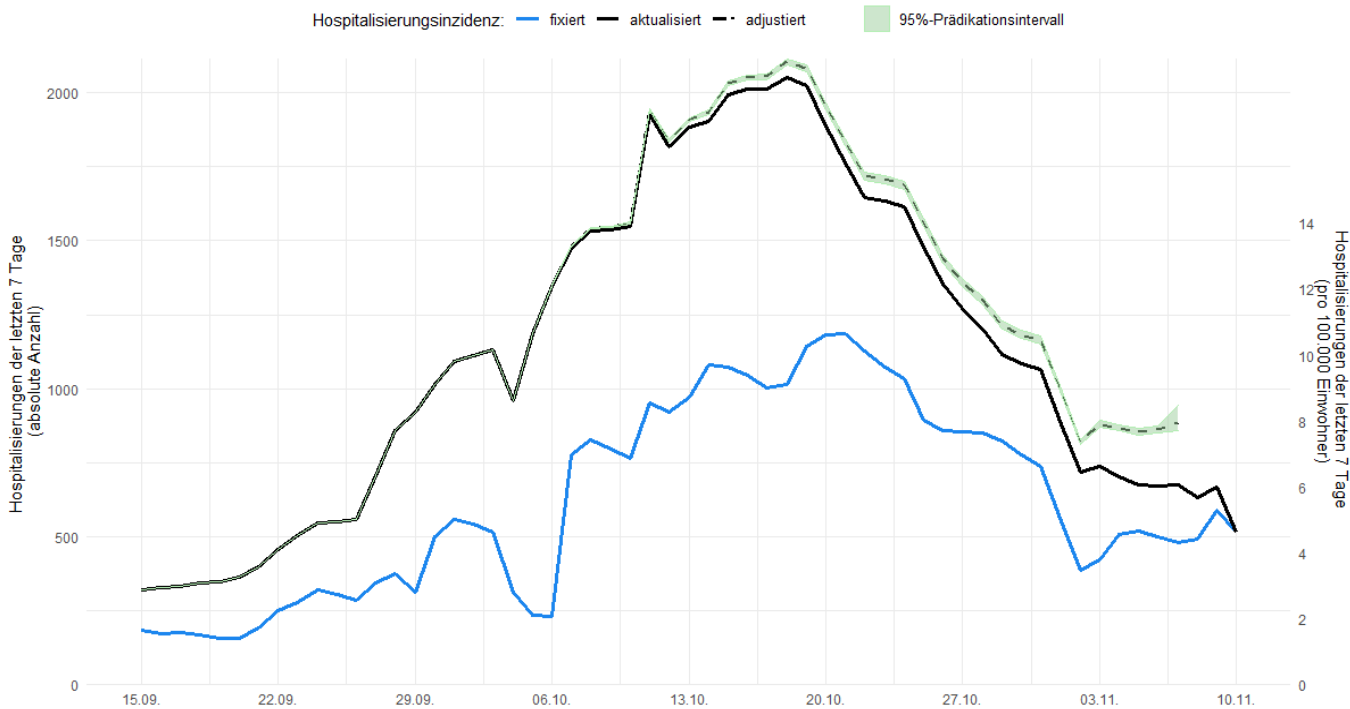


Abbildung 6: Verlauf der bereits berichteten Hospitalisierungen (absolute Anzahl; linke y-Achse) und der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (Anteil pro 100.000 Einwohnern; rechte y-Achse) in schwarz und der geschätzte Verlauf mit noch zu erwartenden Hospitalisierungen in dunkelgrün mit grünem Schätzbereich, Baden-Württemberg, (Quelle: RKI, Stand: 10.11.2022)

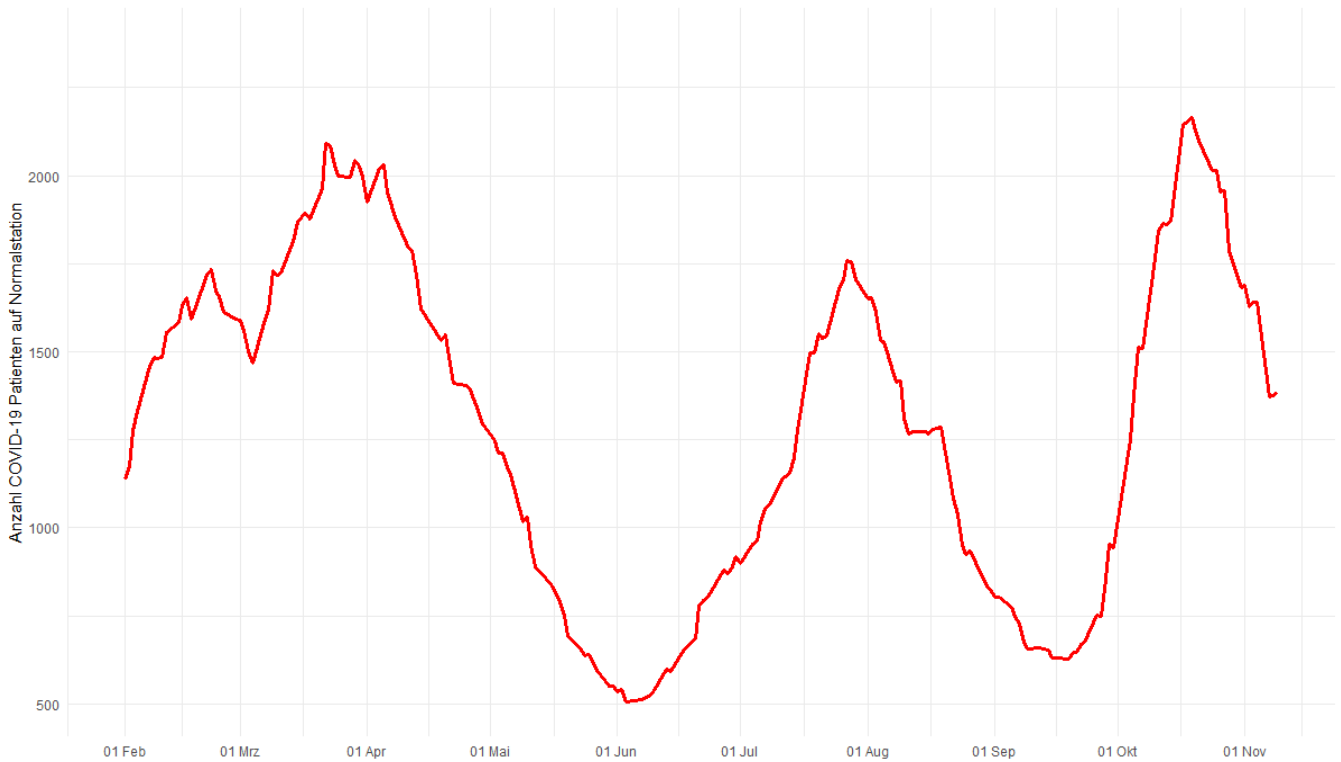


Abbildung 7: Anzahl bestätigter COVID-19-Fälle auf Normalstationen, Baden-Württemberg (Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (<https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/aktuelle-bettenbelegung/>), Stand: 10.11.2022).

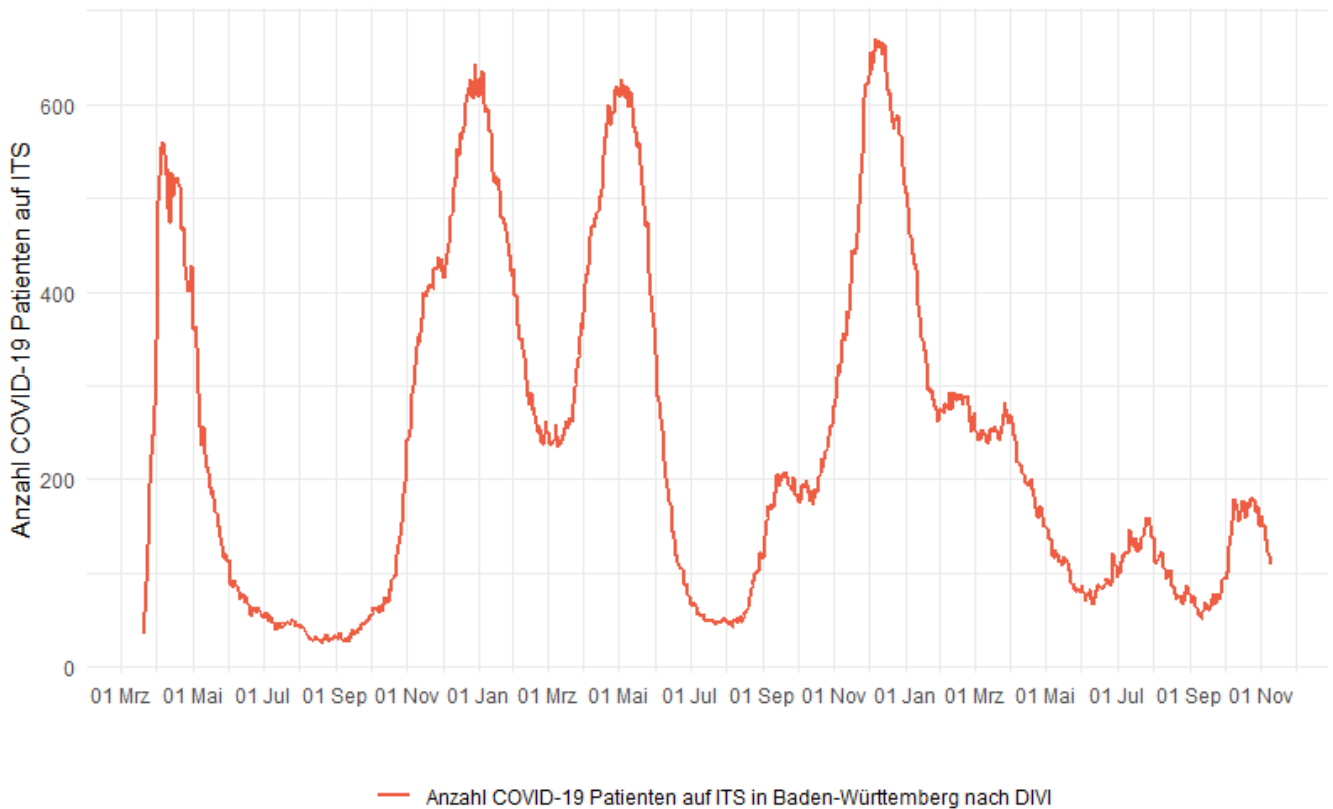


Abbildung 8: Anzahl der gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19 Fälle auf Erwachsenen-Intensivstationen in Baden-Württemberg (Quelle: DIVI-Intensivregister, <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>), Stand: 10.11.2022).

Ausbrüche in Einrichtungen der Altenpflege und medizinischen Einrichtungen

In Abbildung 9 sind alle COVID-19-Fälle in Ausbrüchen ab zwei Fällen in Einrichtungen der Altenpflege und in medizinischen Einrichtungen dargestellt. 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. Nach Strategiewechsel mit Priorisierung der Ermittlungen im Rahmen von Ausbrüchen in vulnerablen Gruppen werden andere Infektionsumfelder von den Gesundheitsämtern nicht mehr routinemäßig erfasst. Im wöchentlichen Lagebericht werden daher ab KW 46 nur noch Ausbrüche in den oben genannten Settings berichtet.

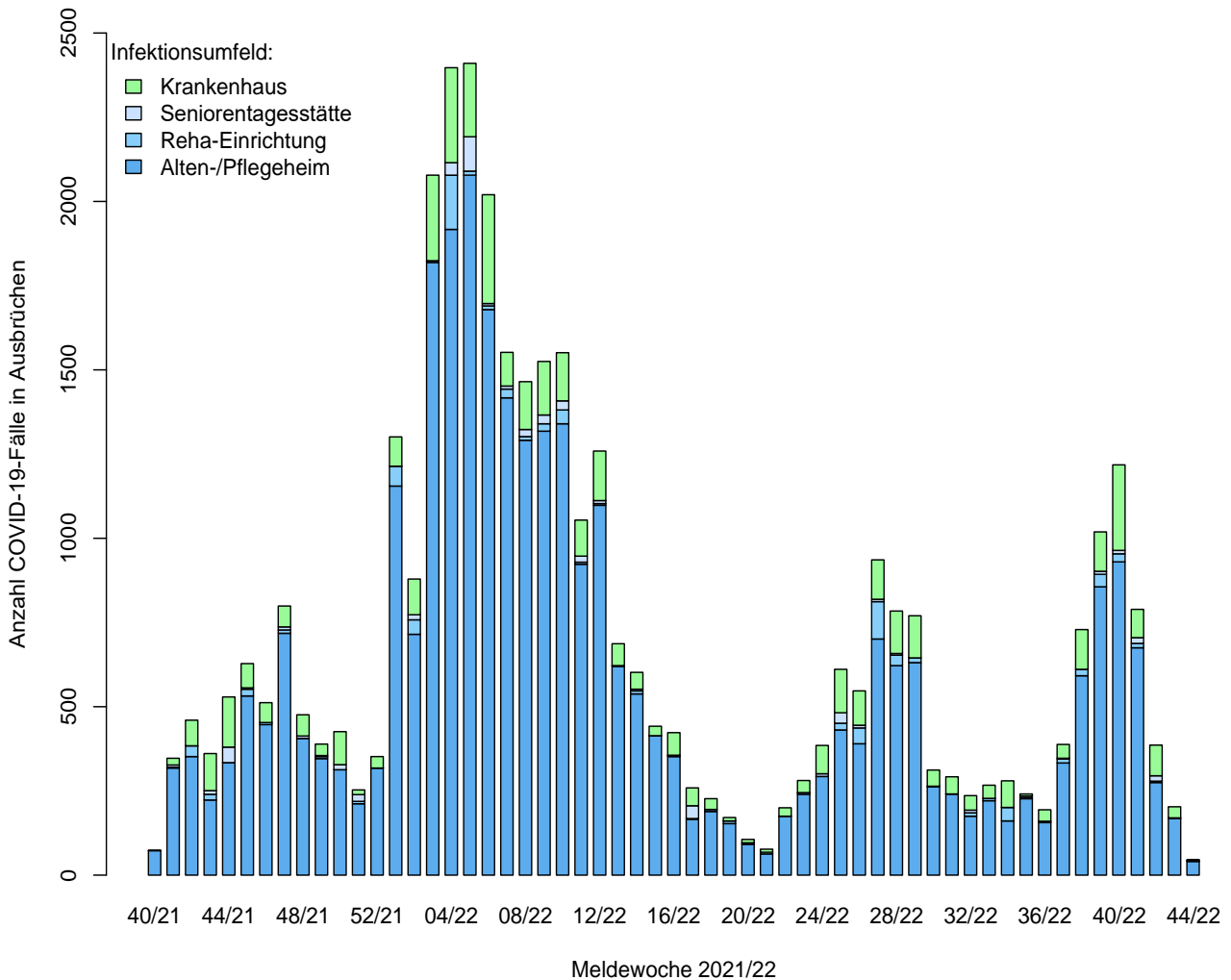


Abbildung 9: Anzahl der COVID-19-Fälle in Ausbrüchen nach Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen und nach Meldewoche, Baden-Württemberg, Stand: 10.11.2022, 16:00 Uhr.

Erhebungen zu SARS-CoV-2-Labortestungen in Baden-Württemberg

Der Verband der akkreditierten Labore in der Medizin (ALM e.V.) übermittelt zweiwöchentlich die Anzahl der durchgeführten PCR-Untersuchungen der teilnehmenden Labore in Baden-Württemberg. Der Anteil der positiven PCR-Tests und die Testkapazität je Woche ist in Abbildung 10 zu entnehmen.

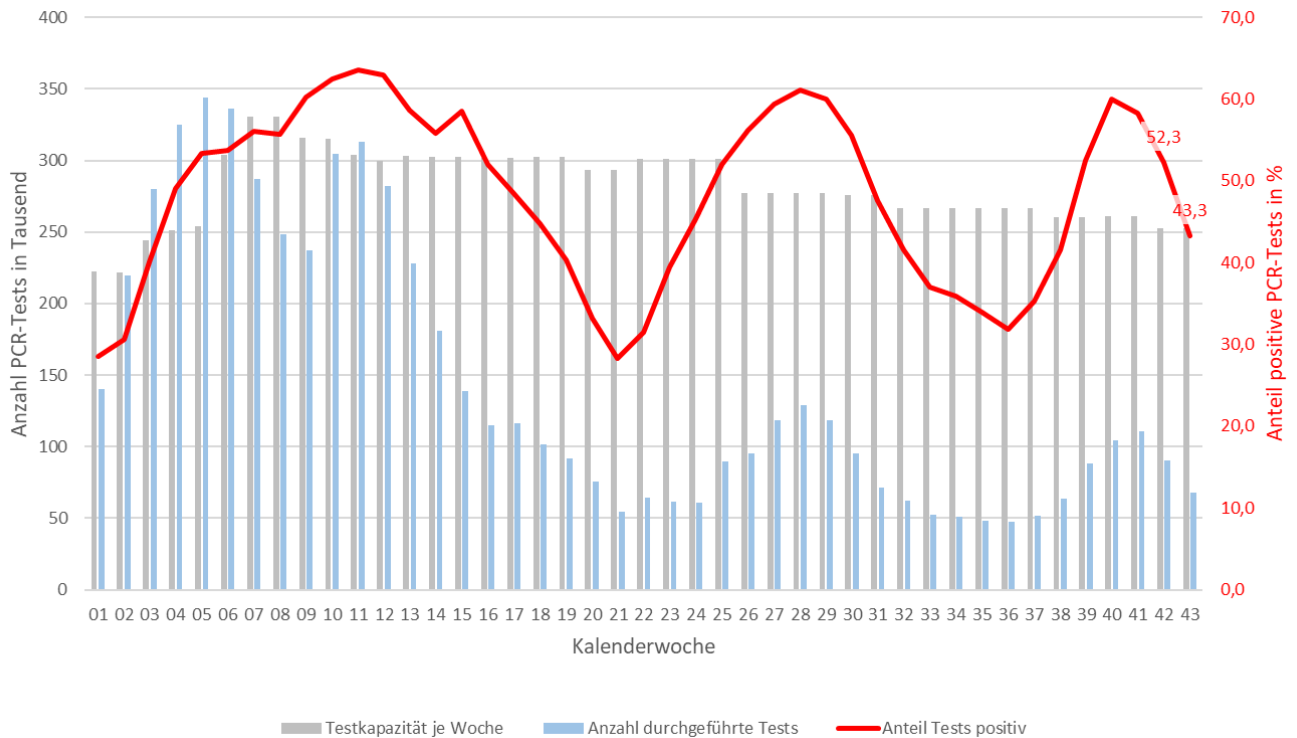


Abbildung 10: Anzahl der durchgeführten SARS-CoV-2 PCR-Tests und Anteil der positiven PCR-Tests nach Kalenderwoche in 2022, Baden-Württemberg, (Quelle: Akkreditierte Labore in der Medizin e. V. (ALM e. V.), Stand: 03.11.2022.

Erhebungen zu besorgniserregenden Variants of Concern (VOC)

Für Kalenderwoche 42/22 wurden im Rahmen der ALM Erhebung 3.000 Proben mittels Vollgenom-Sequenzierung analysiert. Hierbei wurden in 100 % der Untersuchungen die Omikron-Variante nachgewiesen. Für Kalenderwoche 43/22 wurden im Rahmen der ALM Erhebung 2.316 Proben mittels Vollgenom-Sequenzierung analysiert. Hierbei wurden in 100 % der Untersuchungen die Omikron-Variante nachgewiesen. Die Daten zur variantenspezifischen PCR werden seit der Kalenderwoche 07/22 nicht mehr erhoben.

Die vorliegenden Daten beinhalten auch Proben, die aufgrund eines bestehenden labordiagnostischen Verdachts als VOC sequenziert wurden oder auf Grund von klinisch-epidemiologischen Besonderheiten untersucht wurden. Das RKI veröffentlicht einmal wöchentlich einen repräsentativen Überblick zur Verteilung von VOC und VOI in Deutschland:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html.

Surveillance-Systeme zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE)

ARE-Surveillance auf Bevölkerungsebene (deutschlandweit)

Mithilfe des Web-Portals GrippeWeb wird durch das RKI seit 2011 die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen mit Informationen direkt aus der Bevölkerung beobachtet.

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Rate ist in der 44. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht gesunken (6,0 %; Vorwoche: 6,2 %) (Abb. 1). Dabei sind die ARE-Raten sowohl bei den Kindern (bis 14 Jahre) als auch bei den Erwachsenen (ab 15 Jahre) leicht zurückgegangen. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von ca. 5,0 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Die Gesamt-ARE-Rate lag in der 44. KW im Bereich der vorpandemischen Jahre. Weitere Informationen unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

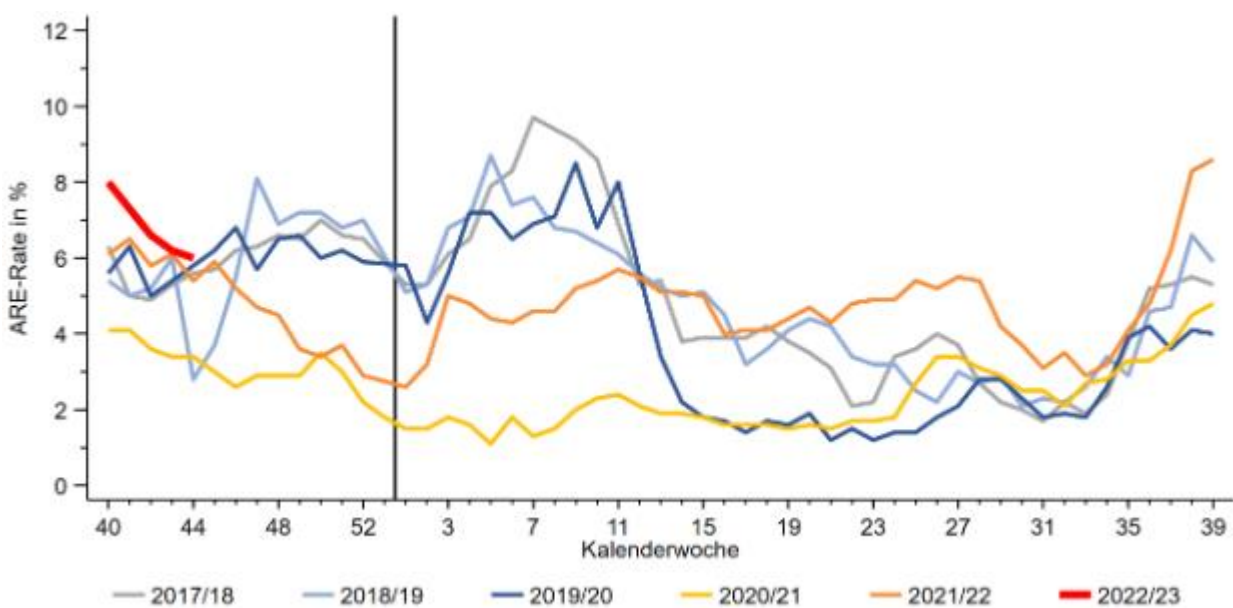


Abbildung 11: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (ab der 40. KW 2022). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel (Quelle: RKI).

Die ARE-Aktivität ist aktuell auf die Ko-Zirkulation verschiedener Atemwegserreger zurückzuführen. In der 44. KW 2022 verursachten hauptsächlich Influenzaviren, Rhinoviren, RSV und PIV, aber weiterhin auch SARS-CoV-2 akute Atemwegserkrankungen. Nach der Definition des RKI, die auf den Ergebnissen der virologischen Sentinelsurveillance basiert, hält die RSV-Welle seit der 41. KW 2022 an und die Grippewelle hat in der 43. KW 2022 begonnen. Sowohl RSV als auch Influenzaviren sollten im stationären Bereich differentialdiagnostisch zu SARS-CoV-2 nun stärker berücksichtigt werden.

ARE- Surveillance im ambulanten Bereich (Baden-Württemberg)

In KW 44/2022 liegt der Wert der ARE-Konsultationen bei ca. 1.300/100.000 Einwohnern. Auf die Bevölkerung in Baden-Württemberg bezogen, entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 144.300 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Aktuell liegt die Zahl der Arztbesuche wegen ARE auf dem Niveau der Vorsaisons. Die höchste ARE-Konsultationsinzidenz liegt bei Kindern im Alter zwischen 0 bis 4 Jahre (4.500).

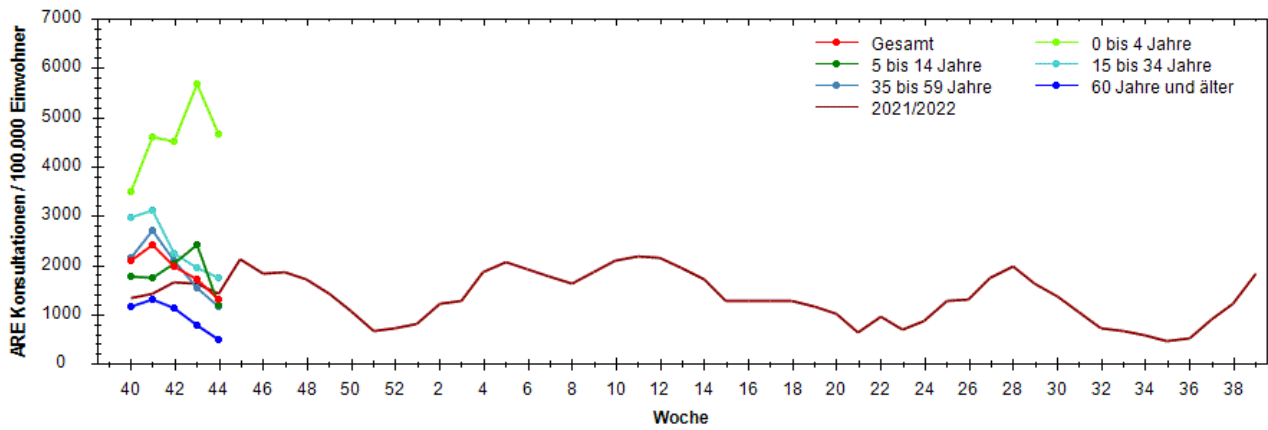


Abbildung 12: Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen in der aktuellen Saison (2022/2023, ab der 40.KW 2022) im Vergleich zur Saison 2021/2022, Baden-Württemberg, Stand: Kalenderwoche 44/2022 (Quelle: RKI)

Viruslast im Abwasser (Abwassermonitoring, deutschlandweit)

Seit 13.10.2022 werden die bundesweiten SARS-CoV-2-Abwasserdaten im Pandemieradar des RKI dargestellt (Abbildung 13). Dabei wird der Anteil der Standorte gezeigt, die einen steigenden, gleichbleibenden oder fallenden Trend der Viruslast im Abwasser zeigen. Aktuell zeigen die Standorte bundesweit einen fallenden Trend der Viruslast im Abwasser.

Viruslast im Abwasser

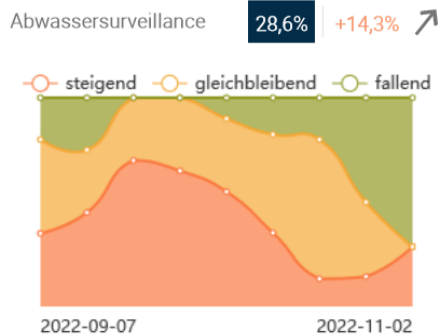


Abbildung 13: Veränderung der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser, Standorte mit steigendem, gleichbleibendem oder fallendem Trend (Datenstand: 10.10.2022, Quelle: Pandemieradar <https://www.rki.de>)

Die von den einzelnen Standorten bereitgestellten Daten zu den Kläranlagen und den Ergebnissen der SARS-CoV-2-Rohabwasseruntersuchungen werden durch das Umweltbundesamt geprüft und normalisiert. Das RKI berechnet aus den Daten mittels einer lokal gewichteten Regression (LOESS-Methode) einen Trend für jeden Standort. Diese werden dann in einer Heatmap dargestellt (siehe Abbildung 14).

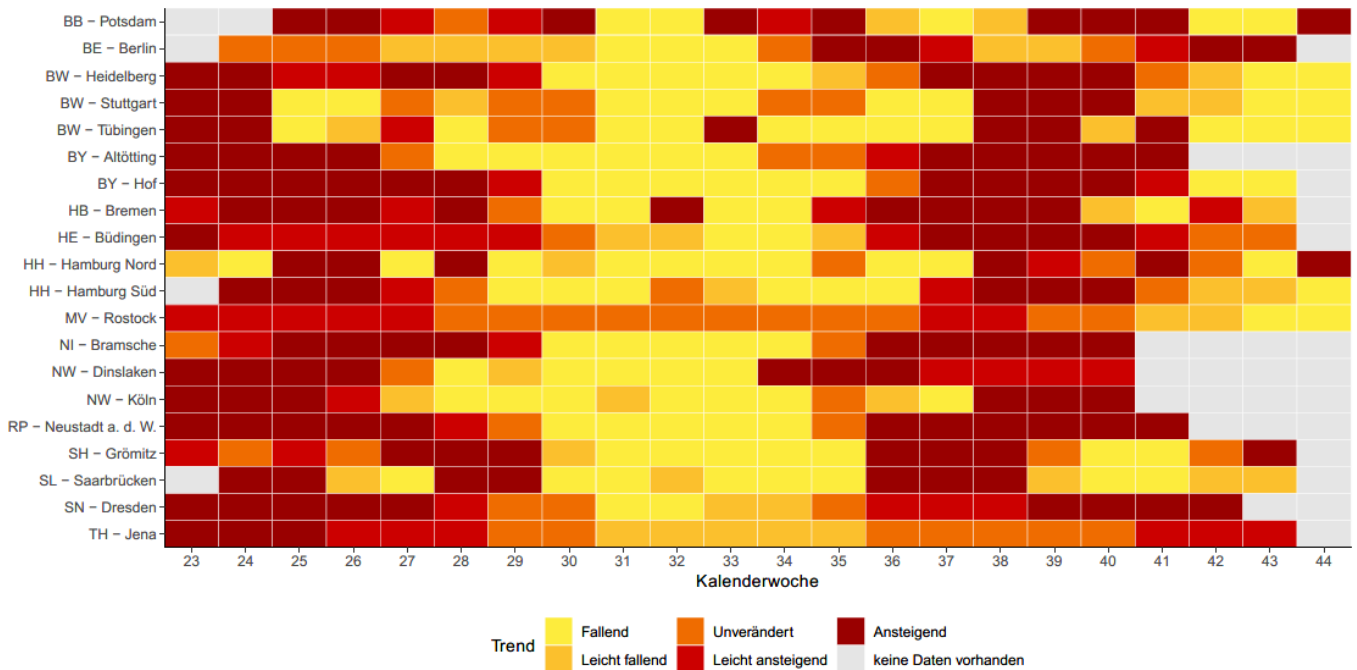


Abbildung 14: Entwicklung der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser an einzelnen Standorten bundesweit (Datenstand: 10.10.2022, Quelle: <https://www.rki.de>).

Weitere Informationen unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html?nn=2386228

Daten zur COVID-19-Impfung Baden-Württemberg

Tabelle 3 enthält die vom RKI unter Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html) veröffentlichten Impfquoten für Baden-Württemberg. Hierbei werden Impfdaten veröffentlicht, die in Impfzentren, Krankenhäusern, durch mobile Impfteams und betriebsmedizinische Dienste sowie durch niedergelassenen Ärzte und Privatärzte übermittelt werden. In der Regel werden diese mit Datenstand bis 08:00 Uhr des Tages der Publikation veröffentlicht, hierbei gilt jedoch zu beachten, dass die publizierten Daten aufgrund des Übermittlungsverzugs auch Nachmeldungen und Korrekturen aus den Vortagen enthalten können.

Außerdem berechnen wir zusätzlich die Gesamtimpfquoten bezogen auf die Personen mit genereller Impfpflicht gemäß STIKO (vorletzte Spalte Tabelle 3). Die Steigerung im Vergleich zur Vorwoche wird für die Gesamtimpfquoten in der letzten Spalte absolut und in Klammern in Prozentpunkten angegeben.

Am 29.04.2022 erfolgte vom RKI eine große Datenbereinigung an Hand der Abrechnungen der Kassenärztliche Vereinigung bis 30.09.2021 (Q3 2021). Seit Ende August 2022 berichtet das LGA die Auffrischimpfungen aufgeschlüsselt nach erster und zweiter Auffrischimpfung.

Tabelle 3: Daten zur COVID-19-Impfung, Gesamtzahl der mindestens einmal Geimpften und abgeschlossenen Impfungen, Impfquoten nach Altersgruppen in Baden-Württemberg (Quelle: RKI, Stand: 10.11.2022, 08:00 Uhr**)

	Gesamtzahl bisher verabreichter Impfungen: 24.336.733		Impfquote in %					Impfquoten bezogen auf Personen mit Impfpflicht	Steigerung gegenüber Vorwoche
	Absolut	Gesamt	5-11 Jahre	12-17 Jahre	18-59 Jahre	60+ Jahre			
Mind. einmal geimpft*	8.415.189	75,6	19,5	71,4	82,5	89,4	85,5	+1.114 (+0 %)	
Grundimmunisiert*	8.284.671	74,5	17,2	67,0	81,4	88,8	84,2	+966 (+0 %)	
Erste Auffrischimpfung*	6.807.590	61,2	-	30,8	65,4	84,1	69,1	+4.560 (+0 %)	
Zweite Auffrischimpfung*	1.097.470	9,9	-	0,8	4,1	27,3	11,1	+52.191 (+0,5 %)	

*Die Gesamtzahl mindestens einmal Geimpfter umfasst alle Personen, die eine Erstimpfung mit den in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Impfstoffen erhalten haben. Als grundimmunisiert gelten alle Personen, für die eine Zweitimpfung dokumentiert wurde (hierzu zählt auch eine Impfung nach Genesung, diese ist jedoch nicht spezifisch im Impfquotenmonitoring dokumentiert). Als Personen mit erster bzw. zweiter Auffrischimpfung gelten Personen, die eine oder zwei weitere Impfung(en) nach abgeschlossener Grundimmunisierung. Weitere Informationen auf <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/fachinformationen/infodienste-newsletter/infektnews/seiten/lagebericht-covid-19/faq-zu-lagebericht/>

** Daten werden werktäglich vom RKI aktualisiert; Bezugsgröße ab dem 30.08.2021: Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2021 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

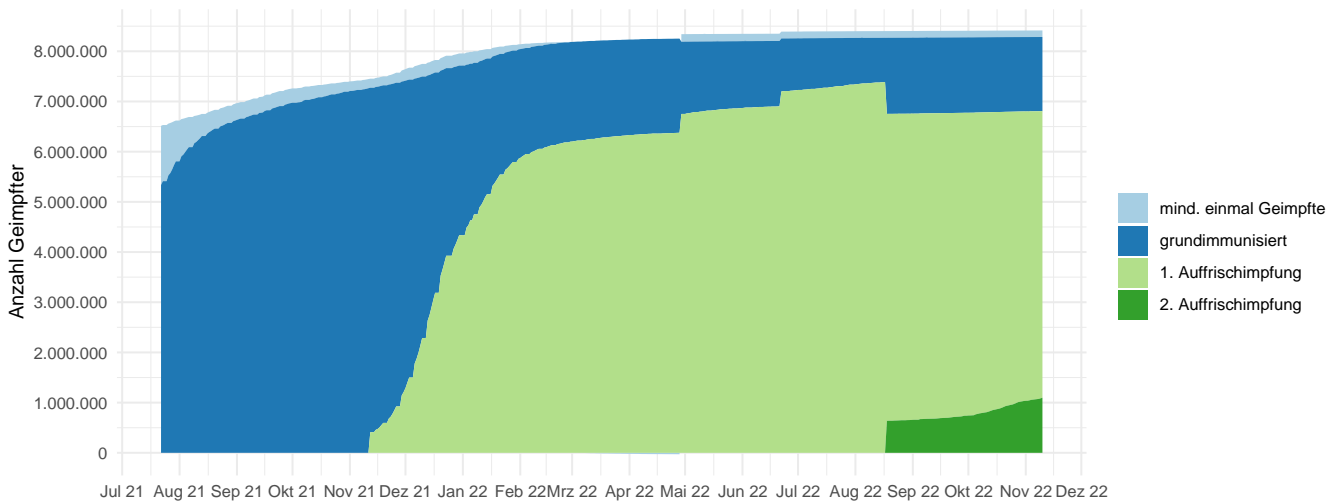


Abbildung 15: Impffortschritt in Baden-Württemberg seit 22.07.2021 für mindestens einmal Geimpfte, Grundimmunisierte und Personen erster und zweiter Auffrischimpfung mit Impfpflicht, Stand: 10.11.2022, 08:00 Uhr.

Prognose der COVID-19 Fälle auf Intensivstation (ITS)

Die ITS-Betten-Prognose in Abbildung 9 schätzt die zu erwartende Anzahl von Patienten mit COVID-19 auf Intensivstation unter der Annahme, dass die zum Zeitpunkt der Prognoseabfrage bestehenden Infektionsparameter und -bedingungen unverändert bleiben. Der Zeitraum der Prognose umfasst 14 Tage. Die Farbschattierungen stellen den Interquartilsabstand (dunkel) und das 95 %-Vorhersageintervall (hell) dar. Die Linie entspricht dem Medianwert. Die Berechnungen erfolgen auf der Basis des Modells des Instituts für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg; *Donker, T., et al. (2021). Navigating hospitals safely through the COVID-19 epidemic tide: Predicting case load for adjusting bed capacity. Infection Control & Hospital Epidemiology, 42(6), 653-658. doi:10.1017/ice.2020.464.* Berücksichtigt werden dabei unter anderem die gestrige landesweite Inzidenz, der R-Wert, die Impfquote und die ITS-COVID-19 Bettenbelegung des DIVI-Intensivregisters. Seit dem 16.11.2021 verwendet die Darstellung außerdem eine exponentielle Glättungsfunktion. Die zunehmende Streuung der Vorhersage ergibt dabei sich aus den Schwankungen der ermittelten R-Werte für BW innerhalb der vergangenen 100 Tage.

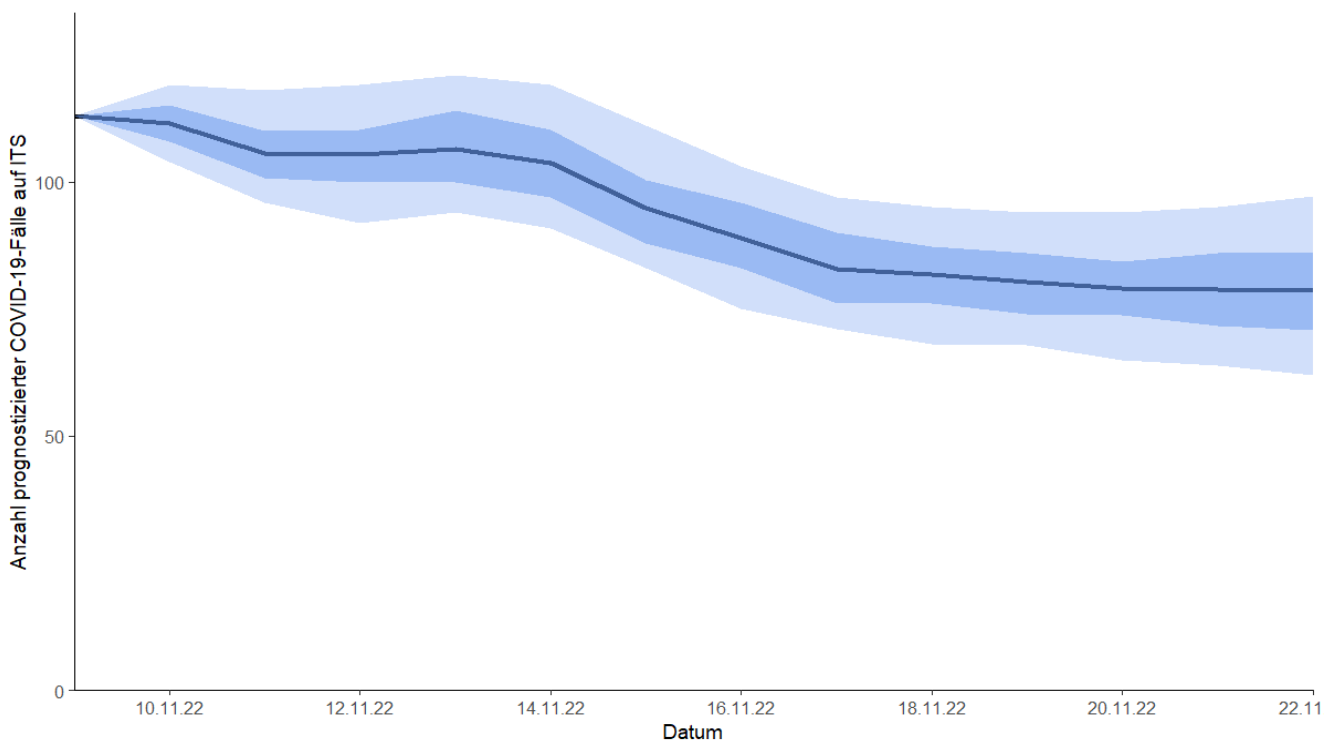


Abbildung 16: Anzahl prognostizierter COVID-19 Fälle auf ITS nach Datum ab dem 09.11.2022 für 14 Tage mit Interquartilsabstand (dunkel) und 95%-Vorhersageintervall (hell), Baden-Württemberg, Stand RKI und DIVI-Intensivregister (www.intensivregister.de): 10.11.2022, 15:30 Uhr. (Quelle: Berechnungen auf der Basis des Modells des Instituts für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg)

Bewertung der Lage in Deutschland (RKI, Stand 29.06.2022)

Das Robert Koch-Institut schätzt die derzeitige Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als **hoch** ein.

Das Risiko für schwere Erkrankungen lässt sich durch eine Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) und insbesondere eine Auffrischimpfung (drei- oder viermalige Impfung) wesentlich reduzieren. Die aktuell dominante Omikronvariante, insbesondere BA.2, hat sich deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten, jedoch kam es nicht in gleichem Verhältnis zu einer Erhöhung schwerer Erkrankungen und Todesfälle wie in den vorherigen Infektionswellen.

Ziel der Anstrengungen in Deutschland ist es, vermeidbare schwere Erkrankungen und Todesfälle sowie mögliche Langzeitfolgen zu minimieren und auch in der COVID-19-Pandemie allen Menschen die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Hintergrund

SARS-CoV-2 zirkuliert weiterhin in erheblichem Maße in der Bevölkerung. Das Virus verbreitet sich überall dort, wo Menschen ohne Schutzmaßnahmen zusammenkommen, insbesondere in geschlossenen Räumen. Der Anteil schwerer Erkrankungen und Todesfälle ist jedoch nicht mehr so hoch wie in den ersten vier Erkrankungswellen der COVID-19-Pandemie. Die höchste Gefährdung für schwere Erkrankungen betrifft Menschen höheren Alters, mit Vorerkrankungen oder unzureichendem Immunschutz. Insbesondere der Eintrag von Infektionen in Alten- und Pflegeheime und in Krankenhäuser muss daher vermieden werden.

Empfehlungen

Bei Auftreten von Symptomen einer neu auftretenden Atemwegserkrankung wie z.B. Schnupfen, Halsschmerzen oder Husten wird - unabhängig vom Impfstatus und Erregernachweis - dringend empfohlen, Kontakte zu meiden und bei Bedarf die hausärztliche Praxis zu kontaktieren. Aktuelle Empfehlungen für nachweislich mit SARS-CoV-2 infizierte Personen sowie ihre engen Kontaktpersonen finden sich unter: www.rki.de/covid19-absonderung.

Die Impfung bietet einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung und Hospitalisierung durch COVID-19, dies gilt auch für die Omikronvariante. Die Schließung von Impflücken und Auffrischimpfungen entsprechend den STIKO-Empfehlungen (www.rki.de/covid-19-impfempfehlung) sind daher sehr wichtig. Die Schutzwirkung gegenüber einer Infektion lässt allerdings nach wenigen Monaten nach, sodass angesichts der weiterhin hohen Zahl von Neuinfektionen die konsequente Einhaltung der AHA+L-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, im Alltag Maske tragen, regelmäßig lüften) und eine Kontaktreduktion zur Reduktion des Infektionsrisikos erforderlich bleiben. Die Wirksamkeit ist am höchsten, wenn diese bei einem Zusammentreffen von allen Personen eingehalten werden.

Es bleibt daher weiter wichtig, dass jeder Bürger und jede Bürgerin die empfohlenen und bewährten Verhaltensregeln einhält und die Maßnahmen umsetzt.

Die Empfehlungen gelten auch für Geimpfte und Genesene unabhängig von dem angenommenen individuellen Immunschutz, und sie helfen auch dabei, die Krankheitslast durch weitere akute Atemwegsinfektionen wie die Influenza zu reduzieren.

Die ganze Risikobewertung des RKI zu COVID-19 finden Sie unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html.

Den täglichen Lagebericht des RKI finden Sie unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.

Hinweise zur Auswertung und Berichterstattung der COVID-19-Meldedaten

Nach der Meldung eines COVID-19-Falls an das zuständige Gesundheitsamt wird dieser Fall geprüft und anschließend an das Landesgesundheitsamt (LGA) und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Bis zum 01.11.2021 wurden in der Berichterstattung des LGA PCR-bestätigte Fälle als COVID-19-Fälle gezählt. Ab dem 02.11.2021 wird in der Berichterstattung die RKI Referenzdefinition (<https://rki.de/covid-19-faldefinition>) verwendet, diese beinhaltet neben der PCR-Bestätigung zusätzlich die Erregerisolierung. Das Meldedatum und das Übermittlungsdatum sind hierbei je nach Zeitpunkt der Meldung bzw. Übermittlung nicht immer identisch. Die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz (Tabelle 1, Spalte "Anzahl der gemeldeten Fälle in den letzten 7 Tagen") erfolgt auf Basis des Meldedatums, also des Datums, an dem das lokale Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst. Für die aktuelle 7-Tage-Inzidenz werden die Fälle mit Meldedatum der letzten 7 Tage inklusive des aktuellen Tages gezählt. Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf alle an das LGA neu übermittelten oder zurückgenommenen Fälle, die am Vortag zum Datenschluss noch nicht übermittelt waren, unabhängig von deren angegebenen Meldedaten.

Die Berechnung der Genesenen erfolgt seit dem 08.04.2020 auf einem vom RKI entwickelten Algorithmus, der auch Fälle mit in die Schätzung einbezieht, für die kein Erkrankungsbeginn, keine klinischen Angaben oder keine Informationen zu einem Krankenhausaufenthalt vorliegen. Bewertet wurden entsprechend nicht-verstorbene Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn oder Meldedatum bis zu 14 Tagen vor Berichtsdatum, die nicht hospitalisiert werden mussten oder bereits vor 7 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wurden; und nicht-verstorbene Fälle ohne Hospitalisierungsdaten mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum bis zu 28 Tage vor Berichtsdatum.

Bis zum 30.09.2020 wurde in den Lage- bzw. Tagesberichten COVID-19 für die kreisbezogenen Inzidenzen der vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg veröffentlichte Bevölkerungsstand vom 30.06.2019 und vom 01.10.2020 bis zum 29.08.2021 der Bevölkerungsstand vom 31.12.2019 verwendet. Vom 30.08.2021 bis 20.09.2022 wurde zur Berechnung der kreispezifischen Inzidenzen der Bevölkerungsstand vom 31.12.2020 verwendet, ab dem 21.09.2022 wird der Bevölkerungsstand vom 31.12.2021 verwendet. Dadurch kann es zu geringfügigen Abweichungen bei den Ergebnissen kommen. Wir bitten zu berücksichtigen, dass es zu Abweichungen zwischen den von den kommunalen Gesundheitsämtern herausgegebenen Zahlen und den vom LGA ausgewiesenen Fällen und errechneten Inzidenzen kommen kann. Gründe hierfür können zeitliche Verzögerungen zwischen dem Bekanntwerden neuer Fälle bei den Gesundheitsämtern und der Eingabe in die Meldesoftware mit anschließender Übermittlung an das Landesgesundheitsamt sein.

Eine FAQ zur Berechnung der Inzidenzen für Baden-Württemberg finden Sie hier: <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/fachinformationen/infodienste-newsletter/infektnews/seiten/lagebericht-covid-19/faq-zu-lagebericht/>

Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht täglich eine Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für die einzelnen Bundesländer auf der Basis eines Nowcasting (für eine detaillierte Beschreibung der Methodik siehe Epid. Bull. 17: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/17/Art_02.html).

Neue Dokumente des RKI und anderer Behörden (Stand 10.11.2022)

keine

Aktualisierungen des RKI und anderer Behörden (Stand 10.11.2022)

keine