Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART

FAQ zu den LGA COVID-19 Berichten

Häufig gestellte Fragen zum LGA Tagesbericht COVID-19 bzw. Lagebericht COVID-19

Wie berechnet das LGA die 7-Tages-Inzidenz?

Die Berechnung der 7-Tages-Inzidenz auf Ebene des Landesgesundheitsamtes basiert auf den Meldedaten, die für den Meldekreis in den zurückliegenden sieben Tagen an das LGA übermittelt wurden. Die 7-Tages-Inzidenz entspricht der Anzahl der in den vergangenen sieben Tagen neu gemeldeten Fälle pro 100.000 Einwohner.

$$\text{7-Tages-Inzidenz} = \frac{\text{Übermittelte COVID-19-Fälle, die der Referenzdefinition des RKI entsprechen, mit Meldedatum in den letzten 7-Tagen}}{\text{Einwohnerzahl*}} \times 100.000$$

**Datenstand Einwohnerzahl: 31.12.2021*

Es werden nur Fälle mit Meldedatum (am Gesundheitsamt) des aktuellen Tages und der 6 Tage zuvor gezählt. Dem gegenüber bezieht sich die „Differenz zum Vortag“ auf alle an das LGA neu übermittelten oder zurückgenommenen Fälle, die am Vortag zum Datenschluss noch nicht übermittelt waren, unabhängig von deren angegebenem Meldedatum. Die meisten Nachfragen zu Unterschieden mit selbstberechneten Inzidenzen resultieren aus diesem Missverständnis (s. *Warum stimmen meine selbstberechneten 7-Tages-Inzidenzen nicht mit denen vom LGA oder RKI berichteten überein?*).

Es werden weiterhin nur Fälle einbezogen, die die Referenzdefinition erfüllen (vgl. RKI Falldefinition Coronavirus Diseases 2019, Stand: 23.12.2020). Es handelt sich hierbei um den labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2-Infektionen mittels Nukleinsäurenachweis oder durch direkte Erregerisolierung.

Für die Berechnung der 7-Tages-Inzidenz ist auch die Einwohnerzahl entscheidend. 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 kreisspezifischen Inzidenzen der Bevölkerungsstand vom 31.12.2020 verwendet, ab dem 21.09.2022 wird der Bevölkerungsstand vom 31.12.2021 verwendet.

Wenn beispielsweise heute der 29.9.2021 wäre, dann würden die Meldefälle mit dem Meldedatum 23.9.-29.9. gezählt, mit Datenstand 29.9. 16:00 Uhr. Meldefälle, die am Berichtstag nach 16:00 Uhr von Gesundheitsämtern an das LGA übermittelt werden, werden somit nicht in die Berechnung einbezogen. Ebenso werden keine Fälle einbezogen, die ein Meldedatum (am Gesundheitsamt) vor dem 23.9. haben (s. *Welche Rolle spielt die Meldeverzögerung bei der 7-Tage Inzidenz?*). Die berichtete 7-Tage Inzidenz unterschätzt auch die „wahre“ 7-Tage Inzidenz, da es keine vollen 7 Tage, sondern 6 Tage plus 16 Stunden sind.

Die Summe der 7-Tage Meldefälle pro Kreis wird durch die Bevölkerungszahl geteilt und mit 100.000 multipliziert. Das Ergebnis ist die Zahl der gemeldeten Corona-Fälle pro 100.000 Einwohner der letzten 7 Tage im Kreis. Die Summe der 7-Tage Meldefälle pro Kreis (Zähler der Inzidenz) wird in den Übersichtstabellen des LGA ausgewiesen.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum hat der Kreis andere Zahlen als das LGA?

Abweichungen zu den vom Meldekreis berichteten Zahlen können verschiedene Ursachen haben:

- Die Zahlen des Kreises sind aktueller als die des LGA. Es wurden zum Datenstand der LGA-Berechnung noch nicht alle Fälle des Tages durch das Gesundheitsamt übermittelt. Diese fehlenden Fälle sind jedoch in der späteren Kreisstatistik berücksichtigt.
- Zur Berechnung der Inzidenz wurde eine andere Bevölkerungsbezugsgröße zu Grunde gelegt. Das LGA verwendet wie das RKI den Bevölkerungsstand 31.12.2020. Kreise können über Ihre Einwohnermeldeämter aktuellere Zahlen verwenden.
- Für die Berechnung der 7-Tagesinzidenz durch das Gesundheitsamt wurden auch Fälle einbezogen, die nicht der Referenzdefinition des RKIs entsprechen. Das können zum Beispiel mit Antigentest positiv Getestete sein oder Fälle, die ausschließlich einen klinisch epidemiologischen Zusammenhang mit labordiagnostisch bestätigten Fällen haben.
- Im Meldewesen herrscht das Hauptwohnsitz-Prinzip. Fälle werden für den Kreis gemeldet, in dem sie ihren Hauptwohnsitz haben, egal wo sie sich infiziert haben. Wenn ein anderer Kreis in Baden-Württemberg Fälle für den Meldekreis übermittelt hat, dann zählt das LGA solche Fälle für den Meldekreis, obwohl dieser die Fälle nicht in der eigenen Datensammlung hat. Für einen Abgleich müssen sich die entsprechenden Gesundheitsämter untereinander austauschen.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Welche Rolle spielt die Meldeverzögerung bei der 7-Tages-Inzidenz?

Das Infektionsmeldewesen ist kein „Echtzeitsystem“, sondern es kommt innerhalb der Meldewege zu Verzögerungen. Eine Arztmeldung oder ein Laborbefund brauchen bis zu 24 Stunden, zum zuständigen Gesundheitsamt zu gelangen. Die gemeldeten Fälle werden dort erfasst, ermittelt und dann an das LGA und abschließend an das RKI innerhalb eines Tages übermittelt. Siehe hierzu auch die FAQ des RKI:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Fallzahlen_Meldungen.html

oder

Infografik zum Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz, Apotheken Umschau 12/2017
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Infografik_Meldesystem_IfSG.pdf.

Bitte beachten Sie, dass das Meldedatum nicht immer dem Übermittlungsdatum entspricht. Es kann passieren, dass Corona-Fälle, die heute an das Gesundheitsamt gemeldet wurden, erst am folgenden Tag oder in seltenen Fälle noch später an das LGA übermittelt werden. Diese Fälle fehlen dann in der Berechnung der 7-Tage Inzidenz für den heutigen Tag. Die Schätzung der 7-Tage Inzidenz ist daher immer eine Unterschätzung der „wahren“ 7-Tage Inzidenz. Je schneller die Zunahme an neuen Fällen ist, desto stärker wird unterschätzt.

Selten kann es vorkommen, dass Fälle mit Meldedatum von vor über 7 Tagen an das LGA übermittelt werden. Das könnte beispielsweise geschehen, wenn eine Person mit einem Antigentest positiv getestet wurde (Meldeeingang Gesundheitsamt, Referenzdefinition nicht erfüllt), aber erst nach acht Tagen die Referenzdefinition erfüllen. Diese Fälle werden nicht bei der Berechnung der Inzidenz mit einbezogen, werden aber in der Spalte „Änderungen zum Vortag“ des Tagesberichts mit aufgeführt.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum berechnet man die 7-Tages-Inzidenz nicht für die Vorwoche, wenn die meisten Nachmeldungen angekommen sind?
Jedes Infektionsmeldewesen muss zwischen Datenvollständigkeit und Zeitnähe abwägen und Kompromisse schließen. Die Meldeinzidenz der letzten 7 Tage ist ein Kompromiss mit Schwerpunkt auf Zeitnähe.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie werden nachträglich gelöschte Fälle berücksichtigt?
Manche gemeldeten und übermittelten Fälle erfüllen nach späteren Recherchen im Rahmen von Qualitätsprüfungen des Gesundheitsamtes die Falldefinition nicht mehr, wurden fehlerhaft eingegeben oder an andere Gesundheitsämter abgegeben. Diese werden vom Gesundheitsamt auf „Fall verworfen“ oder „abgegeben“ gesetzt, an das LGA übermittelt und im Datensatz gelöscht. Betrifft dies Fälle innerhalb der aktuellen 7-Tagesinzidenz, so sinkt die Inzidenz dadurch. Ansonsten macht sich die Reduktion nur in den kumulierten Zahlen bemerkbar.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum stimmen meine selbstberechneten 7-Tages-Inzidenzen nicht mit denen vom LGA oder RKI berichteten überein?
Das LGA verwendet für die Berechnung der 7-Tagesinzidenz wie oben beschrieben den zum Zeitpunkt des Berichts gültigen Datenstand nach Meldeeingang am Gesundheitsamt. Dieser ändert sich im Laufe der nächsten Tage immer durch Nachmeldungen und, zu einem geringeren Teil, Fall-Änderung oder -Löschungen. Wenn man nun einen Schnappschuss der neuen Fälle pro Tag als Zeitreihe nimmt und aus diesen historischen Fällen nach 8 Tagen eine „7-Tages-Inzidenz“ berechnet, so fehlen in diesen historischen Daten sämtliche Nachmeldungen bzw. Löschungen. Gleichzeitig sorgt die Meldeverzögerung dafür, dass auch Meldefälle der Vortage enthalten sind. Am ältesten (ersten) Tag des 7-Tage Intervalls wurden zum Beispiel Fälle außerhalb des 7-Tage-Zeitraums übermittelt. Von den Meldefällen des ältesten Tages werden nur die mitgezählt, die ihr Meldedatum innerhalb des 7-Tage-Zeitraums haben. Die Anzahl der Fälle aus der Spalte „Differenz übermittelter Fälle zum [Vortag]“ kann demnach nicht zur Berechnung der Inzidenz herangezogen werden.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie unterscheidet sich die LGA 7-Tage Inzidenz von der RKI 7-Tageinzidenz?

Wenn das RKI die 7-Tage Inzidenz für den 30.9.2020 angibt, dann bezieht sich das auf *„die Fälle mit Meldedatum der letzten 7 Tage“* (RKI Tagesbericht), genauer gesagt den Zeitraum vom 23.9. – 29.9. Das hängt damit zusammen, dass das RKI für seine Berechnungen den Auswertezeitpunkt 24:00 Uhr des Vortags (29.9.), bzw. 0:00 Uhr des Berichtstags (30.9.) verwendet. Normalerweise decken sich die LGA 7-Tage Inzidenzen mit den RKI 7-Tagesinzidenzen des Folgetages.

Allerdings kann sich der RKI-Datenschluss, also der Zeitpunkt des letzten Einlesens von Meldedaten aus den Landesmeldestellen verschieben. Diese würden dann in der 24:00 Uhr Auswertung für die RKI 7-Tage Inzidenz des Folgetages fehlen.

Im Meldewesen herrscht das Hauptwohnsitz-Prinzip. Fälle werden für den Kreis gemeldet, in dem sie ihren Hauptwohnsitz haben, egal wo sie sich infiziert haben. Wenn ein Kreis außerhalb Baden-Württembergs für einen Meldekreis in Baden-Württemberg Fälle übermittelt, dann zählt das RKI solche Fälle für den Meldekreis, obwohl weder der Meldekreis, noch das LGA diese in der Datensammlung hat.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie funktioniert unser Meldewesen gemäß IfSG?

Die wesentlichen Kernelemente des Meldesystems werden im Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6 bis 12 geregelt: zweiteiliges und unabhängiges Meldeverfahren durch Ärztinnen/Ärzte und Labore, eindeutige Meldewege, klar festgelegte und vergleichsweise kurze Meldefristen sowie Anwendung von einheitlichen Falldefinitionen.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten sind sowohl durch das behandelnde ärztliche Fachpersonal (§6 IfSG) als auch durch das Erregernachweisende Labor (§7 IfSG) unabhängig voneinander zu einer namentlichen Meldung (Einzelfallmeldung) an das zuständige Gesundheitsamt gemäß §11 IfSG zu melden. Diese Meldungen müssen unverzüglich spätestens 24 Stunden nach dem die meldenden Person Kenntnis erlangt hat, dem zuständigen Gesundheitsamt vorliegen (§9 IfSG). Der Umfang des zu meldenden Sachverhalts ist in den §§9 und 10 IfSG festgelegt. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach deren Vorliegen an das Gesundheitsamt zu erfolgen, das die ursprüngliche Meldung erhalten hat (ebd.).

Aufgabe der kommunalen Gesundheitsämter ist, die klinischen und labordiagnostischen Informationen zum Fall gemäß der vom RKI vorgegebenen Falldefinitionen zu prüfen und zu bewerten, wenn nötig weitere Ermittlungen anzustellen und den Fall spätestens am folgenden Arbeitstag der zuständigen Landesbehörde über die elektronische Meldesoftware in pseudonymisierter Form zu übermitteln (§ 11 IfSG). Eine Übermittlung an das RKI durch die Landesbehörde hat ebenfalls spätestens am folgenden Arbeitstag zu erfolgen (ebd.). Hierbei wird deutlich, dass das Infektionsmeldewesen kein „Echtzeitsystem“ ist, sondern es innerhalb der Meldewege zu Verzögerungen kommt.

Die Begriffstrennung „Übermittlung“, „Meldung“, „Fälle“ und weitere Erläuterungen finden Sie im Übersichtsposter:

Infografik zum Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz, Apotheken Umschau 12/2017

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie berechnet das LGA die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz?

Für die Berechnung der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz werden die nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das LGA

übermittelten COVID-19 Fälle herangezogen, für die aktuell in der Meldesoftware eine Hospitalisierung angegeben ist; unabhängig von Angaben zu einzelnen Symptomen, zum Grund der Hospitalisierung oder zum klinischen Bild. Für die Berechnung ist das Meldedatum maßgeblich, also das Datum, an dem das Gesundheitsamt zum ersten Mal vom Fall Kenntnis nimmt.

Das LGA berechnet die 7-Tage Hospitalisierungsinzidenz folgendermaßen:

$$\text{7-Tages-Hospitalisierungsinzidenz} = \frac{\text{Übermittelte COVID-19-Fälle, die der Referenzdefinition des RKI entsprechen, mit Meldedatum in den letzten 7-Tagen}}{\text{Einwohnerzahl*}} \times 100.000$$

**Datenstand Einwohnerzahl: 31.12.2020*

Damit ein Fall zur 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz hinzuzählt, muss das Gesundheitsamt innerhalb der letzten 7 Tage zum ersten Mal von dem Fall Kenntnis bekommen haben (Meldedatum). Wenn der Hospitalisierungsstatus erst nach 8 oder mehr Tagen nachgemeldet wird, zählt der Fall nicht mit. Solche Fälle werden nur bei rückblickender Betrachtung der Daten sichtbar. Diese Melde- und Übermittlungsverzüge führen zu einer eingeschränkten Vollständigkeit der Daten. Die Daten können demnach zum Berichtsdatum noch unvollständig vorliegen. Sowohl dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter, Landesstellen und RKI) als auch den Ministerien sind diese Limitationen bekannt und bewusst. Das RKI stellt seit dem 14.10.2021 einen wöchentlichen adjustierten Verlauf der Hospitalisierungen und der Hospitalisierungsinzidenz auf Landesebene zur Verfügung, der diese Nachmeldungen mit einberechnet und welcher im COVID-19 Lagebericht des LGAs immer donnerstags mit veröffentlicht wird.

Aus fachlicher Sicht ist eine kleinräumige Ausweisung der 7-Tage Hospitalisierungsinzidenz auf Land- bzw. Stadtkreisebene als schwierig einzuschätzen, da in Kreisen mit geringer Bevölkerungszahl bereits einzelne Fälle zu hohen 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenzen führen könnten, große Schwankungen zu erwarten wären sowie mit Unterschieden zwischen Wohnort des Falls und Ort des Krankenhauses zu rechnen wäre.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie berechnet das LGA die Impfquoten? Hat sich die Berichterstattung zu den Impfquoten geändert?

Das LGA hat am 19.01.2022 seine Berichterstattung zu den Impfquoten an die neue Altersstratifizierung des RKI angepasst. Wir berichten fortan für die Altersgruppen 5-11, 12-17, 18-59 und „60 und älter“ und übernehmen dabei die Angaben aus dem täglichen RKI-Bericht (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html). Ab dem 19.1.2022 wird die Kategorie „vollständig geimpft“ in „grundimmunisiert“ geändert. Seit dem 08.09.2022 berichten wir die Kategorie „Auffrischimpfungen“ getrennt in „Erste Auffrischimpfung“ und „Zweite Auffrischimpfung“, um die Fortschritte der zweiten Auffrischimpfung klarer zu dokumentieren.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum haben die „vollständig Geimpften“ manchmal eine höhere Quote als die „mind. Einmal Geimpften“? Es muss doch immer mehr „mind. einmal Geimpfte“ geben als „vollständig Geimpfte“?

Das LGA übernimmt die Angaben aus folgender RKI-Quelle:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquotenmonitoring.xlsx?__blob=publicationFile

Bis zum 28.04.2022 wurden in den aggregierten Daten der Vertragsärzt:innen, die über die Kassenärztliche

Bundesvereinigung (KBV) bezogen werden, die Janssen-Impfungen (Johnson&Johnson) als Zweitimpfungen übermittelt. Eine Zuordnung der Impfstoffe nach Altersgruppe fehlte. Demnach war eine weitere Aufschlüsselung in die Altersgruppen 18-59 Jahre und 60+ Jahre nicht möglich. Folglich wurde in beiden Altersgruppen die Impfquoten der mindestens einmal Geimpften systematisch zu niedrig ausgewiesen, da die Janssen-Impfungen in dieser Gruppe fehlten.

Um die Impfquoten entsprechend der STIKO Empfehlung abzubilden, erfolgte am 29.04.2022 durch das RKI die Umstellung auf die präziseren Abrechnungsdaten der KBV bis zum 30.09.2021 (Q3 2021). Die vormals als „vollständig Geimpft“, bzw. „Grundimmunisiert“ gezählten Janssen-Einfach-Geimpfte fallen fortan in die Kategorie „mind. einmal Geimpft“. Vom 28.04.2022 auf den 29.04.2022 führte diese Umstellung einmalig zu 61.755 „weniger“ Grundimmunisierten. Außerdem wurden ab dem 29.04.22 erstmalig die zweiten Auffrischimpfungen vom RKI ausgewiesen, welche hier mit den ersten Auffrischimpfungen zusammengefasst werden. Das erklärt den starken Anstieg der Auffrischgeimpften Anfang Mai 2022. Am 21.6.2022 erfolgte seitens RKI eine weitere Aktualisierung der historischen KV-Schnellmeldungen bis zum 31.12.2021 auf die präziseren Abrechnungsdaten der KV. Dies betrifft alle Impfquoten bis einschließlich 31.12.2021, welche nun nach Wohnort der geimpften Person und nicht mehr nach Ort der Arztpraxis codiert sind. Dies führt in KW 25 kurzzeitig zu deutlichen Steigerungen der Quoten gegenüber dem Vortag bzw. Vorwoche.

Ein weiterer Faktor könnte auch zu mehr „vollständig Geimpften“ führen: Genesene, die später noch einmal geimpft werden, sollen als „vollständig geimpft“ übermittelt werden und zählen nicht in der Gruppe „mind. einmal geimpft“, obwohl rein formal nur einmal geimpft wurde. Wenn die anonymisierten Daten so an das RKI übermittelt werden, werden ebenfalls mehr „vollständig Geimpfte“ als „einmal Geimpfte“ gezählt. Eine Änderung der Datenübermittlung liegt nicht in der Hand von LGA oder RKI.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum werden die Impfdaten nicht nach Land- bzw. Stadtkreisebene dargestellt?

Für eine Berechnung von Quoten oder Inzidenzen müssen Zähler und Nenner aus der gleichen Population bzw. deren Untergruppe stammen. Für eine Impfquotenberechnung gleich welcher Art ergibt sich folgendes systematisches Problem: die Impfdaten der Impfzentren wurden nach Postleitzahl des Impflings erfasst, die Impfdaten der niedergelassenen Ärzteschaft nach Postleitzahl des Impfortes, also der Arztpraxis. Das RKI veröffentlicht seine Kreiszahlen für niedergelassene Arztpraxen und Impfzentren nach Impfort auf
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html.

Das hat zur Folge, dass Ballungszentren teilweise mehr Personen geimpft haben, als im Kreis wohnhaft sind und somit zu Impfquoten über 100% führen. Jede aus den Impfquoten abgeleitete Größe, z.B. Impfdurchbrüche pro Geimpfte pro Kreis hätte das gleiche Problem. Dieser Effekt spielt bei Berechnungen auf Landesebene eine untergeordnete Rolle, würde jedoch auf Kreisniveau die Zahlen zu stark verzerren.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Warum kann es bei der „Differenz übermittelter Fälle zum (Vortag)“ zu negativen Werten kommen?

Die dargestellten Daten im Tages- bzw. Lagebericht stellt eine Momentaufnahme dar. Manche gemeldeten Fälle erfüllen nach späteren Recherchen im Rahmen von Qualitätsprüfungen und Datenbereinigungen des Gesundheitsamtes die Falldefinition nicht mehr, wurden fehlerhaft eingegeben oder an andere Gesundheitsämter abgegeben. So kann es dazu

kommen, dass bei der „Differenz übermittelter Fälle zum [Vortag]“ negative Werte aufgeführt werden (siehe auch *Wie werden nachträglich gelöschte Fälle berücksichtigt?*).

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Was bedeutet „Datenkorrektur durch das Gesundheitsamt“? bzw. Warum können sich einzelne Fallzahlen im Nachgang ändern?

Die im Tages- bzw. Lagebericht dargestellten Daten stellen eine Momentaufnahme dar. Im Verlauf der Infektion können Informationen zu Fällen ggf. durch weitere Recherchen der Gesundheitsämter zusätzlich ermittelt, weiteren labordiagnostischen Nachweisen (z.B. Virusvarianten) oder Angaben zur Hospitalisierung dem Gesundheitsamt gemeldet werden und im Meldewesen nachgetragen werden. Nicht für alle Variablen aller Fälle gelingt eine vollständige Erfassung. Die Gesundheitsämter ermitteln die zusätzlichen Informationen, bewerten den Fall erneut, wodurch sich die Fallzahlen einzelner Variablen im Tages- bzw. Lagebericht ändern können (sog. Nachmeldungen oder Korrekturen).

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie werden die Genesenen berechnet?

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. (vgl. RKI FAQ RKI - Impfen - COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ)

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren

Wie werden Todesfälle im LGA COVID-19 Berichten dargestellt?

Nähere Informationen wie Todesfälle in Gesundheitsämtern erfasst werden, lesen Sie bitte unter „Wie werden Todesfälle erfasst?“.

Innerhalb der Meldewege von Todesfällen kommt es zu Verzögerungen sodass das Übermittlungsdatum i.d.R. nicht dem Todesdatum entspricht. Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird an das für den Sterbeort zuständige Gesundheitsamt gesendet. Dort kann ein Abgleich mit den Meldedaten erfolgen, wenn auf der Todesbescheinigung als Todesursache eine Infektionskrankheit angegeben ist. Das Gesundheitsamt überprüft die ärztlichen Angaben des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung. Soweit erforderlich, sind die Angaben durch Rückfragen zu ergänzen.

Demnach handelt es sich sowohl bei der Meldung an das Gesundheitsamt und folglich auch bei der Übermittlung von Todesfällen an das LGA i.d.R. um Nachmeldungen und zeigt, dass das Infektionsmeldewesen kein „Echtzeitsystem“ ist.

Verlinkung zu diesem Akkordeon-Element kopieren