



Baden-Württemberg

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration
Landesgesundheitsamt

Referat 73: Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie

Lagebericht COVID-19

Datenstand: Donnerstag, 09.03.2023, 16:00 Uhr

COVID-19-Kennwerte Baden-Württemberg		
Bestätigte Fälle 5.063.860 (+771*)	7-Tage-Inzidenz° 40,7 (-1,6*) Vorwoche (101,0)	COVID-19-Fälle aktuell auf ITS^{°°} 136 (+4*) Vorwoche (104)
Verstorbene** 19.296 (+14*)	7-Tage Hospitalisierungsinzidenz° 3,8 (+0,2*) Vorwoche (5,0)	Anteil COVID-19-Belegungen an Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Betten^{°°°} 6,7% (+0,2%*) Vorwoche (5,1%)
Genesene*** 5.004.573 (+2.087*)	Geschätzter 7-Tages R-Wert °° 0,60 (0,58 - 0,63)	COVID-19-Fälle aktuell auf Normalstation^{°°°°} 1.370 (+5*) Vorwoche (1.397)
Grundimmunisiert 8.291.835 74,5 % (Vorwoche +0 %)"	Erste Auffrischimpfung 6.834.849 61,4 % (Vorwoche +0 %)"	Zweite Auffrischimpfung 1.350.527 12,1 % (Vorwoche +0 %)"

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 ([Link RKI](#)); °°°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 ([Link RKI](#)). Eine FAQ zur Berechnung der Inzidenzen finden Sie hier: [Lagebericht-FAQ](#).

Beschreibung der Lage in Baden-Württemberg

Nach einem Anstieg der Fallzahlen im Januar sind im März die übermittelten SARS-CoV-2-Neuinfektionen deutlich zurückgegangen. Die Omikron-Variante ist weiterhin die dominierende SARS-CoV-2-Variante. Seit Beginn der Pandemie wurden bislang insgesamt 5.063.860 laborbestätigte COVID-19-Fälle aus allen 44 Stadt- bzw. Landkreisen berichtet, darunter 19.296 Todesfälle. Die 7-Tage-Inzidenz beträgt landesweit 40,7 pro 100.000 Einwohner.

Der Anteil der Infizierten > 60 Jahre an allen Fällen innerhalb der letzten sieben Tage beträgt 44 %; der Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 - 19 Jahre) 5 %.

Nach Daten des DIVI-Intensivregisters (www.intensivregister.de) von Krankenhaus-Standorten mit Intensivbetten zur Akutbehandlung sind mit Datenstand 09.03.2023 12:30 Uhr 136 COVID-19-Fälle in Baden-Württemberg in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 41 (30 %) invasiv beatmet. Der Anteil an COVID-19-Fällen in intensivmedizinischer Behandlung an der Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Betten beträgt 6,7%.

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: 09.03.2023 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	90.967	(+ 18)	45.544,5	313	(+ 2)	79	39,6
LK Biberach	99.361	(+ 13)	48.887,5	340	-	81	39,9
LK Böblingen	184.653	(+ 22)	46.962,2	542	-	171	43,5
LK Bodenseekreis	92.480	(+ 10)	42.250,5	398	-	89	40,7
LK Breisgau-Hochschwarzwald	116.897	(+ 17)	43.980,6	407	-	89	33,5
LK Calw	70.930	(+ 47)	44.142,0	363	-	97	60,4
LK Emmendingen	81.272	(+ 18)	48.392,0	298	(+ 1)	81	48,2
LK Enzkreis	95.391	(+ -1)	47.639,1	359	-	83	41,5
LK Esslingen	243.383	(+ 26)	45.629,6	1.048	-	173	32,4
LK Freudenstadt	56.187	(+ 6)	47.143,5	267	-	25	21,0
LK Göppingen	113.258	(+ 12)	43.721,2	426	-	93	35,9
LK Heidenheim	63.674	(+ 6)	47.890,3	383	-	43	32,3
LK Heilbronn	168.546	(+ -15)	48.460,9	536	-	142	40,8
LK Hohenlohekreis	55.017	(+ 9)	48.551,0	198	-	44	38,8
LK Karlsruhe	210.681	(+ 34)	46.975,9	777	-	225	50,2
LK Konstanz	124.943	(+ 15)	43.368,4	453	-	72	25,0
LK Lörrach	94.638	(+ 7)	41.246,5	480	-	48	20,9
LK Ludwigsburg	233.743	(+ 33)	42.913,9	765	-	197	36,2
LK Main-Tauber-Kreis	61.840	(+ 13)	46.511,6	256	-	83	62,4
LK Neckar-Odenwald-Kreis	71.695	(+ 6)	49.812,8	239	(+ 1)	72	50,0
LK Ortenaukreis	212.481	(+ 34)	48.898,5	978	(+ 4)	168	38,7
LK Ostalbkreis	151.547	(+ 25)	48.108,8	638	-	119	37,8
LK Rastatt	114.526	(+ 23)	49.301,8	449	-	161	69,3
LK Ravensburg	130.790	(+ 13)	45.569,7	241	-	66	23,0
LK Rems-Murr-Kreis	197.433	(+ 29)	46.203,0	732	(+ 1)	151	35,3
LK Reutlingen	132.027	(+ 30)	45.817,6	572	-	90	31,2
LK Rhein-Neckar-Kreis	249.630	(+ 70)	45.467,5	924	(+ 2)	352	64,1
LK Rottweil	67.883	(+ 2)	48.333,9	311	-	49	34,9
LK Schwäbisch Hall	86.207	(+ 8)	43.233,6	378	-	68	34,1
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	96.885	(+ 14)	45.403,8	443	-	109	51,1
LK Sigmaringen	67.508	(+ 10)	51.249,2	199	-	57	43,3
LK Tübingen	103.812	(+ 34)	45.173,8	278	-	79	34,4
LK Tuttlingen	66.451	(+ 4)	46.660,4	293	-	51	35,8
LK Waldshut	73.469	(+ 11)	42.901,9	396	-	38	22,2
LK Zollernalbkreis	91.795	(+ 18)	48.175,0	405	-	99	52,0
SK Baden-Baden	23.935	(+ 2)	43.105,2	136	-	25	45,0
SK Freiburg i. Breisgau	106.208	(+ 19)	45.809,3	320	-	86	37,1
SK Heidelberg	62.370	(+ 21)	39.166,1	182	-	88	55,3
SK Heilbronn	59.506	(+ 10)	47.372,5	301	-	72	57,3
SK Karlsruhe	130.662	(+ 19)	42.630,1	422	(+ 1)	127	41,4
SK Mannheim	135.990	(+ 20)	43.610,2	550	-	170	54,5
SK Pforzheim	59.448	(+ 26)	47.358,0	347	-	33	26,3
SK Stuttgart	253.430	(+ 24)	40.466,2	775	-	192	30,7
SK Ulm	60.311	(+ 9)	47.508,1	178	(+ 2)	86	67,7
Gesamtergebnis	5.063.860	(+ 771)	45.519,3	19.296	(+ 14)	4.523	40,7

*Bezugsgröße: Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2021 (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg); **Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind; ***Übermittlung enthält Nachmeldungen; +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: [Link Gesundheitsatlas](#). Eine FAQ zur Berechnung der Inzidenzen finden Sie hier: [Link Gesundheitsatlas](#).

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

7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner

- keine Fälle
- > 0 - <= 50
- > 50 - <= 100
- > 100 - <= 150
- > 150 - <= 200
- > 200 - <= 250
- > 250 - <= 300
- > 300

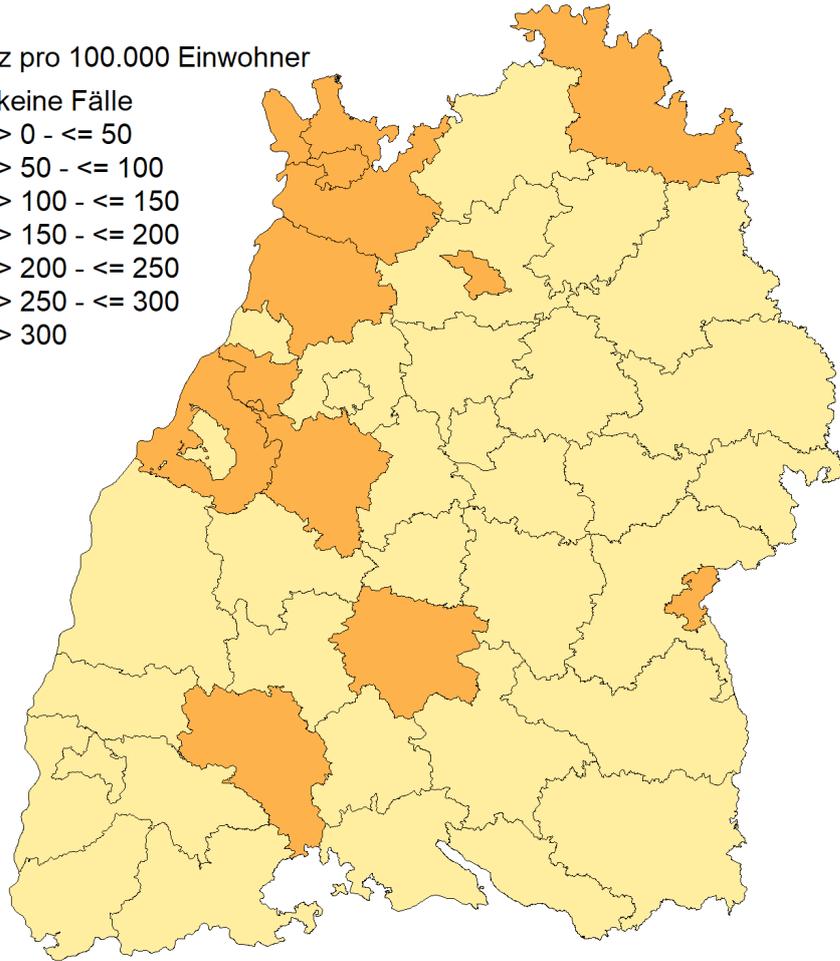


Abbildung 1: 7-Tage-Inzidenz der übermittelten Covid-19-Fälle/100.000 Einwohner nach Meldelandkreis, Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023, 16:00 Uhr.

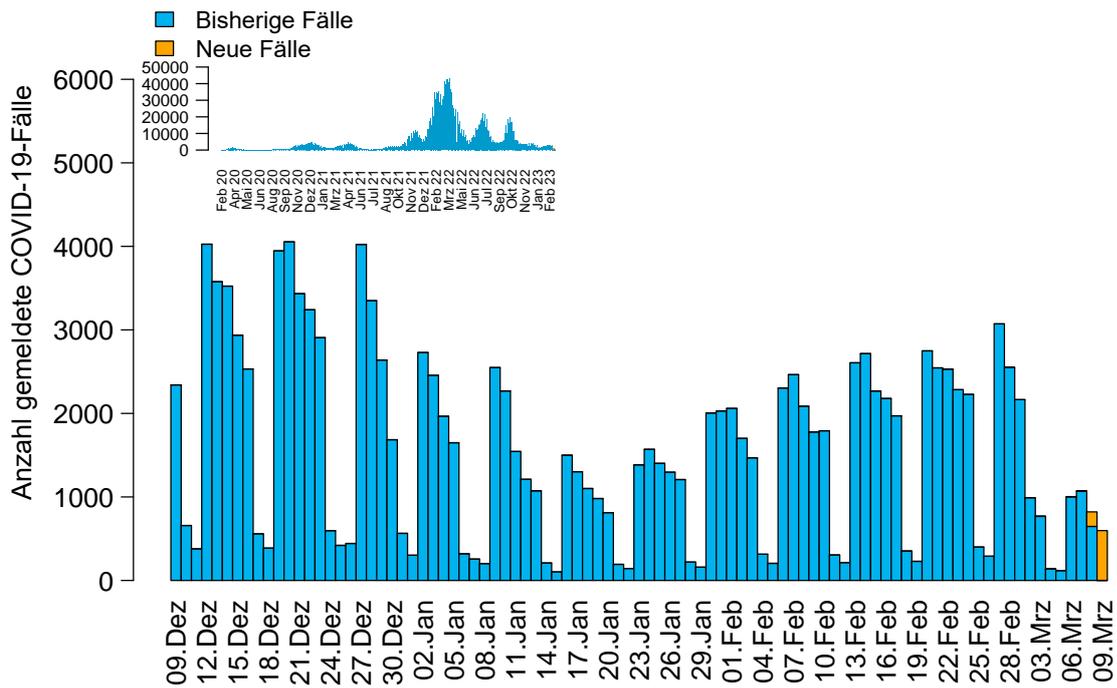


Abbildung 2: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldedatum (blau: bisherige Fälle; gelb: neu übermittelte Fälle), Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023, 16:00 Uhr.

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.

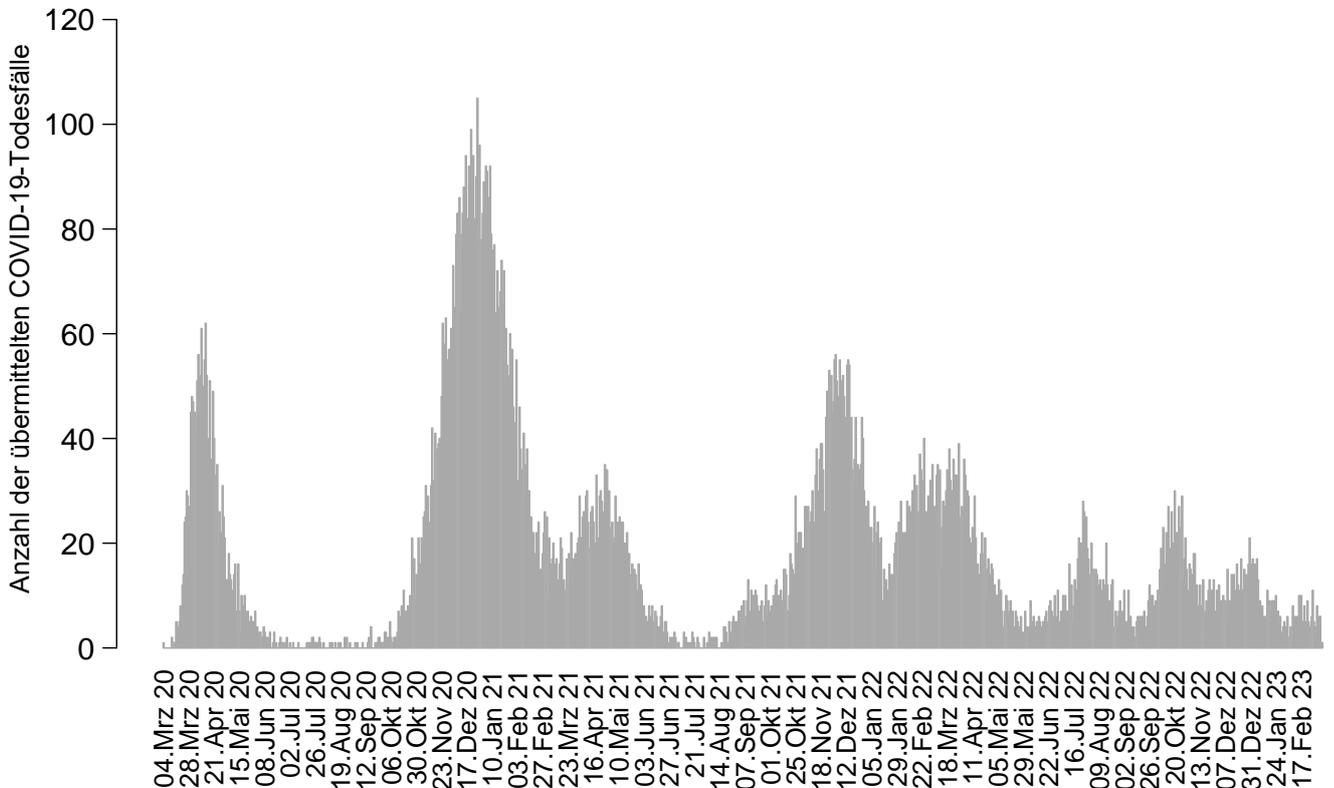


Abbildung 3: Anzahl der übermittelten Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind, nach Sterbedatum, Baden-Württemberg, Stand: 09.03., 16:00 Uhr.

Tabelle 2: Anzahl der übermittelten Fälle, die mit und an COVID-19 verstorben sind, nach Altersgruppe, Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023 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	26	76	213	768	1.746	3.862	8.411	4.179

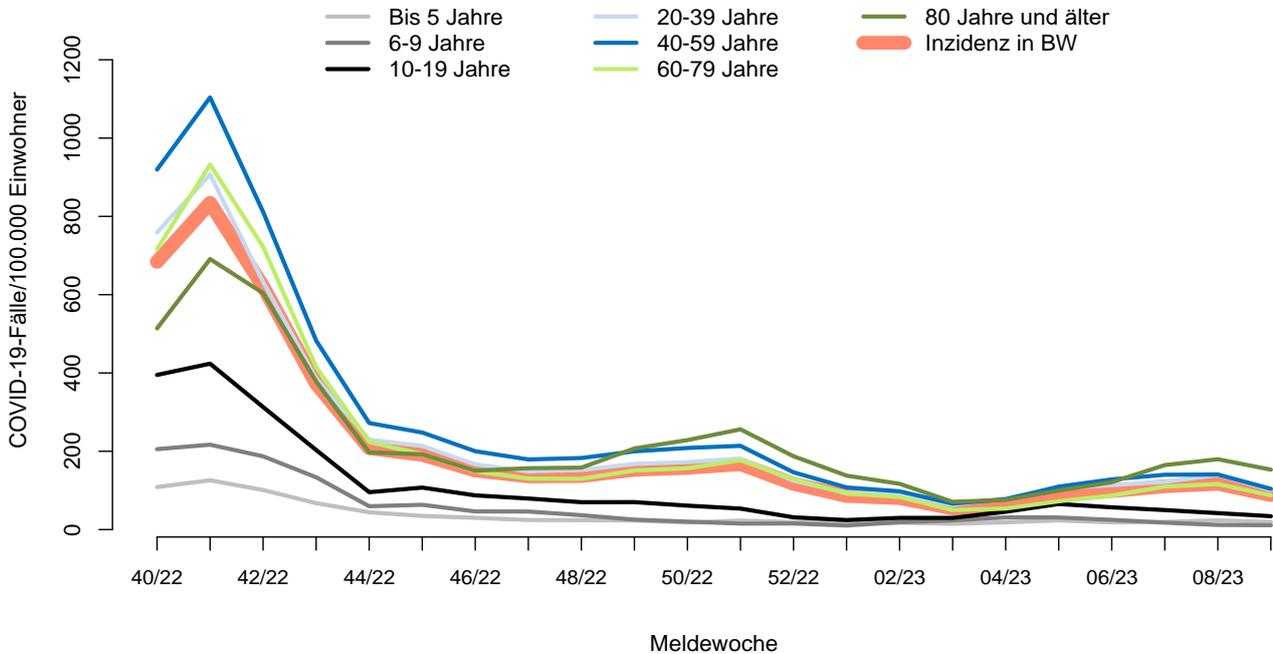


Abbildung 4: Übermittelte COVID-19-Fälle in 2022/23 pro 100.000 Einwohner, nach Altersgruppe und Meldewoche mit Landesdurchschnitt (rote Linie), Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023, 16:00 Uhr.

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 **3,8**.

Die in den letzten sieben Tagen gemeldeten **427** hospitalisierten Fälle fließen in die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz ein. In **310** Fällen (**73 %**) erfolgte die Hospitalisierung aufgrund von COVID-19, in **16** Fällen (**4 %**) aufgrund einer anderen Ursache. In **101** Fällen (**24 %**) ist die Ursache der Hospitalisierung unbekannt.

Dem Landesgesundheitsamt wurden mit Meldedatum innerhalb der letzten 28 Tage **40.960** COVID-19-Fälle übermittelt, von denen **2.795** Fälle hospitalisiert waren. Die Altersverteilung der **2.795** hospitalisierten COVID-19-Fälle in den letzten 28 Tagen und der jeweilige Anteil der Altersgruppen ist in Abbildung 5 dargestellt.

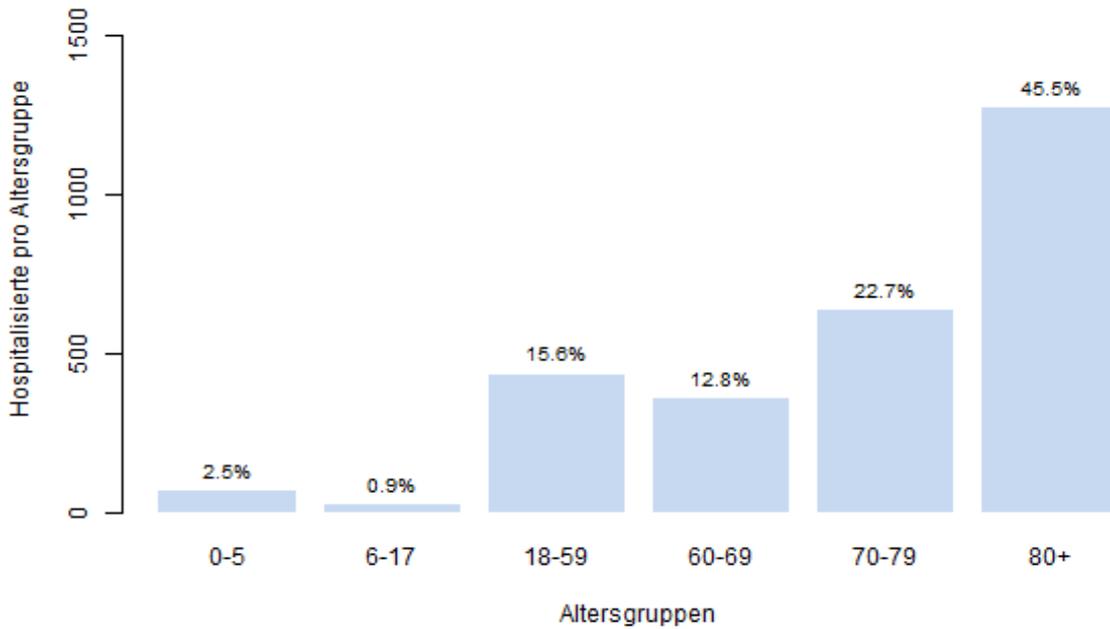


Abbildung 5: Hospitalisierte COVID-19-Fälle mit Meldedatum innerhalb der letzten 28 Tage nach Altersgruppen, Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023, 16:00 Uhr.

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.

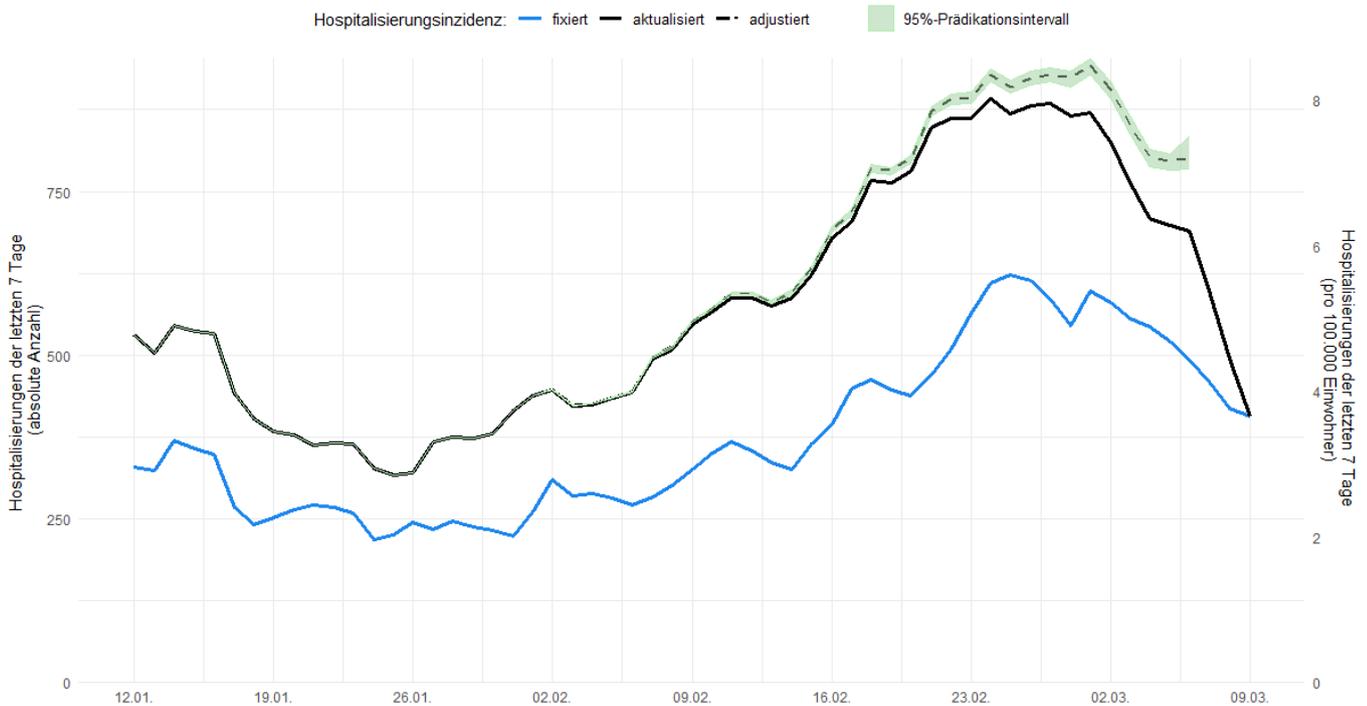


Abbildung 6: Verlauf der bereits berichteten Hospitalisierungen (absolute Anzahl; linke y-Achse) und der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (Anteil pro 100.000 Einwohnern; rechte y-Achse) in schwarz und der geschätzte Verlauf mit noch zu erwartenden Hospitalisierungen in dunkelgrün mit grünem Schätzbereich. Historische Hospitalisierungen und -inzidenzen in Blau, Baden-Württemberg, (Quelle: RKI, Stand: 09.03.2023)

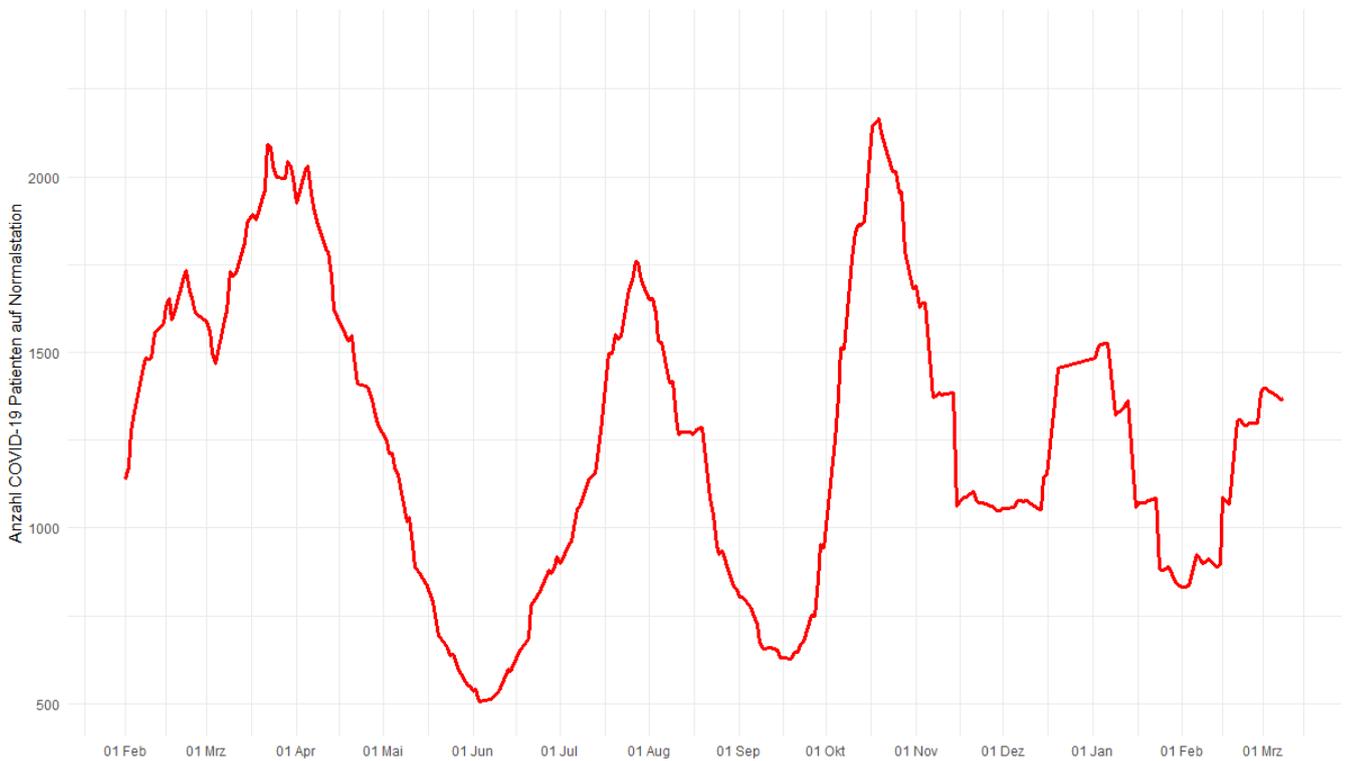
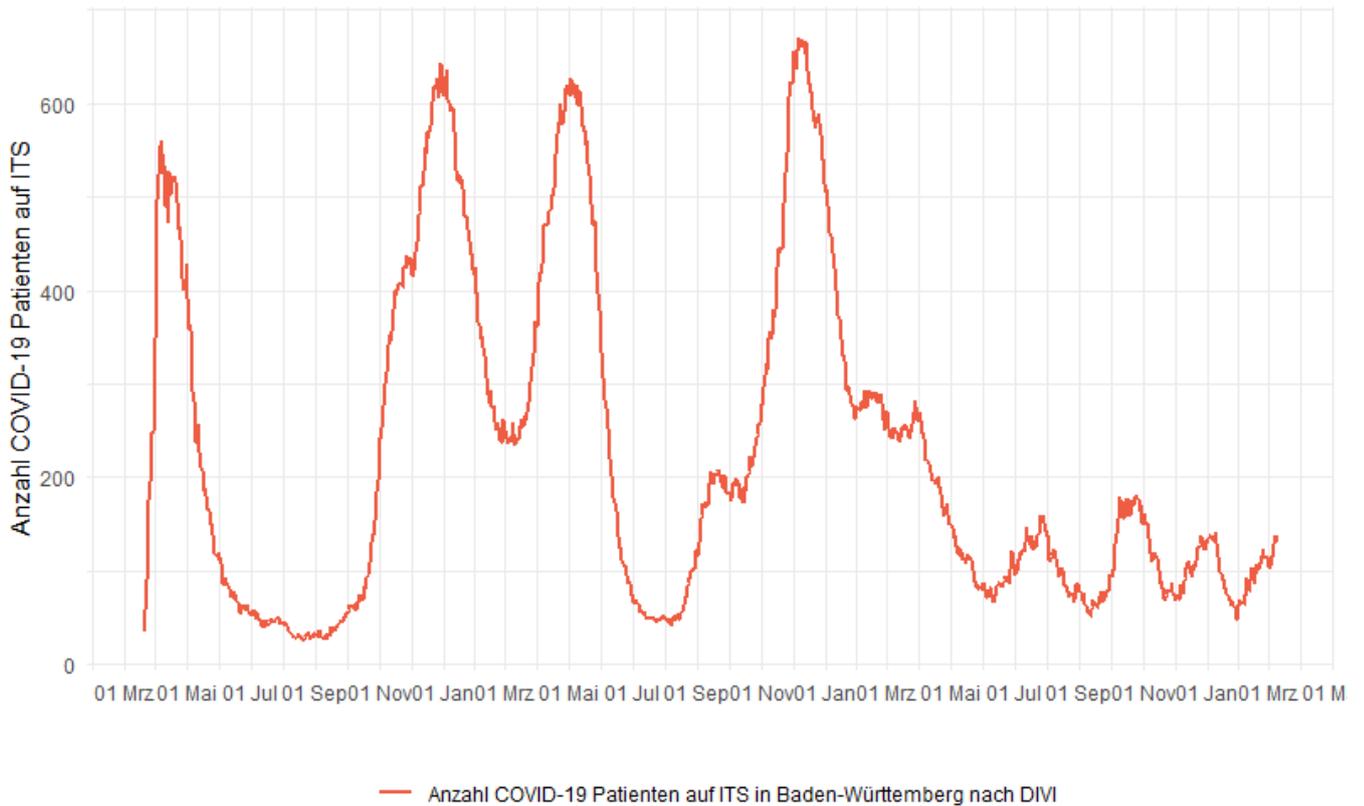


Abbildung 7: Anzahl bestätigter COVID-19-Fälle auf Normalstationen, Baden-Württemberg (Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft [Link DKEV](#)), Stand: 09.03.2023).



— Anzahl COVID-19 Patienten auf ITS in Baden-Württemberg nach DIVI

Abbildung 8: Anzahl der gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19 Fälle auf Erwachsenen-Intensivstationen in Baden-Württemberg ([Link DIVI](#)), Stand: 09.03.2023).

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. Ab dem 01.12.2022 werden neben Fällen mit PCR-Bestätigung in Rahmen von Ausbrüchen auch Fälle mit ausschließlich Antigen-Nachweis ausgewiesen, da vermehrt auf eine PCR-Bestätigung nach erfolgtem Antigen-Nachweis verzichtet wird. Bei Vergleich der bundesweiten Zahlen sollten aber nur die PCR-bestätigten Fälle herangezogen werden.

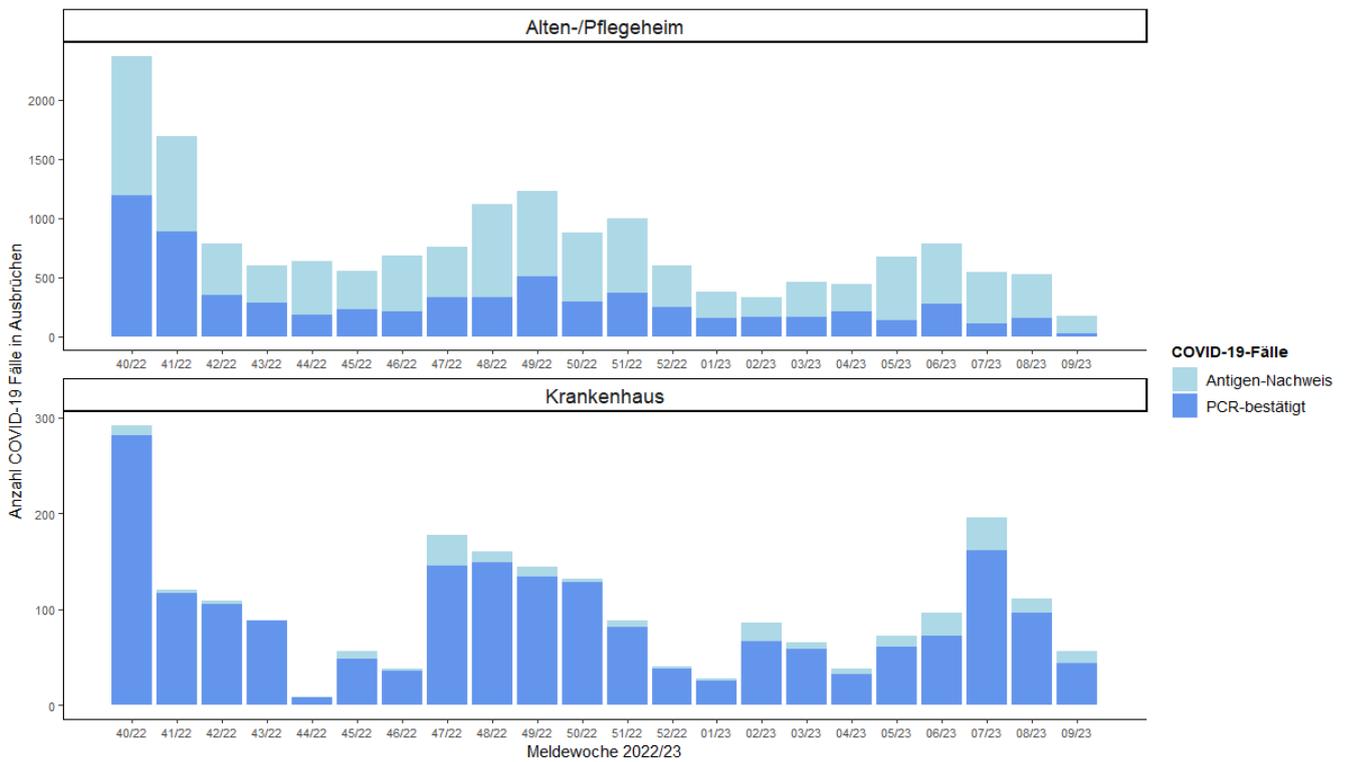


Abbildung 9: Anzahl der COVID-19-Fälle mit Antigen-Nachweis oder PCR-Bestätigung in Ausbrüchen nach Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen und nach Meldewoche, 2022/23, Baden-Württemberg, Stand: 09.03.2023, 16:00 Uhr.

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

Berichtet wird der Anteil von positiven (PCR)-Tests an allen durchgeführten (PCR)-Tests, die in der RKI-Testzahlerfassung für Baden-Württemberg erfasst sind. Die Daten sind der Abbildung 10 zu entnehmen.

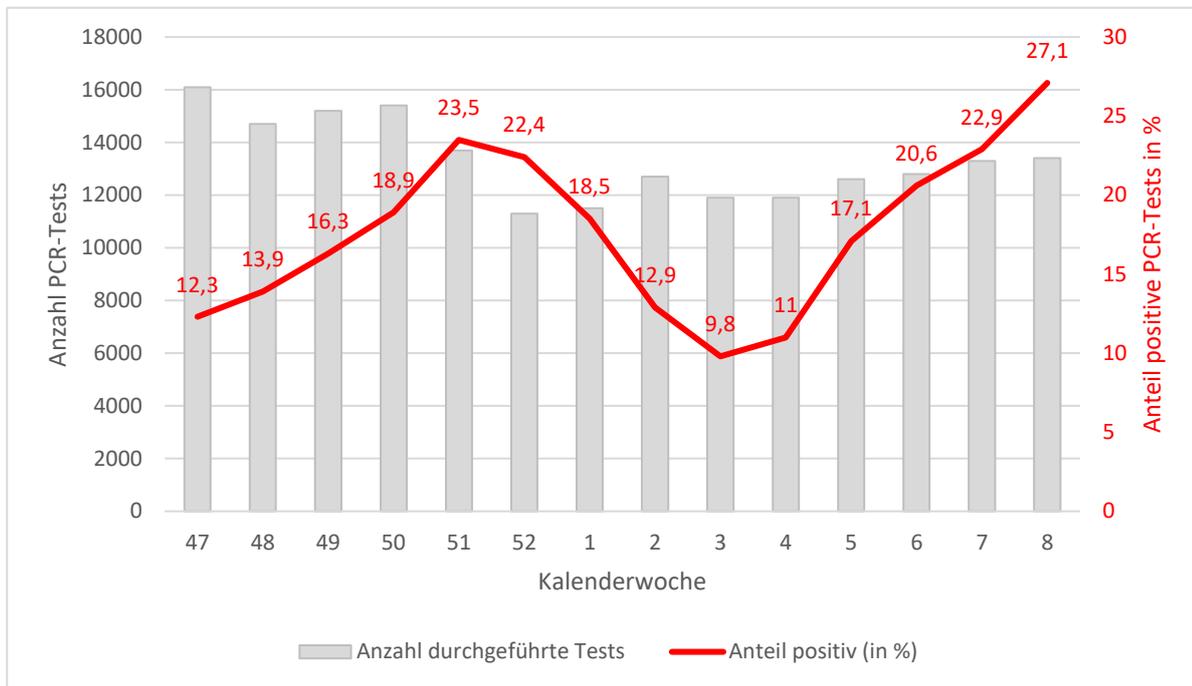


Abbildung 10: Anzahl der durchgeführten SARS-CoV-2 PCR-Tests und Anteil der positiven PCR-Tests nach Kalenderwoche seit KW 47/2022, Baden-Württemberg, (Quelle: ARS - Antibiotika Resistenz Surveillance, Link RKI, Stand: 09.03.2023).

Dargestellt ist der Anteil an positiven (PCR) Tests von allen durchgeführten (PCR) Tests die in der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 des RKI erfasst sind. Bei den erfassten PCR-Tests handelt es sich nicht um eine Vollerfassung. Ebenso ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da z. B. in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können.

Hintergrundinformationen zum Datensatz und Entstehungskontext sowie Aufbau und Inhalt des Datensatzes sind unter <https://ars.rki.de/Content/COVID19/Main.aspx> veröffentlicht.

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 zeigte seit der 3. KW einen steigenden Trend, der sich in der 9. KW 2023 weiter fortgesetzt hat (9,4 %; Vorwoche: 8,7 %) (Abb. 11). Der Anstieg der ARE-Rate ist hauptsächlich auf die Erwachsenen zurückzuführen, bei den Kindern ist seit der 3. KW ein leicht sinkender Trend zu beobachten. Die aktuelle ARE-Rate entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch. Der aktuelle Wert lag im oberen Bereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

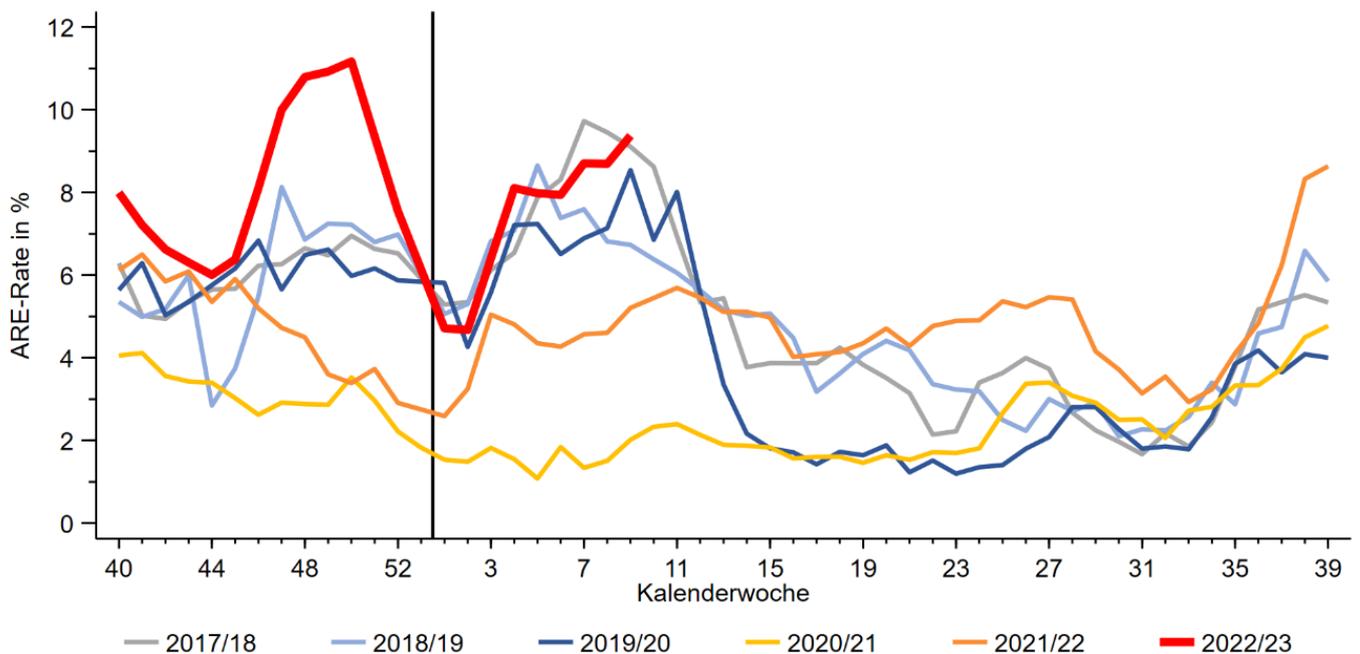


Abbildung 11: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (ab KW 40 2022). Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel (Quelle: RKI).

Die ARE-Aktivität ist in der 9. KW 2023 auf die Zirkulation unterschiedlicher Atemwegserreger zurückzuführen, insbesondere Rhino- und Influenzaviren, gefolgt von hMPV. Bei den Influenzaviren handelt es sich weiterhin größtenteils um Influenza B-Viren. Es wurden auch andere Atemwegsviren des untersuchten Erregerpanels (SARS-CoV-2, PIV, hCoV) detektiert.

ARE- Surveillance im ambulanten Bereich (Baden-Württemberg)

In KW 09/2023 liegt der Wert der ARE-Konsultationen bei ca. 2.200 Arztkonsultationen/100.000 Einwohnern. Auf die Bevölkerung in Baden-Württemberg bezogen, entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 244.200 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. Aktuell liegt die Zahl der Arztbesuche wegen ARE im Wertebereich der Vorsaison. Die höchste ARE-Konsultationsinzidenz liegt bei Kindern im Alter zwischen 0 bis 4 Jahre (6.000).

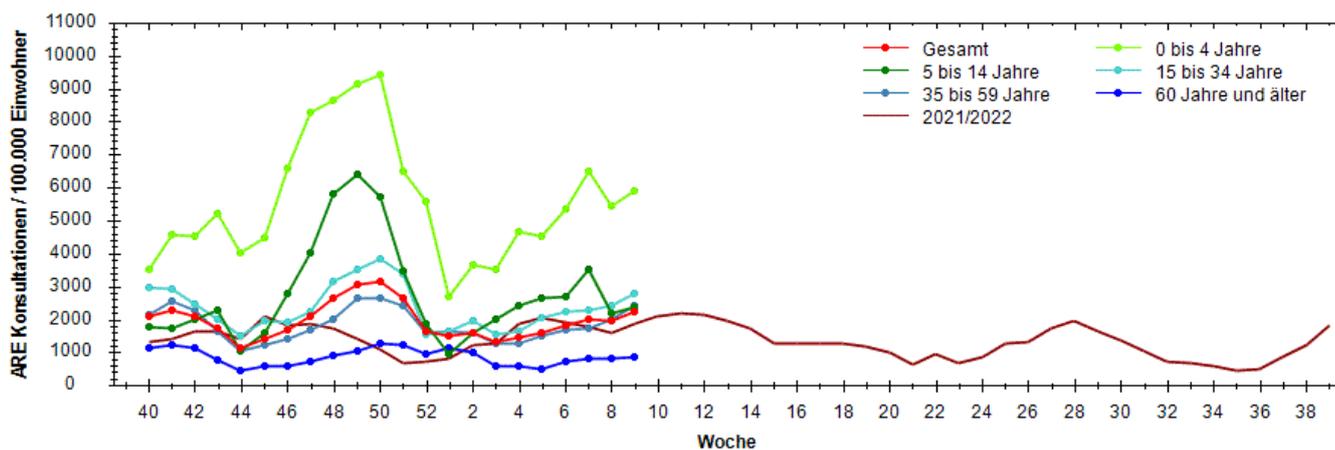


Abbildung 12: Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen in der aktuellen Saison (2022/2023, ab der 40.KW 2022) im Vergleich zur Saison 2021/2022, Baden-Württemberg, Stand: Kalenderwoche 09/2023 (Quelle: RKI).

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 leicht fallenden Trend der Viruslast im Abwasser.

Viruslast im Abwasser

SARS-CoV-2-Abwassersurveill: **50%** | +6,5% →

○ fallend ○ gleichbleibend ○ steigend

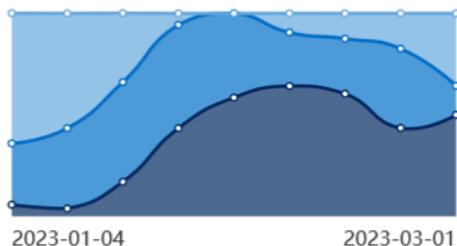


Abbildung 13: Veränderung der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser, Standorte mit steigendem, gleichbleibendem oder fallendem Trend (Datenstand: 09.03.2023, Quelle: Pandemieradar RKI), Stand: 09.03.2023).

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).

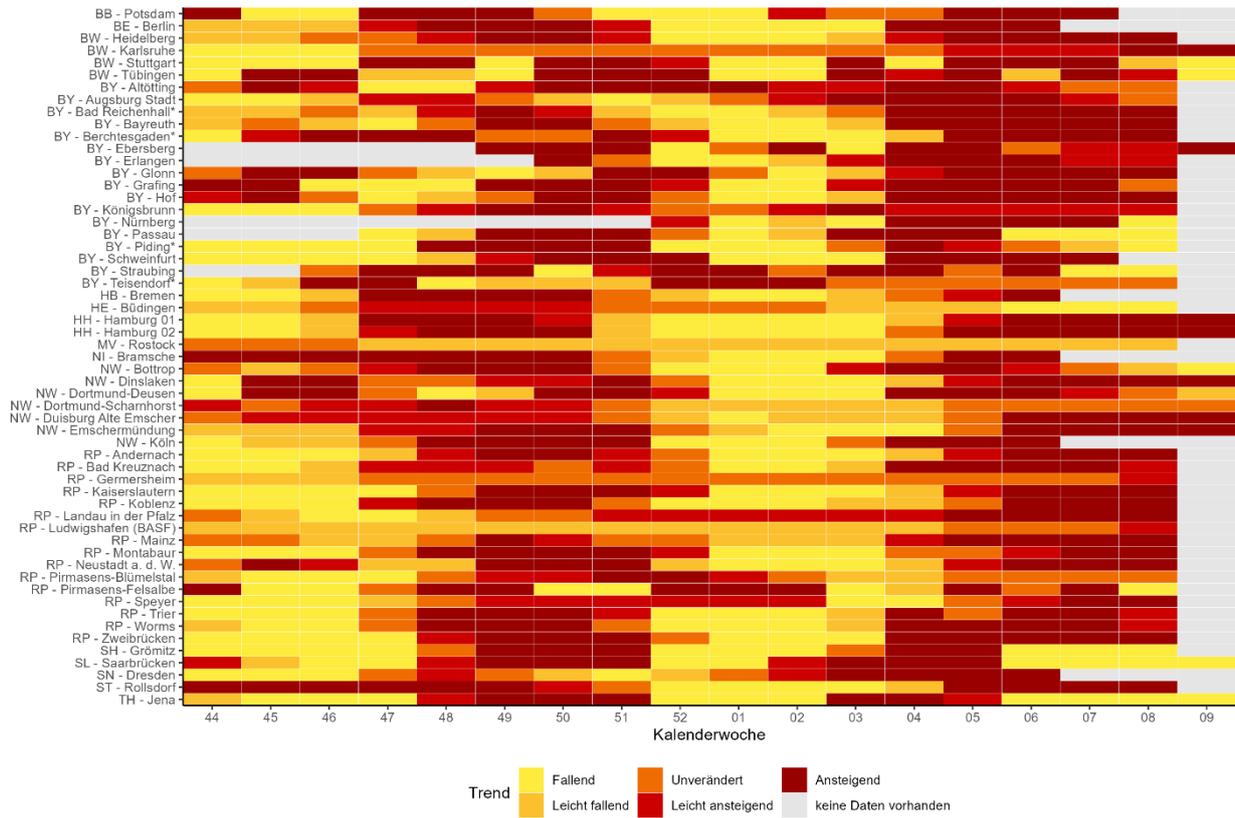


Abbildung 14: Entwicklung der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser an einzelnen Standorten bundesweit (Datenstand: XX.XX.XXXY, Quelle: RKI).

Weitere Informationen unter: [Situationsberichte RKI](#).

Daten zur COVID-19-Impfung Baden-Württemberg

Tabelle 3 enthält die vom RKI unter Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung ([Impfquotenmonitoring RKI](#)) 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: 09.03.2023, 08:00 Uhr)**

	Gesamtzahl bisher verabreichter Impfungen: 24.745.774		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*	8.421.957	75,7	19,6	71,4	82,6	89,4	85,5	+220 (+0 %)	
Grundimmunisiert*	8.291.835	74,5	17,3	67,0	81,5	88,9	84,2	+299 (+0 %)	
Erste Auffrischimpfung*	6.834.849	61,4	-	31,0	65,7	84,4	69,4	+598 (+0 %)	
Zweite Auffrischimpfung*	1.350.527	12,1	-	1,0	5,5	32,6	13,7	+1.368 (+0 %)	

*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 hier: [FAQ LGA](#)); ***Quelle: DIVI-Intensivregister; ****Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft; "Impfquoten bezogen auf die Gesamtbevölkerung und Änderung zur Vorwoche;

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

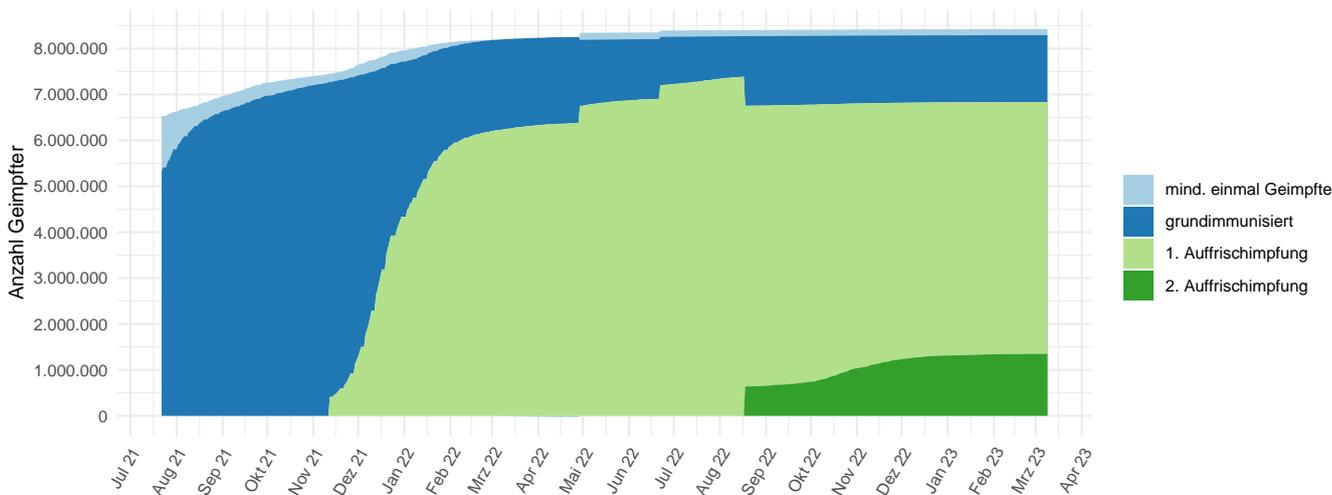


Abbildung 15: Impffortschritt in Baden-Württemberg seit 22.07.2021 für mindestens einmal Geimpfte, Grundimmunisierte und Personen erster und zweiter Auffrischimpfung mit Impfpflicht, Stand: 09.03.2023, 08:00 Uhr.

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.

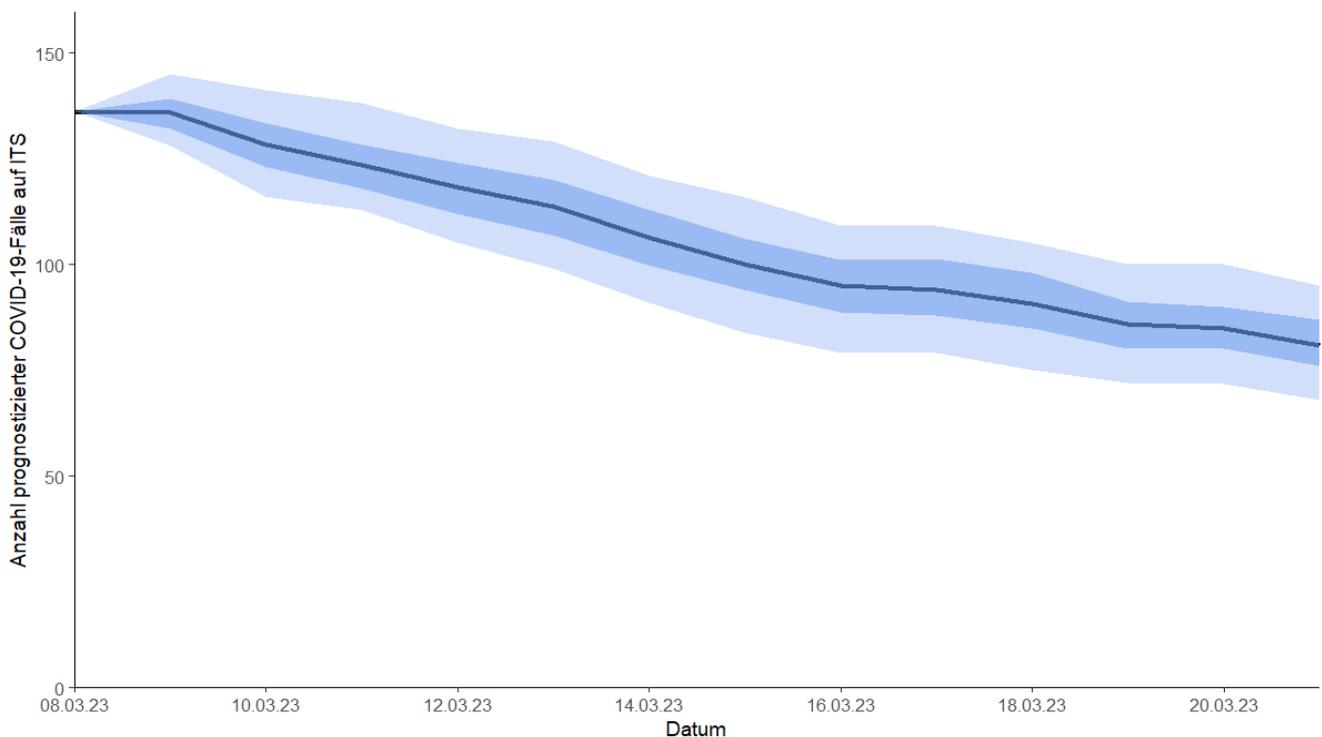


Abbildung 16: Anzahl prognostizierter COVID-19 Fälle auf ITS nach Datum ab dem 08.03.2023 für 14 Tage mit Interquartilsabstand (dunkel) und 95%-Vorhersageintervall (hell), Baden-Württemberg, Stand RKI und DIVI-Intensivregister (www.intensivregister.de): 09.03.2023, 15:30 Uhr. (Quelle: Berechnungen auf 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 **moderat** ein. Übertragung, Krankheitsschwere und Ressourcenbelastung des Gesundheitswesens durch COVID-19 gehen zurück.

Dies liegt unter anderem an einer geringeren Krankheitsschwere der durch die aktuell in Deutschland vorherrschenden Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Infektionen. Darüber hinaus besteht durch Infektion, aber vor allem Impfung eine breite Bevölkerungsimmunität. Aktuell tragen jedoch zusätzlich zu COVID-19 die epidemische Ausbreitung von saisonaler Influenza und RSV-Erkrankungen (Respiratorischen Synzytialviren) in der Bevölkerung zur Krankheitslast durch akute respiratorische Erkrankungen bei. Die weitere Entwicklung dieser Situation muss bei der Bewertung der Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und fortlaufend berücksichtigt werden. Bei einer Verschlechterung der Situation (etwa durch das Auftreten einer neuen Variante von SARS-CoV-2 mit veränderten Eigenschaften) ist eine Wiederhochstufung der Risikobewertung nicht ausgeschlossen.

Verschiedene Gruppen der Bevölkerung sind unterschiedlich stark von akuten Atemwegserkrankungen (ARE) betroffen. Insbesondere ältere Menschen und Menschen mit besonderen Risiken aufgrund chronischer Erkrankungen sind nach wie vor am stärksten durch schwere COVID-19-Erkrankungen gefährdet; in jüngeren Altersgruppen dominieren andere Erreger.

Ziel ist es, vermeidbare schwere Erkrankungen und Todesfälle sowie mögliche Langzeitfolgen durch COVID-19 zu minimieren und weiterhin allen Menschen die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Hintergrund

SARS-CoV-2 zirkuliert weiterhin in der Bevölkerung. Das Virus kann sich verbreiten, wo Menschen ohne Schutzmaßnahmen zusammenkommen, insbesondere in geschlossenen Räumen. Der Anteil schwerer Erkrankungen und Todesfälle ist jedoch nicht mehr so hoch wie in früheren Erkrankungswellen der COVID-19-Pandemie. Das größte Risiko für schwere Erkrankungen betrifft Menschen höheren Alters, mit Vorerkrankungen oder unzureichendem Immunschutz. Insbesondere der Eintrag von Infektionen in Alten- und Pflegeheime und in Krankenhäuser sollte daher weiterhin soweit wie möglich vermieden werden. Auch die Erreger von Influenza und RSV-Erkrankungen verbreiten sich bei direktem Kontakt, insbesondere in Innenräumen, effektiv von Mensch zu Mensch.

Jüngere, gesunde Menschen haben zwar ein geringeres Risiko für schwere Erkrankungen und Todesfälle, können jedoch weiterhin Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion entwickeln. Die Vermeidung einer Infektion ist damit grundsätzlich sinnvoll.

Empfehlungen

Bei 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 weiterhin sehr wichtig. Ein besonders guter Schutz scheint bei Vorliegen einer hybriden Immunität (Impfung plus Infektion) zu bestehen, weshalb auch weiterhin ungeimpften Menschen empfohlen wird, sich impfen zu lassen.

Die Schutzwirkung der COVID-19-Impfung und Infektion gegenüber einer (neuen) Erkrankung lässt allerdings nach wenigen Monaten nach, sodass es weiterhin sinnvoll ist, zur Reduktion des Infektionsrisikos Abstand zu halten, Hygiene zu beachten, in Innenräumen Masken zu tragen und regelmäßig zu lüften. Diese allgemeinen Maßnahmen

helfen auch gegen Übertragungen anderer akuter Atemwegserreger und reduzieren die Krankheitslast durch ARE insgesamt. Zum Schutz vor schweren Erkrankungen durch Influenza steht ebenfalls eine Schutzimpfung zur Verfügung, die entsprechend der Empfehlungen der STIKO auch noch zum jetzigen Zeitpunkt umgesetzt werden sollte. Für besonders gefährdete Gruppen stehen darüber hinaus Arzneimittel COVID-19, zur Prävention und Behandlung der Influenza sowie eine passive Immunisierung gegen RSV für Säuglinge und Kinder entsprechend der Empfehlungen zur Behandlung der Fachgesellschaften zur Verfügung.

Die ganze Risikobewertung des RKI zu COVID-19 finden Sie unter: [Risikobewertung RKI](#).

Den Lagebericht des RKI finden Sie unter: [Lagebewertung RKI](#).

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-falldefinition>) 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: [FAQ LGA](#).

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](#)).

Neue Dokumente des RKI und anderer Behörden (Stand 09.03.2023)

keine

Aktualisierungen des RKI und anderer Behörden (Stand 09.03.2023)

keine