

<b>Inhaltsverzeichnis<sup>1</sup></b>	<b>Seitenzahl</b>
<b>Onlinequellen</b>	
<i>Agentur für Arbeit:</i> Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“	5 von 503
<i>BioNTech:</i> Pressemitteilung – BioNTech und Pfizer geben Genehmigung des Paul-Ehrlich-Instituts für erste klinische Studie von COVID-19-Impfstoffkandidaten bekannt	20 von 503
<i>Bundesministerium für Gesundheit:</i> Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann?	23 von 503
<i>Bundesministerium für Gesundheit:</i> Gemeinsamer Krisenstab BMI/BMG fällt weitere Beschlüsse	174 von 503
<i>Bundesministerium für Gesundheit:</i> Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite	176 von 503
<i>Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz:</i> Homeoffice im Verlauf der Corona-Pandemie	179 von 503
<i>Bundesregierung:</i> Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020	199 von 503
<i>Bundesregierung:</i> Das regelt die bundeseinheitliche Notbremse	202 von 503
<i>Bundesregierung:</i> EU-Zulassung für Impfstoff von Johnson & Johnson	209 von 503
<i>Bundesregierung:</i> Gemeinsam unkontrolliertes Ausbruchsgeschehen verhindern	211 von 503

---

<sup>1</sup> Auf das Herunterladen der BT-Drucksachen wurde aufgrund der ständigen Verfügbarkeit verzichtet.

<i>Bundesregierung</i> : Impf-Priorisierung aufgehoben	217 von 503
<i>Bundesregierung</i> : Kontaktbeschränkungen werden verlängert	220 von 503
<i>Bundesregierung</i> : Schnelltests für Alten- und Pflegeheime	223 von 503
<i>Bundesregierung</i> : Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 6. Mai 2020	226 von 503
<i>Bundesregierung</i> : Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2022	232 von 503
<i>Bundesregierung</i> : Weitere Test- und Maskenpflichten entfallen	238 von 503
<i>Deutscher Anwaltverein</i> : Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins durch den Ausschuss Arbeitsrecht zu dem Entwurf eines Gesetzes zur mobilen Arbeit (Mobile Arbeit-Gesetz – MAG) vom 26.11.2020	241 von 503
<i>Deutscher Bundestag</i> : Schriftliche Stellungnahme Deutsche Rentenversicherung Bund	255 von 503
<i>Deutscher Bundestag</i> : Schriftliche Stellungnahme Deutscher Gewerkschaftsbund	263 von 503
<i>Deutscher Bundestag</i> : Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.	286 von 503
<i>Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung</i> : Oliver Stettes: Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen	293 von 503
<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i> : Beratungen zum Versorgungsangebot bei Long-COVID und Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen	299 von 503



<i>Helios: Infektiologin:</i> „Jetzt ist der Zeitpunkt für Normalität“	301 von 503
<i>Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung:</i> „Es wird weitere, vielleicht noch gefährlichere Pandemien geben“	305 von 503
<i>Juris:</i> 3G am Arbeitsplatz und wieder Home-Office: Neues zum Corona-Arbeitsschutz	310 von 503
<i>MDR:</i> Coronavirus: WHO spricht von Pandemie	320 von 503
<i>Paul-Ehrlich-Institut:</i> Europäische Kommission erteilt bedingte Zulassung für den COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca für die Europäische Union	324 von 503
<i>Paul-Ehrlich-Institut:</i> Europäische Kommission erteilt Zulassung des COVID-19-Impfstoffs von BioNTech/Pfizer für die Europäische Union	326 von 503
<i>Paul-Ehrlich-Institut:</i> Europäische Kommission erteilt Zulassung für den COVID-19-Impfstoff von Moderna für die Europäische Union	328 von 503
<i>Pharmazeutische Zeitung:</i> Ab 8. März: Ein kostenloser Schnelltest pro Woche	330 von 503
<i>Redaktionsnetzwerk Deutschland:</i> Lauterbachs Corona-Plan: Diese sieben Punkte sollen Deutschland durch den Herbst bringen	334 von 503
<i>Robert-Koch-Institut:</i> Empfehlungen zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition, Stand 2.5.2022	341 von 503
<i>Robert-Koch-Institut:</i> Epidemiologisches Bulletin 38/2022	343 von 503
<i>Robert-Koch-Institut:</i> Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19	371 von 503

<i>Science</i> : Timing the SARS-CoV-2 index case in Hubei province	408 von 503
<i>Sozialpolitik Aktuell</i> : Süßes Gift? Abschaffung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten ab 2023	415 von 503
<i>Süddeutsche Zeitung</i> : Die Coronavirus-Pandemie in Bayern - die Monate Januar und Februar	424 von 503
<i>Tagesschau</i> : Die Corona-Lage im Überblick	465 von 503
<i>Tagesschau</i> : Hospitalisierung wird Maßstab für Regeln	477 von 503
<i>Tagesschau</i> : Maskenpflicht in allen Bundesländern	479 von 503
<i>Tagesschau</i> : Spahn rechnet mit Impfungen ab Dezember	481 von 503
<i>Tagesschau</i> : Vereinfachte Regeln für Kurzarbeitergeld laufen aus	483 von 503
<i>Tagesspiegel</i> : Minister zum Coronavirus – Spahn warnt vor Ausgrenzung Infizierter	484 von 503
<i>WHO</i> : Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report – 1	493 von 503
<i>ZDF</i> : Corona-Untersuchung in Wuhan – WHO: Fledermaus wahrscheinlich Virus-Ursprung	498 von 503
<i>Zeit Online</i> : 101-Jährige hat erste Corona-Impfung in Deutschland erhalten	501 von 503

# Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“



## Impressum

<b>Produktlinie/Reihe:</b>	Berichte: Arbeitsmarkt kompakt
<b>Titel:</b>	Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“
<b>Veröffentlichung:</b>	November 2022
<b>Herausgeberin:</b>	Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung
<b>Rückfragen an:</b>	Statistik-Service Nordost  Spichernstraße 1 30161 Hannover
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:statistik-service-nordost@arbeitsagentur.de">statistik-service-nordost@arbeitsagentur.de</a>
<b>Telefon:</b>	0511 919 3455
<b>Fax:</b>	0511 919 3456

### Weiterführende Informationen:

<b>Internet:</b>	<a href="http://statistik.arbeitsagentur.de">http://statistik.arbeitsagentur.de</a>
<b>Zitierhinweis:</b>	Statistik der Bundesagentur für Arbeit Berichte: Arbeitsmarkt kompakt – Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“, Hannover, November 2022
<b>Nutzungsbedingungen:</b>	© Statistik der Bundesagentur für Arbeit  Sie können Informationen speichern, (auch auszugsweise) mit Quellenangabe weitergeben, vervielfältigen und verbreiten. Die Inhalte dürfen nicht verändert oder verfälscht werden. Eigene Berechnungen sind erlaubt, jedoch als solche kenntlich zu machen.  Im Falle einer Zugänglichmachung im Internet soll dies in Form einer Verlinkung auf die Homepage der Statistik der Bundesagentur für Arbeit erfolgen.  Die Nutzung der Inhalte für gewerbliche Zwecke, ausgenommen Presse, Rundfunk und Fernsehen und wissenschaftliche Publikationen, bedarf der Genehmigung durch die Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

## Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze.....	4
1 Vorbemerkungen .....	5
2 Voraussetzungen - Eckpunkte der Förderung.....	5
3 Ergebnisse.....	8
4 Ergänzende methodische Hinweise .....	13






## Das Wichtigste in Kürze

- Die Corona-Pandemie bzw. die Maßnahmen zu deren Eindämmung haben deutliche Spuren in fast allen Bereichen der Wirtschaft hinterlassen. In dieser Situation waren Unternehmen teilweise zurückhaltender bei der Einstellung von neuem Personal – dies galt mitunter auch für Auszubildende.
- Um kleine und mittlere Unternehmen zu unterstützen, die dennoch ihr Ausbildungsengagement aufrechterhalten oder gar ausgebaut haben, wurde im August 2020 das Programm „Ausbildungsplätze sichern“ aufgelegt. Im Rahmen des Programms konnten kleine und mittlere Unternehmen je abgeschlossenem Ausbildungsvertrag eine Prämie erhalten, wenn sie ihr Ausbildungsniveau gehalten oder gesteigert haben.
- Außerdem konnten Betriebe mit Zuschüssen zur Vermeidung von Kurzarbeit, Übernahmeprämien oder dem Lockdown-II-Sonderzuschuss gefördert werden.
- Förderungen neuer Ausbildungsverhältnisse sind seit dem Frühjahr 2022 nicht mehr möglich.
- Von August 2020 bis Oktober 2022 haben 47.200 Betriebe mindestens eine Prämie beantragt. 37.700 dieser Betriebe bekamen eine oder mehrere Prämien ausgezahlt.
- Insgesamt wurden im Rahmen des Bundesprogramms 78.200 Prämien ausgezahlt, abgelehnt wurden 24.400.
- Die Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit konnten bis einschließlich Dezember 2021 in Anspruch genommen werden. Insgesamt wurden 27.800 Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung sowie 3.400 Zuschüsse zur Ausbildervergütung ausgezahlt.
- Insgesamt beantragten 5.400 Betriebe mindestens für einen Monat einen Zuschuss zur Ausbildungsvergütung. An 2.600 dieser Betriebe wurde in einem oder mehreren Monaten ein Zuschuss ausgezahlt.
- Einen Antrag auf einen Zuschuss zur Ausbildervergütung hatten rund 1.400 Betriebe gestellt, 1.000 Betriebe haben mindestens eine Auszahlung erhalten.

# 1 Vorbemerkungen

- Die Corona-Pandemie bzw. die Maßnahmen zu deren Eindämmung hatten deutliche Spuren in fast allen Bereichen der Wirtschaft hinterlassen. In der Folge gerieten auch der Arbeits- und Ausbildungsmarkt stark unter Druck. Daher waren Unternehmen teilweise zurückhaltender bei der Einstellung von neuem Personal – dies galt mitunter auch für Auszubildende.
- Um kleine und mittlere Unternehmen zu unterstützen, die dennoch ihr Ausbildungsengagement aufrechterhalten oder gar ausgebaut hatten, und die Übernahmen von Auszubildenden aus Insolvenzbetrieben zu sichern, wurde das Programm „Ausbildungsplätze sichern“<sup>1</sup> aufgelegt. Ziel war es, das Ausbildungsniveau trotz der Corona-Krise mindestens aufrechtzuerhalten und Kurzarbeit für Auszubildende zu vermeiden.
- Dafür hat die Bundesregierung im Sommer 2020 verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten ins Leben gerufen. Davon wurde die Förderung von Auftrags- und Verbundausbildungen durch die Knappschaft Bahn See<sup>2</sup> administriert. Bei den übrigen Förderbereichen, mit denen Unternehmen mit Ausbildungs- bzw. Übernahmeprämien und Zuschüssen zur Vermeidung von Kurzarbeit oder dem Lockdown-II-Sonderzuschuss unterstützt werden konnten, wurde die Bundesagentur für Arbeit (BA) mit der Durchführung beauftragt.
- Damit mehr Betriebe von der Förderung profitieren konnten, wurde am 23. März 2021 die Zweite Änderung der Ersten Förderrichtlinie beschlossen<sup>3,4</sup>. Dadurch wurde das Programm verlängert und die Förderung ab dem Ausbildungsjahr 2021/2022 für die zu dem Zeitpunkt bestehenden Förderarten deutlich ausgeweitet. Erste Förderungen waren ab 1. Juni 2021 möglich. Zudem wurden mit dem Zuschuss zur Ausbildervergütung und dem Lockdown-II-Sonderzuschuss für Kleinunternehmen weitere Fördermöglichkeiten geschaffen.

# 2 Voraussetzungen - Eckpunkte der Förderung

Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ – Unterstützung insbesondere für kleine und mittelgroße Ausbildungsunternehmen (KMU)		
	→ für jeden für 2021/22 abgeschlossenen Ausbildungsvertrag, wenn der Betrieb von der Corona-Krise erheblich betroffen ist und das Ausbildungsniveau gehalten wird (Ausbildungsprämie)	<b>4.000 €</b>
	→ für jeden zusätzlich geschaffenen und abgeschlossenen Ausbildungsvertrag, wenn der Betrieb von der Corona-Krise erheblich betroffenen ist (Ausbildungsprämie plus)	<b>6.000 €</b>
	→ für die Übernahme Auszubildender, deren Ausbildung coronabedingt nicht im Ursprungsbetrieb fortgeführt werden kann – unabhängig von der Unternehmensgröße (Übernahmeprämie)	<b>6.000 €</b>
	→ Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit bei regulärer Fortführung der Ausbildung während coronabedingter Kurzarbeit im Betrieb (KMU) → Zuschuss zur Ausbildungsvergütung → Zuschuss zur Ausbildervergütung	<b>75%</b> <b>50%</b>
	→ für Kleinunternehmen, wenn die Geschäftstätigkeit aufgrund coronabedingter behördlicher Anordnung eingestellt oder nur in geringem Umfang weitergeführt werden konnte, die Ausbildung aber an mindestens 30 Tagen fortgesetzt wurde (Lockdown II-Sonderzuschuss)	<b>1.000 €</b>

<sup>1</sup> Weitere Informationen finden sich in der Förderrichtlinie: <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-3098.html> und auf den Seiten der Bundesagentur für Arbeit <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/finanziell/bundesprogramm-ausbildungsplaetze-sichern>

<sup>2</sup> Informationen zur Verbundausbildung bei der Knappschaft Bahn See: [https://www.kbs.de/DE/Bundesprogramm\\_Ausbildung/node.html](https://www.kbs.de/DE/Bundesprogramm_Ausbildung/node.html)

<sup>3</sup> 2. Änderung Förderrichtlinie im Bundesanzeiger vom 26.03.2021: (<https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung>)

<sup>4</sup> Die 3. Änderung der Ersten Förderrichtlinie wurde am 31.12.2021 im [Bundesanzeiger](https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung) veröffentlicht. Damit wurde die Verlängerung und die Erhöhung der Schwellenwerte der Kleinbeihilfen in die Erste Förderrichtlinie aufgenommen. Die einzelnen Förderleistungen wurden weder inhaltlich angepasst noch wurde ihre zeitliche Befristung geändert.



## Allgemeine Voraussetzungen

- Im Rahmen des Bundesprogramms „Ausbildungsplätze sichern“ wurden überwiegend kleine und mittlere Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten (KMU) gefördert. Für Ausbildungsverhältnisse, die ab 1. Juni 2021 begonnen haben, konnten Unternehmen mit weniger als 500 Beschäftigten gefördert werden. Maßgeblich für die Unternehmensgröße waren sämtliche Beschäftigte des Unternehmens bzw. des Konzerns, dem der Ausbildungsbetrieb angehört.<sup>5</sup>
- Die fünf von der BA administrierten Förderbereiche umfassten drei verschiedene Prämien für neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse, den Lockdown-II-Sonderzuschuss für Kleinunternehmen (bis Juli .2021) sowie Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit (bis Dezember 2021). Die Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit gliederten sich in Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung und Zuschüsse zur Ausbildervergütung.
- Ein Ausbildungsbetrieb konnte mehrere Prämienarten für seine Ausbildungsplätze in Anspruch nehmen und für einen Ausbildungsplatz sowohl eine Prämie als auch Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit oder einen Lockdown-II-Sonderzuschuss erhalten. Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit und der Lockdown-II-Sonderzuschuss schlossen sich gegenseitig aus.
- Ein Ausbildungsbetrieb konnte zwar verschiedene Kombinationen der drei Prämien für seine Ausbildungsplätze erhalten, für denselben Ausbildungsplatz konnte allerdings nur eine einzige Prämie ausgezahlt werden.
- Alle (von der BA administrierten) Förderungen konnten jeweils nach Abschluss des Ausbildungsvertrages beantragt werden. Der Antrag musste spätestens drei Monate nach erfolgreichem Abschluss der Probezeit, die in der Regel ein bis vier Monate dauert, gestellt werden.

## Ausbildungsprämie und Ausbildungsprämie plus

- Die **Ausbildungsprämie** in Höhe von 4.000 Euro konnten kleine und mittlere Unternehmen mit weniger als 500 Beschäftigten je abgeschlossenem Ausbildungsvertrag erhalten, wenn sie das durchschnittliche Ausbildungsniveau der letzten drei Jahre hielten.
- Für Ausbildungsverhältnisse, die bis zum 31. Mai 2021 begonnen haben, konnten Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten eine Prämie in Höhe von 2.000 Euro erhalten.
- Steigerte ein Unternehmen sein durchschnittliches Ausbildungsniveau im Vergleich zu den drei Jahren zuvor, konnte es für jede zusätzliche Ausbildung die **Ausbildungsprämie plus** in Höhe von 6.000 Euro beantragen bzw. 3.000 Euro bei Beginn des Ausbildungsverhältnisses bis 31. Mai 2021.
- Um die Ausbildungsprämie oder die Ausbildungsprämie plus zu erhalten, musste das Ausbildungsverhältnis in der Zeit vom 24. Juni 2020 bis zum 15. Februar .2022 beginnen und der Betrieb erheblich von der Corona-Krise betroffen sein. Letzteres heißt,
  - im Betrieb wurde seit Januar 2020 mindestens in einem Monat Kurzarbeit durchgeführt oder
  - der Umsatz des Ausbildungsbetriebs war im Zeitraum April bis Dezember 2020 durchschnittlich um mindestens 50 Prozent in zwei oder 30 Prozent in fünf zusammenhängenden Monaten gegenüber dem Vergleichszeitraum des Jahres 2019 eingebrochen.

## Übernahmeprämie

- Hatte ein Arbeitgeber einen Auszubildenden, dessen Ausbildung pandemiebedingt im Ursprungsbetrieb nicht bis zum Ende fortgeführt werden konnte, für die Dauer der restlichen Ausbildung übernommen, konnte er eine **Übernahmeprämie** in Höhe von 6.000 Euro erhalten.
- Dabei war es unerheblich, ob der Ursprungsbetrieb aufgrund der Corona Krise tatsächlich Insolvenz beantragen musste oder fortbestand, aber die pandemiebedingten Beeinträchtigungen die Fortführung der Ausbildung unmöglich machten.
- Dazu musste der Ausbildungsvertrag zwischen dem 1. August 2020 und dem 31. Dezember 2021 abgeschlossen werden. Anders als bei den übrigen Förderbereichen musste bei der Übernahmeprämie weder das abgebende noch das Übernahme-Unternehmen zu den kleinen und mittleren Unternehmen gehören.

---

<sup>5</sup> Weitergehende Informationen zum Betriebs- bzw. Unternehmensbegriff finden sich unter Abschnitt 4 – ergänzende methodische Hinweise (S.12 ff.)



## Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit

- Zur regulären Fortführung der Ausbildung im Betrieb auch während coronabedingter Kurzarbeit konnten kleine oder mittlere Betriebe einen **Zuschuss zur Ausbildungsvergütung** in Höhe von 75 Prozent erhalten. Hinzu kam ein **Zuschuss zur Ausbildervergütung** in Höhe von 50 Prozent der Vergütung des Ausbildenden. Der Zuschuss konnte für jeden Monat beantragt werden, in dem bei bestehender Kurzarbeit im Betrieb Auszubildende und Ausbildende nicht in Kurzarbeit waren. Er konnte nur für Auszubildende gewährt werden, die in einem Betrieb oder einer Betriebsabteilung mit einem Arbeitsausfall von mindestens 50 Prozent ausgebildet werden. Für den Zuschuss zur Ausbildervergütung galt ein Verhältnis von einem Ausbilder/in zu max. zehn Auszubildenden desselben Ausbildungsberufs.
- Die Antragsmodalitäten bei den Zuschüssen zur Vermeidung von Kurzarbeit orientierten sich am Verfahren beim Kurzarbeitergeld. Durch die zweite Änderung der Ersten Förderrichtlinie bestand allerdings keine eigenständige Anzeigepflicht mehr. Der Antrag auf Zuschuss wurde rückwirkend für jeden Monat abgerechnet und musste spätestens drei Monate nach Ablauf des betroffenen Monats gestellt werden.
- Diese Fördermöglichkeit war vom 1. August 2020 für Auszubildende und vom 1. März 2021 für deren Ausbilderinnen oder Ausbilder bis jeweils zum 31. Dezember 2021 befristet.

## Lockdown-II-Sonderzuschuss für Kleinunternehmen

- Der Lockdown-II-Sonderzuschuss in Höhe von 1.000 Euro konnte Betrieben mit bis zu vier Mitarbeitenden (Kleinunternehmen) für jeden Auszubildenden einmalig gewährt werden, wenn die Ausbildung an mindestens 30 Tagen fortgeführt wurde, während die Geschäftstätigkeit aufgrund coronabedingter behördlicher Anordnung eingestellt oder nur in geringerem Umfang fortgeführt werden konnte.
- Der Zuschuss konnte von November 2020 bis Juli 2021 in Anspruch genommen werden. Die Möglichkeit der Antragstellung endete mit dem 31. Juli 2021, danach eingehenden Anträgen konnte nicht mehr entsprochen werden.

### 3 Ergebnisse

- Das Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ ermöglichte zunächst die Förderung von Ausbildungen, die ab dem 1. August 2020 begonnen hatten. Durch eine erste Änderung der Förderrichtlinie wurde der Förderzeitraum für Ausbildungsprämien erweitert. Mit der zweiten Änderung der Förderrichtlinie wurden die Fördermöglichkeiten für das Ausbildungsjahr 2021/22 deutlich ausgeweitet.
- Üblicherweise umfasst das statistische Berichtsprogramm der BA bewilligte Förderungen. Da im Fall der Ausbildungsprämie jedoch aufgrund der Probezeit der Auszubildenden zwischen positiver Entscheidung und Auszahlung ein längerer Zeitraum liegen konnte, wurde hier differenzierter berichtet<sup>6</sup>. Dies war insbesondere zu Beginn des jeweiligen Ausbildungsjahres interessant, da die positiven Entscheidungen frühzeitig Hinweise auf die Zahl der Förderungen im Rahmen des Programmes lieferten<sup>7</sup>.
- Neben weiteren Fördervoraussetzungen<sup>8</sup> mussten Verhältnisse bis spätestens 15. Februar 2022 begonnen werden, um im Rahmen des Bundesprogramms "Ausbildungsplätze sichern" gefördert werden zu können. Unter Berücksichtigung der Probezeit und der Frist zu Antragstellung ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der Förderfälle nach dem Berichtsmonat Oktober 2022 nur noch in Ausnahmefällen verändern wird. Die vorliegenden Ergebnisse, insbesondere zur strukturellen Verteilung, sind daher abschließend.

#### Prämien

- 47.200 Betriebe haben mindestens eine Prämie beantragt. An 37.700 dieser Betriebe wurde eine oder mehrere Prämien ausgezahlt. Zwei Drittel davon erhielten ausschließlich eine Ausbildungsprämie plus, gut neun Prozent eine Ausbildungsprämie und 22 Prozent beide Prämienarten.
- Insgesamt wurden 78.200 Prämien ausgezahlt, darunter insgesamt 39.100 Ausbildungsprämien und Ausbildungsprämien plus für das Ausbildungsjahr 2020/2021 und 38.700 für das Ausbildungsjahr 2021/2022. Die Inanspruchnahme der beiden Ausbildungsprämien insgesamt ist damit in beiden Ausbildungsjahren beinahe gleich hoch ausgefallen.
- Die differenziertere Betrachtung der Auszahlungen nach Ausbildungsprämie und Ausbildungsprämie plus führt ebenfalls zu dem Ergebnis einer sehr ähnlichen Inanspruchnahme in den beiden Ausbildungsjahren. So wurden für das Ausbildungsjahr 2021/2022 12.000 Ausbildungsprämien und 26.700 Ausbildungsprämien plus ausgezahlt, für das Ausbildungsjahr 2020/2021 waren es 13.500 Ausbildungsprämien und 25.600 Ausbildungsprämien plus. 24.000 Anträge wurden in dem gesamten Zeitraum abgelehnt.

---

<sup>6</sup> Eine detaillierte Erläuterung inkl. schematischer Darstellung ist unter Abschnitt 4 – Ergänzende methodische Hinweise zu finden (s. Seite 12)

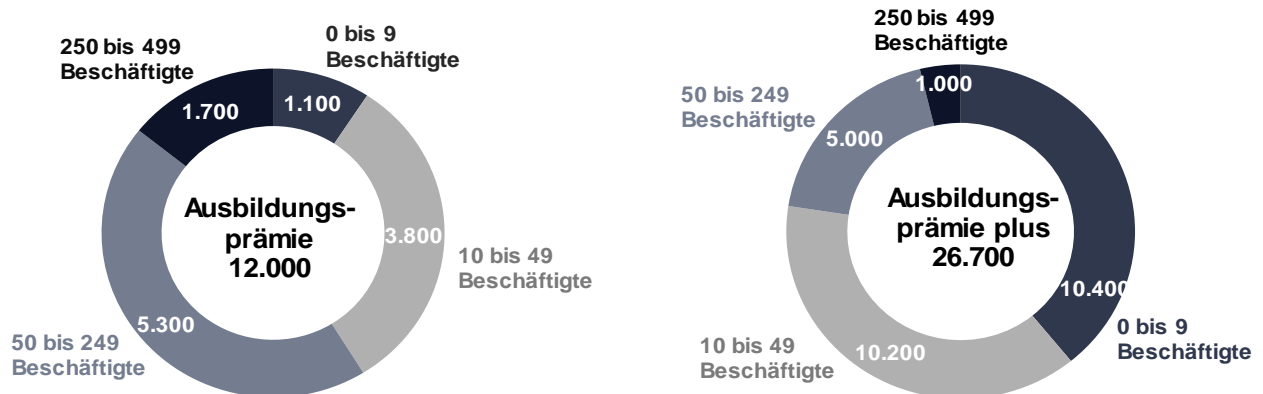
<sup>7</sup> Tabellenheft zum Bundesprogramm "Ausbildungsplätze sichern" [https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche\\_Formular.html?nn=20726&topic\\_f=ausbildungsplaetze-sichern-aps](https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20726&topic_f=ausbildungsplaetze-sichern-aps)

<sup>8</sup> vergleiche Kapitel 2

Abbildung 1

## Bundesprogramm "Ausbildungsplätze sichern" Ausgezählte Ausbildungsprämien nach Unternehmensgröße

Deutschland, Ausbildungsjahr 2021/2022 Datenstand: Oktober 2022



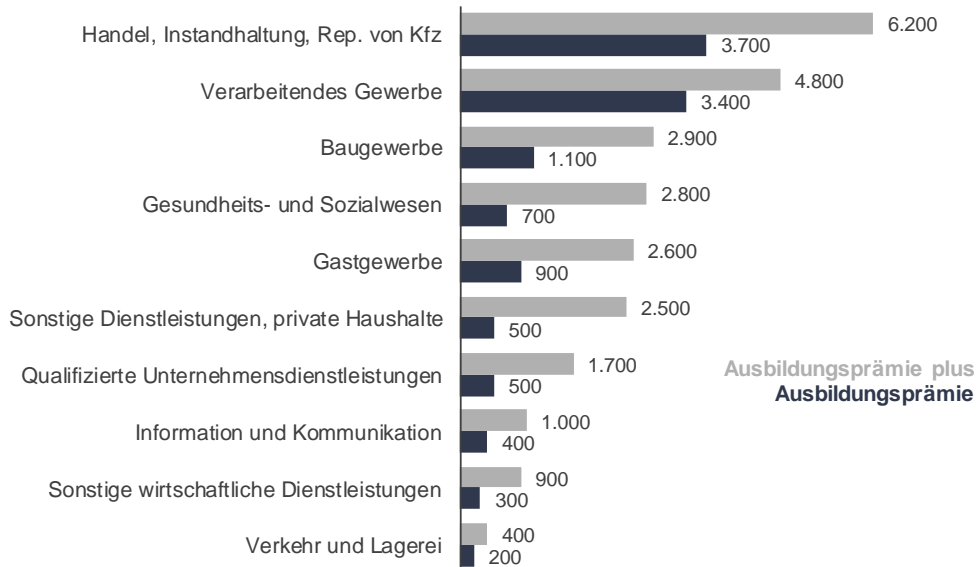
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

- Unabhängig vom Ausbildungsjahr waren rund zwei Drittel der ausgezahlten Prämien Ausbildungsprämien plus:
  - Insbesondere kleinere Unternehmen stellen häufig nur alle zwei bis drei Jahre eine neue Auszubildende oder einen neuen Auszubildenden ein. Sie erhöhten ihr Ausbildungsengagement dann bereits mit einem neuen Ausbildungsvertrag, da sie im Schnitt der vergangenen drei Jahre weniger als einen neuen Ausbildungsvertrag abgeschlossen hatten. In einem solchen Fall konnte gleich für den ersten Ausbildungsvertrag die Ausbildungsprämie plus erlangt werden.
  - In beiden Ausbildungsjahren entfielen rund 80 Prozent der ausgezahlten Ausbildungsprämien plus auf Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten. Bei der Ausbildungsprämie lag der Anteil der Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten deutlich niedriger. Im Ausbildungsjahr 2021/2022 betrug der Anteil 41 Prozent und lag damit noch unter dem Anteilswert im vorangegangenen Ausbildungsjahr (48 Prozent). Die Erweiterung der Fördermöglichkeiten auf Betriebe mit mehr als 250 Beschäftigten kam insbesondere bei der Ausbildungsprämie zum Tragen. Bei dieser entfiel ein Anteil von 14 Prozent der ausgezahlten Ausbildungsprämien auf Betriebe mit mehr als 250 Beschäftigten.
- Eine Übernahmepremie für Ausbildungsverträge, die bis zum 31. Dezember 2021 abgeschlossen wurden, wurde in rund 400 Fällen ausgezahlt.

Abbildung 2

**Bundesprogramm "Ausbildungsplätze sichern"**  
**Ausgezahlte Ausbildungsprämien - TOP 10 Wirtschaftszweige**

Deutschland, Ausbildungsjahr 2021/2022 Datenstand: Oktober 2022



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

- Im Ausbildungsjahr 2021/2022 entfiel knapp die Hälfte der ausbezahlten Prämien auf den Handel, inkl. Instandhaltung und Reparatur von Kfz (10.000) und das Verarbeitende Gewerbe (8.100). Diese beiden Branchen bildeten somit auch im Ausbildungsjahr 2021/2022 den Schwerpunkt. Zusammen mit dem Baugewerbe (4.000), dem Gesundheits- und Sozialwesen (3.500) und dem Gastgewerbe (3.500) vereinten sie rund drei Viertel der Auszahlungen. Demnach waren die Schwerpunkte der wirtschaftsfachlichen Verteilung ähnlich wie im Ausbildungsjahr 2020/2021. Geändert hat sich zum einen die Reihenfolge innerhalb der TOP 5 und zum anderen gehört nunmehr das Baugewerbe zu den TOP 5 anstelle der sonstigen Dienstleistungen inkl. privater Haushalte.
- Die Branchenschwerpunkte<sup>9</sup> spiegeln sich - wie im Ausbildungsjahr 2020/2021 - bei den Berufen der geförderten Auszubildenden wider. So entfielen 4.200 Auszahlungen auf Berufe in der Maschinen- und Fahrzeugtechnik und 3.500 auf Berufe in der Unternehmensführung und -organisation. Mit 3.400 Auszahlungen waren auch die medizinischen Gesundheitsberufe sowie mit 3.300 die Verkaufsberufe stark vertreten, gefolgt von den nichtmedizinischen Gesundheits- und Körperpflegeberufen (3.100) und den Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufen (3.000).<sup>10</sup>
- Die regionale Verteilung zeigt, dass in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern die Hälfte der insgesamt 38.700 Ausbildungsprämien für das Ausbildungsjahr 2021/2022 ausgezahlt wurden.
- Gemessen an den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen von Oktober 2020 bis September 2021 bedeutet das, dass acht Prozent der Auszubildenden gefördert werden. In den Bundesländern schwankt dieser Wert zwischen gut fünf und knapp elf Prozent. Da sich die Regionen – insbesondere Stadtstaaten und Flächenländer – in ihrer Betriebs- bzw. Wirtschaftsstruktur unterscheiden und zudem unterschiedlich von der Corona-Krise betroffen sind, kann dieses Verhältnis nur einen Anhaltspunkt liefern.

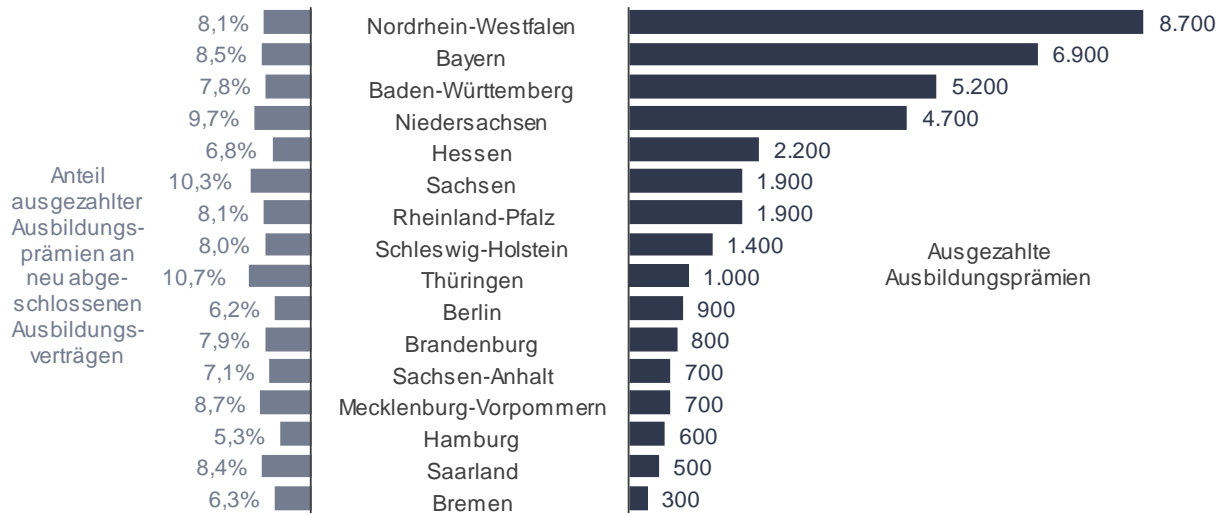
<sup>9</sup> Ausführliche Informationen zur Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 sind unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Wirtschaftszweige/Klassifikation-der-Wirtschaftszweige-Nav.html> zu finden. Qualifizierte Unternehmensdienstleistungen fassen die Wirtschaftsabschnitte Grundstücks- und Wohnungswesen und die Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen zusammen.

<sup>10</sup> Eine differenzierte Darstellung der beiden Prämienarten nach Berufen ist inhaltlich nicht sinnvoll. Ab zwei Auszubildenden im Betrieb mit unterschiedlichen Ausbildungsberufen kann der Arbeitgeber die Zuordnung der beiden Prämien zu den Ausbildungsverträgen – und somit auch zum Ausbildungsberuf – frei wählen

Abbildung 3

**Bundesprogramm "Ausbildungsplätze sichern"**  
**Ausgezählte Ausbildungsprämien nach Ländern**

Länder, Ausbildungsjahr 2021/2022 Datenstand: Oktober 2022



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

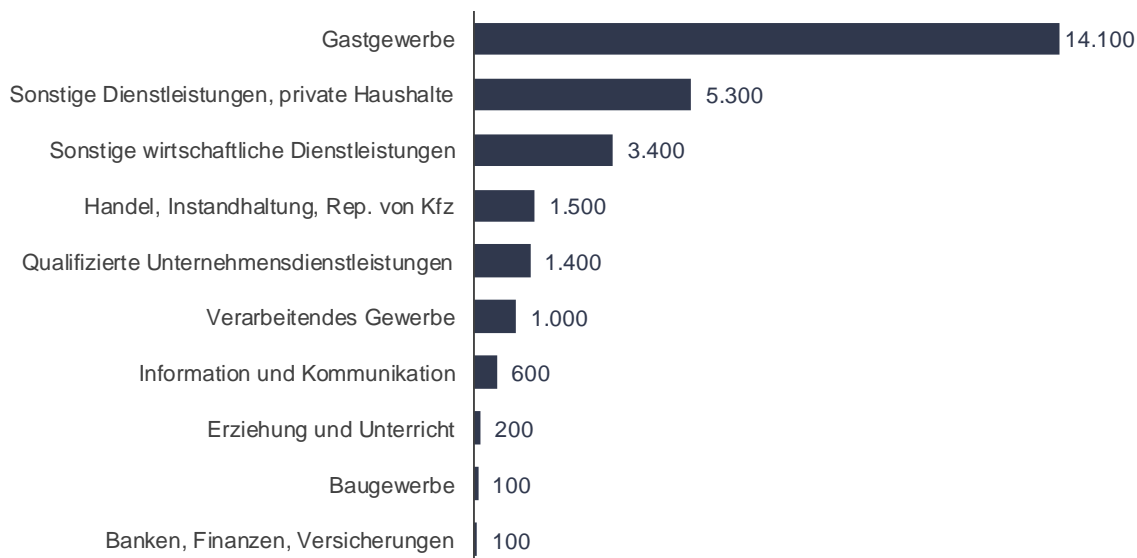
## Zuschüsse

- Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung sowie zur Ausbildervergütung im Rahmen des Bundesprogramms wurden für Kalendermonate unabhängig vom Ausbildungsjahr ausgezahlt. Berichtet wurde daher jeweils zum darauffolgenden Veröffentlichungstermin. Im Dezember 2021 konnten letztmalig Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit in Anspruch genommen werden.
- Insgesamt beantragten 5.400 Betriebe mindestens für einen Monat einen Zuschuss zur Ausbildungsvergütung. Bis Dezember 2021 wurde an 2.600 dieser Betriebe in einem oder mehreren Monaten ein Zuschuss ausgezahlt. Mehr als die Hälfte dieser Betriebe hatte weniger als zehn Mitarbeiter.
- Zuschüsse zur Ausbildervergütung wurden ab März 2021 von knapp 1.400 Betrieben beantragt. 1.000 Betriebe erhielten in mindestens einem Monat einen Zuschuss für Ausbilder/innen.
- Insgesamt wurden von August 2020 bis Dezember 2021<sup>11</sup> 27.800 Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung während Kurzarbeit ausgezahlt. 26.400 Anträge wurden abgelehnt. Der Zuschuss zur Ausbildervergütung wurde von März 2021 bis Dezember 2021 in 3.400 Fällen ausgezahlt und in 1.600 Fällen abgelehnt.

Abbildung 4

### Bundesprogramm "Ausbildungsplätze sichern" Ausgezahlte Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung - TOP 10 Wirtschaftszweige

Deutschland, August 2020 bis Dezember 2021, Datenstand: Oktober 2022



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

- Die höchste Inanspruchnahme bei den Zuschüssen zur Ausbildungsvergütung verzeichnete das Gastgewerbe (14.100). Mit deutlichem Abstand folgten die Sonstigen Dienstleistungen, wie Kultur, Sport oder Friseure (5.300) und die Sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen, hierzu gehören z.B. Reisebüros und Reiseveranstalter sowie Messe- und Ausstellungsveranstalter (3.400).
- Der Blick auf die geförderten Ausbildungsberufe zeigt ein entsprechendes Bild: Rund zwei Drittel der 27.800 Zuschüsse, die von August bis Dezember 2021 ausgezahlt wurden, erfolgte für Ausbildungsverhältnisse in Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufen (12.600) und in Berufen in der Lebensmittelherstellung und -verarbeitung (5.000), hierzu gehören bspw. auch Köchinnen und Köche. Zwölf Prozent entfallen auf den Bereich der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe, wie etwa Friseure (3.400) und weitere rund acht Prozent auf die darstellenden und unterhaltenden Berufe (2.200). Die verbleibenden 16 Prozent verteilen sich ohne besondere Auffälligkeiten auf die übrigen Ausbildungsberufe.

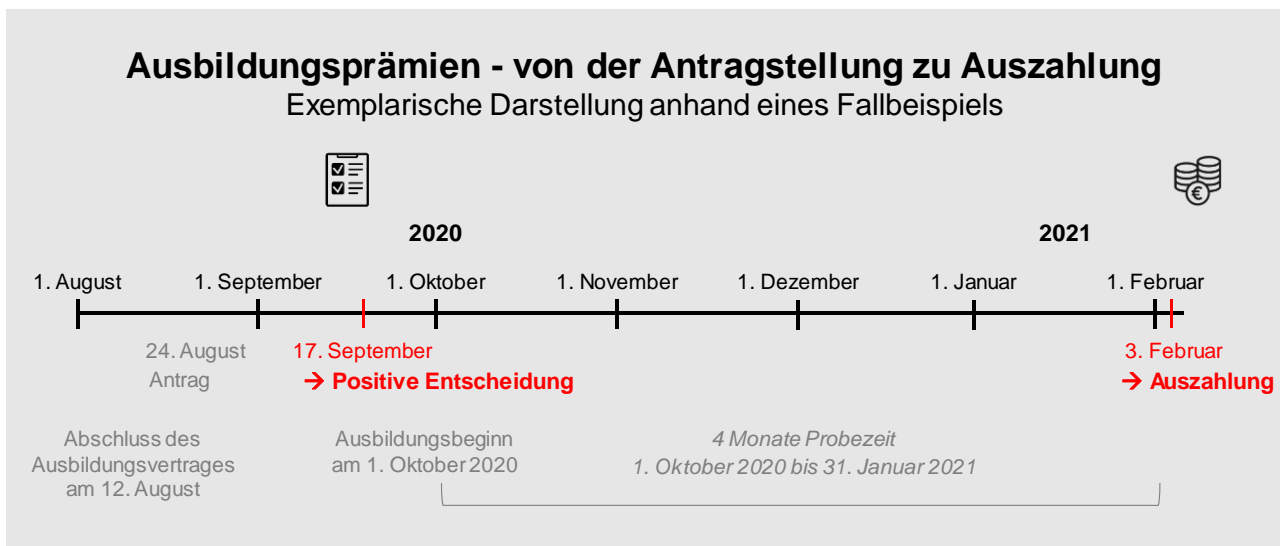
<sup>11</sup> Zur zeitlichen Zuordnung siehe auch Abschnitt 4 – Ergänzende methodische Hinweise (s. Seite 12)

## 4 Ergänzende methodische Hinweise

Im Berichtsmonat November 2020 veröffentlichte die Statistik der BA erstmals Daten zur Anzahl der Prämien bzw. Zuschüsse<sup>12</sup>. Ein weiterer Ausbau des Berichtsprogramms, bspw. zu Anzahl und Größe der Betriebe, die eine Prämie und/oder einen Zuschuss erhalten, erfolgte in den folgenden Monaten. Nachdem die Berichterstattung zu den neuen Förderarten „Zuschuss zur Ausbildervergütung“ und „Lockdown-II-Sonderzuschuss“ im Juli 2021 aufgenommen wurde, erfolgt ab Berichtsmonat August 2021 die Darstellung der Ausbildungsprämie und Ausbildungsprämie plus differenziert nach den Ausbildungsjahren 2020/2021 und 2021/2022.

### Beantragungs- bzw. Bearbeitungsstatus

- Üblicherweise umfasst das statistische Berichtsprogramm der BA bewilligte Förderungen. Da im Fall der Ausbildungsprämie jedoch aufgrund der Probezeit der Auszubildenden zwischen positiver Entscheidung und Auszahlung ein längerer Zeitraum liegen kann, wird hier differenzierter berichtet.



- Ausgewiesen werden die fünf Leistungsarten nach dem Status des Antrags. Es wird gezählt wie häufig ein Status vorgekommen ist.
  - Als „positiv entschieden“ werden Fälle bezeichnet, für die die Fördervoraussetzungen dem Grunde nach vorliegen (oder vorgelegen haben), jedoch die Auszahlung unter der auflösenden Bedingung steht, dass die Probezeit erfolgreich absolviert worden ist. Positive Entscheidungen können einige Monate vor der Auszahlung erfolgen. In der statistischen Berichterstattung werden die positiven Entscheidungen auch ausgewiesen, wenn sie zwischenzeitlich ausgezahlt oder abgelehnt wurden<sup>13</sup>.
  - Der Status „ausgezahlt“ wird bei der Auszahlung der jeweiligen Leistung gesetzt.
  - Der Status „abgelehnt“ umfasst die Fälle, bei denen die Fördervoraussetzungen abschließend nicht erfüllt sind oder bei denen die Antragsunterlagen zum Ende der Ausschlussfrist nicht vollständig vorliegen, auch wenn sie zunächst positiv entschieden wurden.
- Der Status verändert sich im Prozess der Leistungsgewährung in der Regel von positiv entschieden nach ausgezahlt oder abgelehnt. In der statistischen Berichterstattung wird allerdings nicht der Prozess dargestellt, sondern wie viele Anträge positiv entschieden, ausgezahlt oder abgelehnt wurden. Darüber hinaus ist es möglich, dass ein Antrag ohne auflösende Bedingung direkt abschließend bewilligt und

<sup>12</sup> Tabellenheft [https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche\\_Formular.html?nn=20726&topic\\_f=ausbildungs-plaetze-sichern-aps](https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20726&topic_f=ausbildungs-plaetze-sichern-aps)

<sup>13</sup> Aufgrund der positiven Entscheidung unter der Bedingung, dass die Probezeit erfolgreich absolviert wird, und da keine Einzelangaben der geförderten Ausbildungsverhältnisse erfasst werden, kann sich durch Teil-Ablehnungen die Anzahl der positiv entschiedenen Prämien und Zuschüsse im Zeitverlauf verringern.

ausgezahlt oder abgelehnt wird, bspw., wenn bei der Antragstellung auf eine Prämie die Probezeit bereits erfolgreich absolviert wurde oder eine Voraussetzung abschließend nicht erfüllt ist. Für diese Fälle wird in der Statistik keine positive Entscheidung ausgewiesen.

### Betriebs- bzw. Unternehmensbegriff

- Zur Bestimmung der Betriebsgröße im Rahmen der Fördervoraussetzungen für das Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ wird auf das gesamte Unternehmen abgestellt. Dabei sind sämtliche Beschäftigte des Unternehmens (ohne Auszubildende) und, falls das Unternehmen einem Konzern angehört, die Zahl der Beschäftigten des Konzerns, zu berücksichtigen. Auf dieser Basis erfolgt auch die statistische Auswertung.
- Die Kohärenz zu anderen Statistiken ist dadurch eingeschränkt. So verwenden bspw. die Beschäftigungs- oder die Kurzarbeitergeldstatistik<sup>14</sup> der BA – aufgrund ihrer jeweiligen rechtlichen Grundlagen – andere Abgrenzungen.

### Räumliche Zuordnung

- Die regionale Zuordnung erfolgt sowohl für die Berichterstattung über die Prämien und Zuschüsse als auch für die Betriebe nach dem Ausbildungsort (= Sitz des Ausbildungsbetriebes).

### Datenstand

- Die Berichterstattung zu den einzelnen Leistungen im Rahmen des Bundesprogramms erfolgt nach dem jeweils aktuell vorliegenden Informationsstand. Durch unterschiedliche Abfragezeitpunkte kann es zu unterschiedlichen Werten für denselben Berichtszeitraum kommen. Die Abweichungen können sich – insbesondere aufgrund der nachträglichen/rückwirkenden Beantragung – in einem nennenswerten Umfang bewegen. Daher ist bei Auswertungen immer der sogenannte Datenstand angegeben.

### Zeitliche Zuordnung/Berichtsmonat

- Die Berichterstattung über Prämien und Zuschüsse erfolgt monatlich zum Veröffentlichungstermin. Der Zeitraum, über den berichtet wird, unterscheidet sich jedoch.
- **Prämien und Lockdown II-Sonderzuschuss:** Das Datum der positiven Entscheidung, Auszahlung oder Ablehnung eines Antrags auf eine Prämie wird jeweils dem in der Statistik der BA üblicherweise verwendeten Berichtsmonat<sup>15</sup> zugeordnet. Die Berichterstattung enthält zunächst nur kumulierte Werte.
- **Zuschüsse:** Wie auch das Kurzarbeitergeld werden die Zuschüsse zur Vermeidung von Kurzarbeit im Rahmen des Bundesprogramms für Kalendermonate ausgezahlt. In der Statistik wird daher auch der Kalendermonat, für den der Zuschuss positiv entschieden, abgelehnt oder ausgezahlt wurde, abgebildet. So können die Zuschüsse differenziert nach Monaten dargestellt werden. Berichtet wird über die jeweils abgelaufenen Monate zum darauffolgenden Veröffentlichungstermin.

### Abgrenzung der Ausbildungsjahre

- Eine Differenzierung nach Ausbildungsjahren in der statistischen Berichterstattung erfolgt ausschließlich für die Ausbildungsprämie und die Ausbildungsprämie plus. Das Ausbildungsjahr, für welches eine Prämie beantragt worden ist, wird in den operativen Fachverfahren nicht erfasst. Die Zuordnung erfolgt daher über die jeweilige Prämienhöhe und ergänzend über den jeweiligen Berichtsmonat.

---

<sup>14</sup> Definitionen für die Beschäftigungsstatistik unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/BST-Meth-Hinweise/BST-Meth-Hinweise-Nav.html> und für die Kurzarbeit unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/LST-SGBIII-Meth-Hinweise/LST-SGBIII-Meth-Hinweise-Nav.html>.

<sup>15</sup> Die statistischen Stichtage und die Veröffentlichungstermine können auf den Internetseiten der Statistik der BA eingesehen werden: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Service/Veroeffentlichungskalender/Veroeffentlichungskalender-Nav.html>



## Statistik-Infoseite

Das Tabellenheft mit allen Daten zum Programm ist im Internet unter [Bundesprogramm Ausbildungsplätze sichern - Deutschland, Länder \(Monatszahlen\)](#) zu finden.

Weitere statistische Informationen stehen im Internet unterteilt nach folgenden Themenbereichen zur Verfügung:

Fachstatistiken:

[Arbeitsuche, Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung](#)  
[Ausbildungsmarkt](#)  
[Beschäftigung](#)  
[Einnahmen/Ausgaben](#)  
[Förderung und berufliche Rehabilitation](#)  
[Gemeldete Arbeitsstellen](#)  
[Grundsicherung für Arbeitsuchende \(SGB II\)](#)  
[Leistungen SGB III](#)

Themen im Fokus:

[Berufe](#)  
[Bildung](#)  
[Corona](#)  
[Demografie](#)  
[Eingliederungsbilanzen](#)  
[Entgelt](#)  
[Fachkräftebedarf](#)  
[Familien und Kinder](#)  
[Frauen und Männer](#)  
[Jüngere](#)  
[Langzeitarbeitslosigkeit](#)  
[Menschen mit Behinderungen](#)  
[Migration](#)  
[Regionale Mobilität](#)  
[Wirtschaftszweige](#)  
[Zeitarbeit](#)

Die [Methodischen Hinweise der Statistik](#) bieten ergänzende Informationen.

Die [Qualitätsberichte](#) der Statistik erläutern die Entstehung und Aussagekraft der jeweiligen Fachstatistik.

Das [Glossar](#) enthält Erläuterungen zu allen statistisch relevanten Begriffen, die in den verschiedenen Produkten der Statistik der BA Verwendung finden.

Abkürzungen und Zeichen, die in den Produkten der Statistik der Bundesagentur für Arbeit vorkommen, werden im [Abkürzungsverzeichnis](#) bzw. der [Zeichenerklärung](#) der Statistik der BA erläutert.



## BioNTech und Pfizer geben Genehmigung des Paul-Ehrlich-Instituts für erste klinische Studie von COVID-19-Impfstoffkandidaten bekannt

April 22, 2020

- *Beginn der ersten klinischen Studie für einen COVID-19-Impfstoff in Deutschland*
- *Dosisfindung in der Eskalationsphase im Bereich von 1µg bis 100µg*
- *Impfstoffherstellung für klinische Studien in BioNTechs GMP-zertifizierten mRNA-Produktionsanlagen in Europa*
- *Vier Impfstoffkandidaten werden in die klinische Entwicklung eingebunden*

MAINZ, Deutschland und NEW YORK, April 22, 2020 (GLOBE NEWSWIRE) -- [BioNTech SE](#) (Nasdaq: BNTX, „BioNTech“ oder „das Unternehmen“), und [Pfizer Inc.](#) (NYSE: PFE) haben heute bekanntgegeben, dass das Paul-Ehrlich-Institut die klinische Phase-1/2-Studie für BioNTechs Impfstoffprogramm BNT162 zur Prävention einer COVID-19-Infektion genehmigt hat. BioNTech und Pfizer arbeiten gemeinsam an der Entwicklung von BNT162. Es ist die erste klinische Studie eines COVID-19-Impfstoffkandidaten, die in Deutschland beginnt und Teil des globalen Entwicklungsprogramms ist. Des Weiteren werden Pfizer und BioNTech, nach Erhalt der in Kürze erwarteten behördlichen Genehmigung, klinische Studien für BNT162 in den USA durchführen.

Die Impfstoffkandidaten sind die ersten Produktkandidaten aus BioNTechs COVID-19-Projekt "Lightspeed", das aus vier Impfstoffkandidaten besteht, die unterschiedliche mRNA-Formate und Zielantigene repräsentieren. Zwei der vier Impfstoffkandidaten werden eine nukleosidmodifizierte mRNA (modRNA) beinhalten, einer verwendet uridinhaltige mRNA (uRNA), während der vierte Impfstoffkandidat selbstamplifizierende mRNA (saRNA) nutzt. Jedes mRNA-Format wird mit einer Lipid-Nanopartikel (LNP)-Formulierung kombiniert. Die längere Spike-Sequenz ist in zwei der Impfstoffkandidaten enthalten, während die kürzere optimierte Rezeptorbindungsdomäne (RBD) des Spike-Proteins Bestandteil der anderen beiden Kandidaten ist. Die RBD-basierten Impfstoffkandidaten beinhalten den Teil des Spike-Proteins, der als der wichtigste Bestandteil für die Bindung von Antikörpern gilt, die das Virus inaktivieren können.

Die Kohorte zur Dosisfindung der Phase-1/2-Studie wird ungefähr 200 gesunde Probanden im Alter von 18 bis 55 Jahren einschließen und wird einen Dosisbereich von 1µg bis 100µg umfassen, um die optimale Dosis für die weiteren Studien zu finden. Außerdem sollen die Sicherheit und Immunogenität des Impfstoffes untersucht werden. Ziel der Studie ist es ebenfalls, die Auswirkungen einer wiederholten Impfung für drei der vier Impfstoffkandidaten, die uRNA oder modRNA verwenden, zu untersuchen. Probanden mit einem höheren Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion werden in den zweiten Teil der Studie aufgenommen.

„Wir freuen uns, dass die präklinischen Studien in Deutschland erfolgreich abgeschlossen sind und wir nun bald diese erste Studie am Menschen bereits früher als erwartet beginnen werden. Die Geschwindigkeit, mit der wir von der Initiierung des Programms bis hin zum Beginn der Studie voranschreiten konnten, spricht für das hohe Engagement aller Beteiligten“, sagt **CEO und Mitgründer von BioNTech, Prof. Ugur Sahin**.

„Pfizer und BioNTechs Kollaboration hat angesichts der weltweiten Herausforderung unsere gemeinsamen Ressourcen mit außerordentlicher Geschwindigkeit mobilisiert“, sagt **Albert Bourla, Chairman und CEO von Pfizer**. „Da die klinische Studie in Deutschland beginnen kann, freuen wir uns nun, den potenziellen Start des einzigartigen und starken klinischen Studienprogramms in den USA in naher Zukunft aktiv vorzubereiten“.

Während der klinischen Entwicklungsphase wird BioNTech die klinische Versorgung seiner Partner mit dem Impfstoff aus seinen GMP-zertifizierten mRNA-Herstellungsanlagen in Europa sicherstellen.

Zudem arbeitet BioNTech gemeinsam mit Fosun Pharma an der Entwicklung von BNT162 innerhalb Chinas, wo die Unternehmen ebenfalls die Durchführung klinischer Studien planen.

### BioNTech Telefonkonferenz und Webcast

BioNTech wird Donnerstag, dem 23. April 2020, um 14 Uhr MEZ eine Telefonkonferenz mit Webcast anbieten. Die Präsentation wird samt Ton über einen Webcast unter <https://edge.media-server.com/mmc/p/b9xow5kn> verfügbar sein.

Einwahldaten für die Telefonkonferenz in englischer Sprache unter Angabe des Zugangscodes 8534807

Deutschland: +49 (0) 692 2222 625

Vereinigte Staaten International: +1 (646) 741 3167

Vereinigte Staaten (toll-free): +1 (877) 870 9135

Standard International: +44 (0) 2071 928338

Bitte wählen Sie sich 15-20 Minuten vor Beginn der Konferenz ein.

Die Präsentation und ein Audiomitschnitt wird nach Ende des Live-Webcasts auf BioNTechs Webseite <https://biontech.de/> unter „Events & Presentations“ im Investorenbereich veröffentlicht. Eine Aufzeichnung des Webcasts wird kurz nach Veranstaltungsende im selben Bereich der BioNTech-Website verfügbar sein.

### Über BioNTech

Biopharmaceutical New Technologies (BioNTech) ist ein Immuntherapie-Unternehmen der nächsten Generation, das bei der Entwicklung von Therapien für Krebs, Infektionskrankheiten und seltenen Erkrankungen Pionierarbeit leistet. Das Unternehmen kombiniert bahnbrechende

Immunologieforschung, moderne therapeutische Plattformen und Bioinformatik-Tools, um die Entwicklung neuartiger Biopharmazeutika rasch voranzutreiben. Das diversifizierte Portfolio an onkologischen Produktkandidaten umfasst individualisierte Therapien sowie off-the-shelf-Medikamente auf mRNA-Basis, innovative chimäre Antigenrezeptor (CAR)-T-Zellen, bispezifische Checkpoint-Immunmodulatoren, zielgerichtete Krebsantikörper und Small Molecules. Auf Basis seiner umfassenden Expertise bei der Entwicklung von mRNA-Impfstoffen und unternehmenseigener Herstellungskapazitäten entwickelt BioNTech neben seiner vielfältigen Onkologie-Pipeline gemeinsam mit Kollaborationspartnern verschiedene mRNA-Impfstoffkandidaten für eine Reihe von Infektionskrankheiten. BioNTech arbeitet Seite an Seite mit weltweit renommierten Kooperationspartnern aus der pharmazeutischen Industrie, darunter Eli Lilly and Company, Genmab, Sanofi, Bayer Animal Health, Genentech (ein Unternehmen der Roche Gruppe), Genevant, Fosun Pharma und Pfizer.

Weitere Information finden Sie unter: [www.biontech.de](http://www.biontech.de)

### **Zukunftsgerichtete Aussagen von BioNTech**

Diese Pressemitteilung enthält bestimmte in die Zukunft gerichtete Aussagen von BioNTech im Rahmen des angepassten Private Securities Litigation Reform Act von 1995, einschließlich, aber nicht begrenzt auf ausdrückliche oder implizite Aussagen bezogen auf: BioNTechs Bemühungen, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen; die nächsten Schritte in BioNTechs Projekt „Lightspeed“; den Zeitplan für den Beginn klinischer Studien von BNT162 in Deutschland; die Kollaboration zwischen BioNTech und Pfizer sowie BioNTech und Fosun Pharma zur Entwicklung eines potenziellen Impfstoffs gegen COVID-19; der voraussichtliche Zeitplan für klinische Studien von BNT 162 in den Vereinigten Staaten und China; und die Fähigkeit von BioNTech, die Mengen von BNT162 zur Unterstützung klinischer Entwickler zu liefern. Alle zukunftsgerichteten Aussagen in dieser Pressemitteilung basieren auf den aktuellen Erwartungen und Einschätzungen des Managements von BioNTech in Bezug auf zukünftige Ereignisse und unterliegen einer Reihe von Risiken und Unsicherheiten, die dazu führen können, dass die tatsächlichen Ergebnisse wesentlich und nachteilig von den in diesen zukunftsgerichteten Aussagen enthaltenen oder implizierten abweichen. Diese Risiken und Ungewissheiten beinhalten, sind aber nicht beschränkt auf: einen Konkurrenzkampf um die Entwicklung eines Impfstoffes gegen COVID-19 sowie mögliche Schwierigkeiten. Für eine Erörterung dieser und anderer Risiken und Unsicherheiten, siehe BioNTechs Geschäftsbericht 2019 (Annual Report) in dem am 31. März 2020 bei der SEC eingereichten Formular 20-F, die bei der SEC eingereicht wurde und auf der Website der SEC unter [www.sec.gov](http://www.sec.gov) zur Verfügung steht. Alle Informationen in dieser Pressemitteilung beziehen sich auf den Zeitpunkt der Veröffentlichung, und BioNTech ist nicht verpflichtet, diese Informationen zu aktualisieren, sofern dies nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

### **Über Pfizer Inc: Breakthroughs That Change Patients' Lives**

Bei Pfizer setzen wir die Wissenschaft und unsere globalen Ressourcen ein, um den Menschen Therapien anzubieten, die ihr Leben verlängern und deutlich verbessern. Wir streben danach, den Standard für Qualität, Sicherheit und Wert bei der Entdeckung, Entwicklung und Herstellung von Gesundheitsprodukten, einschließlich innovativer Medikamente und Impfstoffe, zu setzen. Jeden Tag arbeiten Pfizer-Mitarbeiter in Industrie- und Schwellenländern daran, das allgemeine Wohlbefinden, die Prävention, Behandlungen und Kuren voranzutreiben, um gegenwärtigen ernsthaften Erkrankungen zu begegnen. Im Einklang mit unserer Verantwortung als eines der weltweit führenden innovativen biopharmazeutischen Unternehmen arbeiten wir mit Gesundheitsversorgern, Regierungen und lokalen Gemeinschaften zusammen, um den Zugang zu einer zuverlässigen und erschwinglichen Gesundheitsversorgung auf der ganzen Welt zu unterstützen und zu erweitern. Seit mehr als 150 Jahren arbeiten wir daran, für alle, die sich auf uns verlassen, etwas zu bewirken. Wir veröffentlichen routinemäßig Informationen, die für Investoren wichtig sein könnten, auf unserer Website unter [www.Pfizer.com](http://www.Pfizer.com). Mehr Informationen über Pfizer finden Sie unter [www.Pfizer.com](http://www.Pfizer.com), auf Twitter unter [@Pfizer](https://twitter.com/Pfizer) und [@Pfizer\\_News](https://twitter.com/Pfizer_News), [LinkedIn](https://www.linkedin.com/company/pfizer), [YouTube](https://www.youtube.com/pfizer) und auf Facebook unter [Facebook.com/Pfizer](https://www.facebook.com/Pfizer).

### **Offenlegungsmeldung von Pfizer**

Die in dieser Mitteilung enthaltenen Informationen gelten für den Zeitpunkt zum 22. April 2020. Pfizer übernimmt keine Verpflichtung, die in dieser Mitteilung enthaltenen zukunftsgerichteten Aussagen aufgrund neuer Informationen oder zukünftiger Ereignisse oder Entwicklungen zu aktualisieren.

Diese Pressemitteilung enthält bestimmte in die Zukunft gerichtete Aussagen bezüglich Pfizers Bemühungen, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen BioNTechs mRNA-Impfstoffprogramm BNT162 gegen COVID-19, eine Zusammenarbeit zwischen BioNTech und Pfizer zur Entwicklung eines potenziellen Impfstoffs gegen COVID-19 und Herstellungskapazitäten, einschließlich ihres potenziellen Nutzens, sowie den voraussichtlichen Zeitplan für klinische Studien und potenziellen Lieferungen, der erhebliche Risiken und Ungewissheiten beinhaltet, die dazu führen könnten, dass die tatsächlichen Ergebnisse wesentlich von den in solchen Aussagen zum Ausdruck gebrachten oder implizierten Ergebnissen abweichen. Diese zukunftsgerichteten Aussagen unterliegen einer Reihe von Risiken, und Unsicherheiten, die dazu führen könnten, dass die tatsächlichen Ergebnisse wesentlich von den Ergebnissen abweichen, die in diesen zukunftsgerichteten Aussagen ausdrücklich oder implizit zum Ausdruck gebracht werden. Diese Risiken und Unsicherheiten beinhalten unter anderem: Unsicherheiten, die mit der Forschung und Entwicklung zusammenhängen, einschließlich der Fähigkeit, die geplanten Zeitpunkte der klinischen Studien zu erreichen, das Start- bzw. Abschlussdatum klinischer Studien einzuhalten, das Datum für die Einreichung von Zulassungsanträgen, die Zulassung und/oder die Markteinführung einzuhalten; sowie die Möglichkeit für das Auftreten ungünstiger neuer klinischer Daten und weitere Analysen vorhandener klinischer Daten; das Risiko, dass Daten aus klinischen Studien von den Zulassungsbehörden unterschiedlich interpretiert und bewertet werden; das Risiko, ob die Zulassungsbehörden mit dem Design und den Ergebnissen der klinischen Studien zufrieden sind; ob und wann in anderen Rechtsordnungen Lizenzanträge für Biologika für potenzielle Impfstoffkandidaten im Rahmen der Zusammenarbeit eingereicht werden können; ob und wann solche Anträge von den Zulassungsbehörden genehmigt werden können, was von Vielzahl von Faktoren abhängt, einschließlich der Entscheidung, ob die Vorteile des Produkts die bekannten Risiken überwiegen, sowie der Bestimmung der Wirksamkeit des Produkts und, falls genehmigt, ob solche Impfstoffkandidaten kommerziell erfolgreich sein werden; Entscheidungen von Zulassungsbehörden, die sich auf die Kennzeichnung, die Herstellungsverfahren, die Sicherheit und/oder andere Faktoren auswirken, die die Verfügbarkeit oder das kommerzielle Potenzial solcher Impfstoffkandidaten beeinflussen könnten, einschließlich der Entwicklung von Produkten oder Therapien durch andere Unternehmen; Herstellungsfähigkeit oder -kapazitäten; Unsicherheiten hinsichtlich der Fähigkeit, Empfehlungen von technischen Impfstoffausschüssen und anderen Gesundheitsbehörden in Bezug solche Impfstoffkandidaten zu erhalten und Unsicherheiten hinsichtlich der kommerziellen Auswirkungen solcher Empfehlungen; sowie die Entwicklungen des Wettbewerbs.

Weitere Ausführungen zu Risiken und Unsicherheiten finden Sie im Jahresbericht des am 31. Dezember 2019 endenden Geschäftsjahres von Pfizer im sog. „Form 10-K“ sowie in weiteren Berichten im sog. „Form 10-Q“, einschließlich der Abschnitte „Risk Factors“ und „Forward-Looking Information and Factors That May Affect Future Results“, sowie in den zugehörigen weiteren Berichten im sog. „Form 8-K“, welche bei der U.S. Securities and Exchange Commission eingereicht wurden und unter [www.sec.gov](http://www.sec.gov) und [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com) verfügbar sind.

### **Anfragen an BioNTech**

### **Presseanfragen**

Jasmina Alatovic  
Senior Manager Global External Communications  
+49 (0)6131 9084 7640 oder +49 (0)151 1978 1385  
[Media@biontech.de](mailto:Media@biontech.de)

**Inverstoranfragen**

Dr. Sylke Maas  
VP Investor Relations & Business Strategy  
+49 (0)6131 9084 1074  
[Investors@biontech.de](mailto:Investors@biontech.de)

**Anfragen an Pfizer**

**Presseanfragen**

Amy Rose (U.S.)  
+1 (212) 733-7410  
[amy.rose@pfizer.com](mailto:amy.rose@pfizer.com)

Lisa O'Neill (UK)  
+44 7929339560  
[lisa.o'neill@pfizer.com](mailto:lisa.o'neill@pfizer.com)

**Inverstoranfragen**

Ryan Crowe  
+1 (212) 733-8160  
[ryan.crowe@pfizer.com](mailto:ryan.crowe@pfizer.com)



# Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann?

Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums

## 14. Februar 2023

### Dank erfolgreicher Corona-Politik: Test- und Maskenpflicht fallen bereits zum 1. März

Aufgrund der stabilen Infektionslage laufen zum 1. März fast alle Test- und Maskenpflichten aus. Darauf haben sich die Gesundheitsministerinnen und -minister von Bund und Länder verständigt. Lediglich für Arzt-, Krankenhaus- und Pflegeheimbesucher soll weiterhin Maskenpflicht gelten.



*Deutschland ist gut durch die Pandemie gekommen. Das verdanken wir nicht zuletzt einer konsequenten Corona-Politik. Eine der konsequentesten in Europa.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

## Karl Lauterbach zum Umgang mit den Corona-Maßnahmen ab März



Das komplette Statement von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach finden Sie in der [Pressemitteilung vom 14.02.2023](#).

## 3. Februar 2023

### RKI senkt Corona-Risiko herab

Das Robert Koch-Institut hat die derzeitige Gefährdung durch Covid-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland von „hoch“ auf „moderat“ herabgestuft. „Vor allem vulnerable Gruppen müssen aber weiterhin geschützt werden“, sagt Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach.

Das Robert Koch-Institut (RKI) rät weiterhin dazu, Empfehlungen zum Schutz vor Ansteckung umzusetzen: Man solle zum Beispiel zu Hause bleiben, wenn man krank ist, in Innenräumen Maske tragen und häufig lüften. Hintergrund sind auch andere Atemwegserreger, bei denen in den kommenden Wochen noch mit erhöhter Verbreitung gerechnet wird.

## 2. Februar 2023

### Maskenpflicht in Bussen und Bahnen beendet

Zum Donnerstag dem 2. Februar 2023 setzt der Bund die Maskenpflicht im öffentlichen Fernverkehr aus. In den Bundesländern werden oder wurden bereits gleiche Aufhebungen für den Nahverkehr beschlossen.

## 18. Januar 2023

### Update: Corona-Warn-App - Warnungen jetzt auch nach positiven Selbsttest möglich

Mit dem Release 3.0 erhält die CWA eine neue Funktion: Warnungen sind jetzt nicht mehr nur mit einem offiziellen Schnell- oder PCR-Test, sondern auch nach einem positiven Selbsttest möglich. Damit können alle Nutzerinnen und Nutzer mit einem positiven Testergebnis eine Warnung durch die CWA selbst auslösen. Dies gilt sowohl für positive Ergebnisse aus offiziell in Testzentren durchgeführten PCR-Tests und Antigen-Schnelltests, deren Ergebnis nicht in die CWA übermittelt wurde, als auch für positive Ergebnisse aus Selbsttests.

Nutzerinnen und Nutzer der Corona-Warn-App können innerhalb von drei Monaten maximal eine Warnung auslösen.

### *Verifikations-Hotline*

Die Verifikations-Hotline zur Vergabe von TeleTANs nach einem positiven Testbefund, der nicht in die CWA übermittelt wurde, ist damit nicht mehr nötig. Der Betrieb der Verifikations-Hotline wird zum 31. Januar 2023 eingestellt.

Für die App-Kernfunktionen Risikoermittlung und Risikowarnung ändert sich in Deutschland durch den Wechsel zum TAN-losen Warnverfahren nichts. Die App funktioniert weiter wie gewohnt und bewährt.



*Die Pandemielage hat sich stabilisiert. Die 7-Tage-Inzidenz ist halb so hoch wie noch vor einem Monat. Das Abwassermonitoring zeigt konstante oder fallende Werte, die Zahl der Hospitalisierungen geht weiter zurück. Die Krankheit darf nicht verharmlost werden. Aber wir müssen auf mehr Eigenverantwortung und Freiwilligkeit setzen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach

---



*Das ist eine gute Entscheidung. Europa hat eine gemeinsame Antwort auf die Pandemie-Lage in China gefunden. Genau dafür haben wir uns als Bundesregierung eingesetzt. Auf dieser Grundlage verändern wir jetzt kurzfristig auch die deutsche Einreiseverordnung. Für Reisende aus China bedeutet das, dass sie künftig bei Reiseantritt nach Deutschland mindestens einen Antigenschnelltest benötigen und dass es bei der Einreise dann zu Stichproben kommt, um Virusvarianten zu erkennen. Darüber hinaus wird es ergänzende Abwasserkontrollen für China-Reisen geben.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Angesichts hoher Impfquoten und abnehmender Nachfrage sind die niedergelassenen Ärzte und Apotheken in der Lage, die Corona-Impfungen zu übernehmen. Deshalb überführen wir die Impfkampagne in die Regelversorgung. Mein ganz besonderer Dank gilt den vielen Ärztinnen und Ärzten, die in den Impfzentren die Impfungen durchgeführt haben sowie ihren Unterstützern. Nur so ist es Deutschland gelungen, bisher vergleichsweise gut durch die Corona-Pandemie zu kommen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Wir werden vulnerable Gruppen weiterhin schützen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach

---





*Wir haben dank der angepassten Impfstoffe alle Möglichkeiten, um gut über diesen Winter zu kommen. Wir sollten sie nutzen.*

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach





*Die 4. Impfung kann bei älteren Menschen die Sterblichkeit um 90 Prozent reduzieren. Es ist ein riesiger Unterschied, ob man drei oder vier Mal geimpft ist.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach





*Wir werden mit so wenigen Freiheitseinschränkungen der Menschen wie möglich - aber so vielen wie nötig - verhindern, dass wir viele Tote, schwere Fälle und Long-COVID Erkrankungen haben.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Die Zulassung des BA.1-Impfstoffs ist ein Quantensprung im Kampf gegen die Pandemie. Jetzt können Impfstoffe eingesetzt werden, die gegen alle bisher bekannten Virusvarianten sehr gut wirken. Ab der nächsten Woche können die Impfungen im den neuen Impfstoffen beginnen. Jetzt ist der optimale Zeitpunkt, Impflücken für den Herbst zu schließen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Das Ziel dieser Maßnahmen ist es, Todesfälle, schwere Verläufe und die Überlastung der Infrastruktur sowie Kliniken zu vermeiden.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Die Bundesregierung hat die beiden neuen Impfstoffe gegen die Omikron-Variante in ausreichender Menge bestellt, sodass die Impfkampagne zeitnah starten kann.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Deutschland soll besser als in den vergangenen Jahren auf den nächsten Corona-winter vorbereitet sein: Impfkampagne mit neuen Impfstoffen, Pandemieradar mit tagesaktuellen Daten, Test- und Behandlungskonzepte, Schutzkonzepte für Pflegeheime und ein rechtssicherer Rahmen für Schutzmaßnahmen. Damit können wir arbeiten. Mit dem IfSG-Stufenmodell geben wir Bund und Ländern rechtssichere Werkzeuge zur Pandemievorsorge an die Hand. Dazu gehört der bundesweite Einsatz von Masken und zielgerichtetes Testen für besonders gefährdete Personen. Ab 1.10. können die Länder die Maskenpflicht in den Innenräumen nutzen. Wenn die Situation es gebietet, gilt auch eine Maskenpflicht bei Außenveranstaltungen und es kommt zu Obergrenzen im öffentlichen Raum. Wir können die Pandemie nur gemeinsam überwinden.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---





*Wir müssen die Menschen in der ambulanten und stationären Pflege besser schützen, als wir das in der Vergangenheit getan haben.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Bei Risikoexposition, z. B. vor dem Besuch eines Konzerts, vor größeren Familienfesten, beim Besuch älterer Menschen, nach Risikokontakten sowie bei Warnung auf der Corona-Warn-App, fördern wir die Bürgertests bis zu einer Eigenbeteiligung von 3 Euro.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Das freiwillige Maskentragen muss zur Normalität gehören. Wenn man sich und andere schützen möchte, sollte man sie in Innenräumen tragen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---





*Wir bereiten auch eine Impfkampagne vor, um den Impfstoff verteilen zu können, wenn er spätestens im Herbst gebraucht wird. Wir möchten all denjenigen, die sie brauchen und wünschen, eine vierte Impfung anbieten können.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach



*Die neuen Isolations- und Quarantäneempfehlungen sind eine Lösung mit Augenmaß. Damit kombinieren wir notwendige Vorsicht mit möglichen Erleichterungen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach

---



## *Das war eine schlechte Woche für den Schutz der Bevölkerung vor einer Corona-Infektion.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Ich bitte alle, die eine Osterreise planen, sich testen zu lassen. Das sollten wir für alle tun, die mit uns reisen, aber auch zum Schutz unserer Familien und zum eigenen Schutz.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---





*Die Pandemie ist nicht vorbei, wir haben noch eine viel zu hohe Fallzahl.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Pflegekräfte sorgen mit ihrem besonderen Einsatz dafür, dass Deutschland bisher die Pandemie bewältigen konnte. Dafür wollen wir uns erneut auch mit einer Prämie bedanken. Insgesamt stellt die Bundesregierung dafür 1 Milliarde Euro zur Verfügung. Auch in Zeiten knapper Kassen ist das ein wichtiges Zeichen. Aber wir werden es nicht bei diesem Bonus belassen. Arbeitsbedingungen und Bezahlung von Pflegekräften müssen insgesamt deutlich besser werden. Gute Pflege ist eine immer wichtiger werdende Stütze unserer Gesellschaft. Für den Aufbau der Pflege werden wir uns weiter einsetzen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach







*Die Länder haben das Recht und die Pflicht, ihre Bürger zu schützen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Ich empfehle jedem in der Altersgruppe über 60 mit Risikofaktoren und Vorerkrankungen die 4. Impfung zu nutzen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach







*Die Pandemie ist leider noch nicht vorbei, wir brauchen weiterhin wirksame Schutzmaßnahmen. Unseren Freedom Day können wir erreichen, wenn wir die Pandemie beenden, indem wir die allgemeine Impfpflicht beschließen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Wir können die Pandemie zum ersten Mal für Deutschland beenden mit der Impfpflicht.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

---



*Die Lage ist objektiv viel schlechter als die Stimmung in der Bevölkerung. Todeszahlen von 200 bis 250 pro Tag sorgen für eine unhaltbare Situation, auf die wir reagieren müssen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Die Länder haben die Möglichkeit, schnell auf eine geänderte Pandemielage zu reagieren.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Das Virus wird sich von einem Freedom Day nicht beeindrucken lassen. Er gibt uns eine Sicherheit, die wir nicht haben.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Wir können uns maßvolle Lockerungen leisten, aber keine maßlosen Lockerungen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Auf dem Höhepunkt der Pandemie setzen wir PCR-Tests gezielter ein. Künftig sollen die Tests nur noch gemacht werden, wenn ein positiver Schnelltest vorliegt. Eine rote Warnmeldung auf der App reicht dafür nicht mehr. Wer Gewissheit über eine Infektion benötigt, bekommt sie.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Die einrichtungsbezogene Impfpflicht ist keine Schikane gegen das Personal, es geht um den Schutz der den Mitarbeitern anvertrauten Menschen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach







*Warten Sie nicht auf Impfstoffe, die noch in der Entwicklung sind. Nehmen Sie die Impfstoffe, die da sind. Lassen Sie sich boostern.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Deutschland ist es gelungen, die Verdopplungszeit von Omikron zu strecken. Ich warne aber davor, die Variante zu unterschätzen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Wir verlangsamen und strecken die Welle und boostern in dieser Zeit so viele Menschen wie möglich, um sie vor Infektion oder schwerer Krankheit zu schützen – dafür ist der Impfstoff da. Ich habe seit Amtsbeginn 55 Millionen Dosen Booster-Impfstoff für die Bundesregierung erworben. Wir können damit jede Booster-Impfung durchführen, die in Deutschland sinnvollerweise gemacht werden könnte.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach



*Darüber hinaus sehen wir eine deutliche Zunahme der Omikron-Fälle, die uns  
Sorge macht.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Eine sehr offensive Booster-Kampagne ist das Wichtigste, was wir tun können, um zu verhindern, dass viele Menschen schwer erkranken. Wir machen zudem alles, um die Ungeimpften zu erreichen, die teilweise auch auf Totimpfstoffe warten.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach





*Wir gehen davon aus, dass die Booster-Impfung und eventuell eine 4. Impfung zentrale Pfeiler einer erfolgreichen Strategie sein werden.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach





*Die Herausforderung liegt darin, die aggressive Delta-Welle endlich nachhaltig zu brechen und die drohende Omikron-Welle noch zu verhindern. Langfristig wird es darauf ankommen, die Bevölkerung zu schützen, vor weiteren Wellen.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach



*Lassen Sie sich impfen. Schützen Sie sich und Ihre Lieben. So können wir gemeinsam diese Welle brechen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Ungeimpfte treffen ihre Entscheidung, sich nicht impfen zu lassen, nicht nur mit Folgen für sich selbst, sondern in dieser Pandemie immer auch mit Folgen für alle anderen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir waren, sind und bleiben bei der Einreise vorsichtig. Diese neu entdeckte Variante besorgt uns, daher handeln wir hier pro-aktiv und frühzeitig. Das letzte, was uns jetzt noch fehlt, ist eine eingeschleppte neue Variante, die noch mehr Probleme macht.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir müssen jetzt diese Welle stoppen. Sonst erleben wir genau dass, was wir immer vermeiden wollten: Eine Überlastung des Gesundheitssystems.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Moderna ist ein guter, sicherer und sehr wirksamer Impfstoff.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Es braucht gemeinsames staatliches, entschlossenes Handeln, um diese Dynamik zu brechen. Die Werkzeuge dazu sind da: Impfen, Testen, AHA-Regeln, Schutzmasken oder auch Kontaktreduzierungen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir haben die Instrumente, wir müssen sie anwenden und kontrollieren.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---







*Wir erleben gerade vor allem eine Pandemie der Ungeimpften – und die ist massiv. Die Infektionszahlen steigen. Zur Wahrheit gehört: auf den Intensivstationen würden deutlich weniger COVID-19-Patienten liegen, wenn alle, die es könnten, sich auch impfen lassen würden.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Nur weil es Corona gibt, sollte man die Grippe nicht auf die leichte Schulter nehmen. Man schützt sich selbst mit einer Impfung und man hilft vor allem, dass das Gesundheitssystem nicht in eine zu starke Belastung kommt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Impfen ist eine persönliche Entscheidung. Aber es ist auch eine Entscheidung, die in dieser Pandemie uns als Gesellschaft betrifft. Jede einzelne Impfentscheidung entscheidet mit darüber, wie sicher wir gemeinsam durch Herbst und Winter kommen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*"Es hätte keinen besseren Standort für das HUB geben können als die pulsierende Technologie-, Innovations- und Start-up-Szene Berlins. Mit dem WHO-HUB für Pandemie- und Epidemieaufklärung hier in Berlin betreten wir Neuland in der Pandemievorsorge."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*„Die Welt muss in der Lage sein, neue Ereignisse mit Pandemiepotenzial zu erkennen und Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung in Echtzeit zu überwachen, um ein wirksames Pandemie- und Epidemie-Risikomanagement zu schaffen“, sagte Dr. Tedros in Berlin. „Dieser Hub wird der Schlüssel zu diesen Bemühungen sein, Innovationen in der Datenwissenschaft für die Überwachung und Reaktion der öffentlichen Gesundheit zu nutzen und Systeme zu schaffen, mit denen wir unser Fachwissen in diesem Bereich weltweit teilen und erweitern können.“*

WHO-Generaldirektor Dr. Tedros

---



*"Die Impfkampagne ist eine Gemeinschaftsaufgabe und ihr Erfolg ist ein gemeinsamer Erfolg. Ich danke allen, die kreative und niedrighschwellige Impfangebote auf dem Marktplatz, Sportplatz oder Kirchplatz machen."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Die STIKO kommt zu dem Schluss, dass auch im jungen Alter der Nutzen einer Corona-Schutzimpfung überwiegt. Das ist eine gute Nachricht. Eltern und Jugendliche haben damit eine klare Empfehlung, sich für die Impfung zu entscheiden. Die Fakten sprechen für die Impfung, ausreichend Impfstoff für alle Altersgruppen ist da, wenn gewünscht, kann eine Impfung diese Woche noch stattfinden.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Für Geimpfte wird es nach geltender Rechtslage keine weiteren Beschränkungen geben. Es gilt: Impfen macht Herbst und Winter sicher!*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*„Wir halten unser Versprechen: Jeder, der will, kann im Sommer geimpft werden. Wir haben genügend Impfstoff für alle Altersgruppen. Auch 12- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche, die sich nach ärztlicher Aufklärung für eine Impfung entscheiden, können sich und andere mit einer Impfung schützen. Deshalb ist es gut, dass die Länder auch dieser Altersgruppe möglichst niedrigschwellig ein Impfangebot machen wollen. Ein solches Angebot zur individuellen Entscheidung steht im Übrigen im Einklang mit den Empfehlungen der STIKO. Mit der Möglichkeit einer Auffrischimpfung im September wollen wir die besonders gefährdeten Gruppen im Herbst und Winter bestmöglich schützen. Denn für sie ist das Risiko eines nachlassenden Impfschutzes am größten.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Damit reduzieren wir das Risiko, dass zusätzliche Infektionen eingetragen werden. Geimpfte und Genesene brauchen keinen Test. Generell gilt, dass Reisen mit Impfung leichter ist: Geimpfte sparen sich das Testen und müssen grundsätzlich auch nicht in Quarantäne. Das Impfangebot an alle im Sommer steht. Wir haben genügend Impfstoff.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*"Je mehr sich jetzt impfen lassen, desto sicherer werden Herbst und Winter!"*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*„Impfstoff ist ausreichend für alle Altersgruppen da – bitte impfen lassen!“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*„Die Vorbereitung kostet, aber nicht vorbereitet sein, kostet noch viel mehr. Mit der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz gehen wir einen ersten wichtigen Schritt hin zu einer umfassenden Vorsorge für künftige Krisen.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*„Wir werden die Pandemie nur besiegen, wenn sich möglichst viele impfen lassen.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*"Wir müssen das Impftempo hochhalten, um den entscheidenden Unterschied zu machen. Je mehr sich impfen lassen, desto besser kommen wir durch Herbst und Winter. Es ist genug Impfstoff da, Termine sind leicht zu bekommen. Daher mein Appell: Nutzen Sie die Gelegenheit. Lassen Sie sich impfen!"*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---







*„Wir haben klare Regeln. Wir haben mehr Möglichkeiten als noch vor einem Jahr. Wir haben es selbst in der Hand, ob aus einem schönen Urlaub auch eine schöne Zeit im Herbst folgt oder nicht.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wer nicht geimpft ist wird sich unweigerlich früher oder später infizieren. Impfung  
oder Infektion – das ist die Wahl für jeden Einzelnen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir müssen neben dem Impfen weiter vorsichtig bleiben. Masken können bei gutem Wetter draußen fallen. In Innenräumen, im ÖPNV – mit Fremden, nicht Geimpften oder nicht Getesteten – sollten wir sie weiterhin tragen, um uns und andere zu schützen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Vor den Sommerferien gibt es eine europäische Lösung Impfungen digital nachzuweisen. Einfach auf dem Handy, europaweit gültig. Damit setzen wir als EU einen Standard, den es länderübergreifend auf der Welt bisher nicht gibt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*„Wir wollen neben jungen Erwachsenen auch allen Kindern und Jugendlichen, die sich - nach individueller Entscheidung mit ihren Eltern - impfen lassen möchten, bis Ende August mindestens die erste Impfung ermöglichen.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*„Die Pandemie ist erst vorbei, wenn sie weltweit überwunden ist. Das braucht unsere europäische Solidarität mit Afrika.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*"Mein dringender Appell vor Pfingsten: Die Pandemie ist noch nicht vorbei. Genießen Sie die Feiertage, aber bleiben Sie vorsichtig. Gerade jetzt, da es nicht mehr lange dauert, bis das Impfen einen spürbaren Unterschied für den Pandemieverlauf machen wird."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*„Je mehr Ärzte impfen, desto schneller läuft die Impfkampagne. Außerdem kommen wir bald in eine Phase, in der wir diejenigen überzeugen müssen, denen der Weg zum Arzt oder ins Impfzentrum zu weit ist. Deswegen binden wir die Betriebsärzten ab 7. Juni in die Impfkampagne ein. Gelegenheit macht Impfung.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*"Wir werden Geduld brauchen - auch in dieser Phase der Pandemie. Auch wenn wir die Priorisierung aufheben, wird nicht jeder direkt einen Impftermin bekommen können."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---







*„Unsere Impfkampagne gewinnt so weiter an Geschwindigkeit: Mittlerweile sind 35,9% der Deutschen mindestens einmal geimpft und 10,6% voll geschützt. Das stimmt zuversichtlich.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Die Bereitschaft auf allen politischen Ebenen jetzt wahrzunehmen, dass es gut läuft und daraus Lockerungen abzuleiten, muss gepaart sein mit der Bereitschaft - im Fall der Fälle - mögliche Lockerungen wieder zurückzunehmen und nicht abzuwarten.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Heute im Laufe des Tages werden wir einen Wert erreichen, dass jeder Dritte Deutsche mindestens einmal geimpft worden ist. Es bleibt wichtig, dass wir Tempo haben und halten in dieser Impfkampagne - dafür ist auch der Impfstoff Johnson & Johnson wichtig.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*"Die Zulassung von AstraZeneca macht möglich, dass die Zweitimpfung vier bis zwölf Wochen nach der Erstimpfung erfolgen kann. Wir wollen auch diese Entscheidung flexibel in die Hände der Ärzte und Impfwilligen geben."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*„Bessere Daten und bessere Analysen sind der Schlüssel zu besseren Entscheidungen.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Mit über 27 Millionen Downloads und immer mehr Funktionen, ist diese Corona-Warn-App die erfolgreichste in Europa.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*"Wir sehen deutlich mehr Geschwindigkeit. Wir müssen in den nächsten Wochen allerdings die richtige Balance schaffen zwischen Zuversicht wegen der stark steigenden Zahl von Impfungen und Vorsicht wegen der dritten Welle, in der wir immer noch sind."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Zwei neue Rekorde: Erstmals wurde an einem Tag mehr als 1 Prozent der Bevölkerung geimpft. Und mit knapp 1,1 Mio. Impfungen gibt es auch einen neuen Tagesrekord. Mehr als jeder vierte Deutsche (25,9%) ist so mittlerweile mindestens einmal geimpft. Es geht weiter voran.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wenn die Inzidenz steigt, steigt in der Folge die Belastung in den Kliniken. Das ist solange so, bis wir einen sehr viel größeren Teil der Bevölkerung haben impfen können.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Impfen und Testen allein reichen nicht, um die dritte Welle zu brechen. Wir können das Virus nicht wegtesten. Wir können auch gegen eine Welle nicht animpfen. Das ist keinem Land gelungen. Wir müssen also erst diese dritte Welle brechen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Im Mai wird jeder 3. in Deutschland einmal geimpft sein. Und wir werden dann den Schritt in die nächste Priorisierungsgruppe gehen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Gegen ein exponentielles Wachstum der Infektionen kann man nicht „animpfen“ oder „antesten“. Wir müssen erst das Infektionsgeschehen in den Griff bekommen und die Zahlen senken.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wir müssen alle, egal ob Bundesgesetz oder Ministerpräsidentenkonferenz, an einem Strang ziehen. Das erwartet die große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger von uns. Viele erkennen die Notwendigkeit diese Welle mit zusätzlichen Maßnahmen zu brechen. Das zeigen uns viele Umfragen sehr klar.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Der Impfstart in den Arztpraxen ist für viele Patientinnen und Patienten eine gute Nachricht, sie vertrauen ihren Ärztinnen und Ärzten, dass sie dort gut behandelt werden. Gleichwohl sollte niemand, der schon einen Termin im Impfzentrum hat jetzt absagen, sondern idealerweise diesen dort wahrnehmen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Das neue Impfstoff-Werk ist ein wichtiger Meilenstein auf dem schweren Weg durch diese Pandemie. Allein Deutschland erwartet dieses Jahr 90 Millionen Dosen von BioNTech. Invented in Germany. Made in Germany. Das macht uns stolz. Der Produktionsstart in Marburg markiert einen Startpunkt für die gesamte Republik als Impfstoff-Hub. mRNA-Impfstoffe sind schneller zu produzieren und einfacher an Mutationen eines Virus anzupassen. Das Wissen darüber ist ein wichtiger Standortvorteil.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir sind wahrscheinlich im letzten Teil des Pandemiemarathons angekommen - mit dem Ziel, im Sommer jedem ein Impfangebot gemacht zu haben.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Ich begrüße ausdrücklich die Modellprojekte in einigen Städten wie Tübingen und Berlin, bestimmte Einrichtungen wieder zu öffnen mit negativem Testergebnis. Daraus können wir lernen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Es gibt wenige Länder unserer Größe und geografischen Lage, die während der ganzen zweiten Welle im unteren Drittel beim Infektionsgeschehen gewesen sind. Wir haben im europäischen Vergleich viele, viele Bürger vor Erkrankung und schwersten Verläufen schützen können.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Schnelltests und Selbsttests bieten mehr, aber keine absolute Sicherheit. Wer positiv getestet wird, sollte direkt sein Ergebnis mit einem PCR-Test überprüfen lassen. Und wer negativ getestet wird, sollte trotzdem weiter die AHA-Formel beachten.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir brauchen Umsicht beim Öffnen, hin zu mehr Normalität. Mehr Tests, um diesen Weg abzusichern. Und mehr Tempo beim Impfen, um den beschwerlichen Weg unumkehrbar zu machen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Noch liegt zu viel Impfstoff im Kühlschrank. Die Länder haben mich daher gebeten, in der Impfverordnung zu regeln, dass auch Arztpraxen beauftragt werden können. Das werden wir zeitnah tun und auch Vergütungen für die Ärzte vorsehen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Schnelltests wie Selbsttests können uns helfen, sicherer mit dem Virus zu leben. Corona gibt nicht einfach auf, aber wir haben Tag um Tag mehr Mittel damit umzugehen und ein Stück Normalität zurückzugewinnen – das Testen leistet dazu einen wichtigen Beitrag.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir wollen Laien-Selbsttests schnellstmöglich zugänglich machen. Nach derzeitigen Stand soll es Anfang März die ersten Zulassungen geben. Diese Tests soll es in Apotheken, im Einzelhandel und bei Discountern geben.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Die Schnelltests und die Laien-Selbsttests sind weitere wichtige Werkzeuge in der Pandemie. Sie können uns dabei helfen, einen sicheren Weg zu gehen - jetzt auch gerade bei Schulen und Kitas. Diese Tests ersetzen aber nicht die AHA-Regeln.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Einrichtungen und Unternehmen können schon heute zugelassene Schnelltests beziehen und nach entsprechender Schulung nutzen. Wir möchten auch Tests für Laien möglich machen, aber erst nach entsprechender Qualitätsprüfung.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*In dieser Pandemie gibt es auch gute Nachrichten: Die Grippe hatte in dieser Saison bislang kaum eine Chance. Weil es die AHA-Regeln auch dem Grippevirus schwer machen. Und weil wir in dieser Grippesaison so viel geimpft haben, wie noch nie.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Ein Jahr, nachdem das erste Mal das Coronavirus in Deutschland entdeckt wurde, sind bei uns fast 3 Mio. Impfdosen verabreicht worden und fast 80% der Pflegeheimbewohner geimpft. Das ist ein großer Erfolg.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Die größte Impfkation der Geschichte ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese Krise ist für jeden von uns eine Herausforderung und es liegen noch harte Wochen vor uns – aber der Weg raus aus dieser Pandemie ist begonnen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die Zahlen entwickeln sich in die richtige Richtung, aber sind immer noch auf zu hohem Niveau. Die Pandemiebekämpfung ist keine abstrakte Angelegenheit, jeder und jede kann dabei im Alltag einen Unterschied machen. Ich bitte Sie, machen Sie mit.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir wollen noch besser nachvollziehen können, wo sich bekannte Mutationen verbreiten und ob es neue Mutationen gibt. Dafür fördern wir die Laboranalyse finanziell, vernetzen die Akteure und führen die Ergebnisse beim RKI zusammen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir wollen Eltern finanzielle Sicherheit in der Pandemie geben: Kinderkrankengeld wird gezahlt, wenn Schulen und Kitas geschlossen sind. Die Bezugszeit wird 2021 pro Elternteil auf 20 Tage verlängert.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Auslandsreisen in Risikogebiete passen nicht zur Pandemielage. Wer trotzdem darauf nicht verzichten will, muss sich künftig bei seiner Rückkehr testen lassen. Virusmutationen sind eine zusätzliche Gefahr für unsere Gesundheit. Eine Ausbreitung in Deutschland müssen wir soweit wie möglich verhindern.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Gleichzeitig die Kinder beschulen und von zu Hause aus arbeiten bringt gerade junge Familien in Pandemiezeiten häufig an die Grenze ihrer Belastbarkeit. Deswegen wollen wir es diesen Eltern ermöglichen, sich unkompliziert und ohne finanzielle Verluste um ihre Kinder zu Hause zu kümmern. Dafür wird der Anspruch auf Kinderkrankengeld verlängert. Und es soll auch dann ausgezahlt werden, wenn Schulen und KiTas aus Infektionsschutzgründen geschlossen bleiben.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Es ergibt erst Sinn in den Hausarztpraxen zu impfen, wenn auch ausreichend Impfstoff vorhanden ist und nicht mehr so stark priorisiert werden muss – das erwarten wir im Laufe des Jahres.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Es wird genug Impfstoff für alle in Deutschland geben. Ich gehe -Stand heute- davon aus, dass wir dann im Sommer allen ein Impfangebot machen können. Denn wir haben genug Impfstoff bestellt – und zwar von mehreren Herstellern.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Das macht uns stolz und vor allem zuversichtlich, dass wir diese Pandemie überwinden können – denn Impfen ebnet uns den Weg aus der Krise.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*"Heute ist ein hoffnungsvoller Tag für Europa. Impfen ebnet uns den Weg aus der Pandemie."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Bund und Länder stehen gemeinsam in der Verantwortung. Wir wollen und werden die Liquidität der Krankenhäuser in der Krise sichern. Darauf können sich die Beschäftigten verlassen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Solange es geht, wollen wir verhindern, dass sich eventuell gefährlichere Virus-Varianten nach Kontinentaleuropa ausbreiten. Das Beförderungsverbot aus Großbritannien, Nordirland und Südafrika ist eine Vorsichtsmaßnahme, bis wir mehr über die berichteten Coronavirus-Mutationen in beiden Ländern wissen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Die ordentliche Zulassung eines Impfstoffs gegen das Corona-Virus ist ein Meilenstein in der Pandemiebekämpfung. Impfen ebnet uns den Weg aus der Krise. Und wir tun alles dafür, diesen Weg so schnell wie möglich zu gehen. Bereits am Tag nach Weihnachten werden die ersten Pflegebedürftigen in der stationären Altenpflege geimpft. Denn wir schützen die Verwundbarsten zuerst.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Die ordentliche Zulassung ist eine europäische Entscheidung. Das Wir ist stärker als das Ich. Das gilt in der Pandemie im Alltag, das gilt auch in der europäischen Solidarität. Wir beschaffen den Impfstoff zusammen und wir machen auch eine gemeinsame Zulassung.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir mussten vor Weihnachten das klare Signal setzen: Dieser Jahreswechsel muss anders aussehen als üblich. Wichtig ist nun, dass die vereinbarten Regeln auch in allen Bereichen konsequent umgesetzt werden.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Insbesondere zu Beginn geht es darum zu priorisieren. Wenn der Impfstoff rund um den Jahreswechsel zugelassen wurde, wollen wir zuerst die impfen, die besonders gefährdet sind: Die über 80-Jährigen und die Bewohner von Pflegeeinrichtungen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Impfen ist Fortschritt! Die Beschaffung der Impfstoffe für 2,5 Mrd. Euro ist der Schlüssel zur Beherrschung dieser Pandemie.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Auch FFP2-Masken bieten keinen hundertprozentigen Schutz vor dem Coronavirus. Sie sind kein Freifahrtschein dafür, unachtsam zu sein. Aber sie senken die Gefahr für eine Ansteckung erheblich. Und diejenigen in der Gesellschaft damit zu versorgen, die besonders von dieser Pandemie betroffen sind – das sollte es uns allen Wert sein.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Antigen-Schnelltests können helfen, Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher und damit auch Kinder besser zu schützen. Kitas und Schulen bzw. ihre Träger können von heute an eigenständig Schnelltests beziehen und nutzen. Lehrerinnen und Lehrern werden, wie in Hessen erfolgreich erprobt, sich regelmäßig selbst testen dürfen. Und die Schulträger können bei Bedarf mit geschultem Personal Tests vor Ort durchführen. Das ist eine weitere alltagstaugliche Option, um Kindern auch in Pandemiezeiten den Kita- oder Schulbesuch zu ermöglichen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir haben einen harten November hinter uns – mit Kontaktbeschränkungen und viel Verzicht. Die gute Nachricht: Die Zeit der Einschränkungen ist absehbar endlich. Die Hoffnung darauf ist begründet. Wir bereiten uns darauf vor, mehrere zehn Millionen Bürgerinnen und Bürger innerhalb kürzester Zeit mit einem Impfstoff zu versorgen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir stützen das Gesundheitssystem und lernen in der Krise aus der Krise: Wir bauen langfristig tragfähige Strukturen auf. Denn für eine Jahrhundertpandemie dieses Ausmaßes wollen und werden wir besser vorbereitet sein.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wir wollen die Quarantäne verkürzen, ohne ein zusätzliches Risiko einzugehen. 10 Tage Quarantäne mit Schnelltest am Ende ist genauso sicher wie 14 Tage Quarantäne ohne Test. Aber es bedeutet für die Betroffenen vier Tage weniger Einschränkungen. Das ist es wert.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Ich bin überzeugt, wenn wir gemeinsam diesen schwierigen Corona-Winter hinter uns gebracht haben, wird auch die Bereitschaft steigen, sich impfen zu lassen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Wir sollten die als erstes schützen, die das höchste Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf der Krankheit haben. Ebenso sollten wir zunächst die impfen, die sich um diese Risikogruppe kümmern – insbesondere im Gesundheitswesen und in der Pflege. Und wir sollten sicherstellen, dass das öffentliche Leben aufrechterhalten werden kann.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir haben es in der ersten Phase der Pandemie geschafft, die Kurve abzuflachen und die Dynamik zu brechen. Wir tun auch jetzt wieder alles, um unser Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen. Dafür braucht es eine nationale Kraftanstrengung.*

Bundesgesundheitsminister Spahn (Bundestag, 06.11.20)





*Wir erleben derzeit eine kritische Phase der Pandemie. Die Lage ist ernst. Das dynamische Ausbruchsgeschehen zeigt: Wir müssen in der Corona-Pandemie schnell reagieren können. Dazu wollen wir mit diesem Gesetzentwurf beitragen. Wir bereiten mögliche COVID-19-Impfungen vor, erweitern Laborkapazitäten und machen einheitliche Vorgaben für die Rückkehr aus Risikogebieten. Unser oberstes Ziel bleibt, Infektionsketten zu durchbrechen und unser Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir möchten mit dieser Studie eine wissenschaftliche Grundlage dafür bieten, dass wir KiTas und Schulen im Regelbetrieb halten können.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wir gehen mit Zuversicht aus dem Erreichten, aber mit Achtsamkeit in den Herbst. Diese Pandemie ist ein Charaktertest für uns als Gesellschaft. Wir können die Herausforderung meistern. Es geht – aber nur gemeinsam.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Corona-Warn-App ist eine Erfolgsgeschichte*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Impfungen machen es uns möglich mit einem Virus leben zu lernen. Dieses Virus wird bleiben – entscheidend ist, dass wir es unter Kontrolle bekommen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die Pandemie zwingt uns, unsere Strategie ständig der dynamischen Lage anzupassen. Für die Urlaubszeit war es wichtig, möglichst alle Reisende auf das Coronavirus zu testen. Mit Blick auf Herbst und Winter konzentrieren wir die Tests jetzt wieder stärker aufs Inland. Für Einreisende aus Risikogebieten gilt vorerst weiterhin die Testpflicht sowie die Erfordernis der Quarantäne bis zum negativen Testergebnis.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wenn es einen Impfstoff gibt, sollen alle EU-Bürgerinnen und Bürger davon profitieren können. Und er soll fair verteilt werden. Gleichzeitig wollen wir verhindern, dass sich die Regeln für Reisen in Europa zu stark unterscheiden. Das sorgt nur für Verunsicherung. Daher wollen wir uns darauf einigen, dass nach Reisen aus Risikogebieten eine generelle Quarantäne von mindestens 10 Tagen erfolgen soll.*

Bundesgesundheitsminister Spahn



*Die gemeinsame Linie von Bund und Ländern auf Basis des Beschlusses ihrer Gesundheitsminister wird uns helfen, Infektionen zu verhindern. Und sie stärkt die Akzeptanz für Auflagen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Die Pflichttests waren notwendig, um den starken Reiseverkehr zu kontrollieren.  
Nach der Ferienzeit kehren wir jetzt zur langfristigen Quarantäne-Regelung  
zurück.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir müssen als Gesellschaft und jeder Einzelne für sich abstufen, was jetzt zuerst  
wichtig ist. Schule, Kita und Handel haben Priorität.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Warum machen wir das? Weil diese Tests uns alle schützen! Jede bisher unentdeckte Infektion, die wir über einen dieser kostenlosen Tests finden, macht einen Unterschied.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die steigenden Infektionszahlen in Deutschland sind ein deutliches Warnsignal. Das Virus macht keine Ferien. Deshalb: Wer von einer Reise zurückkommt, sollte sich testen lassen – freiwillig und kostenlos. Rückkehrer aus Risiko-Gebieten müssen sich ab Mitte nächster Woche auf Aufforderung bei Einreise verpflichtend testen lassen. Mehr noch als auf staatliche Anordnungen kommt es weiter auf jeden von uns an. Je besser wir im Alltag aufeinander achten, desto besser kommen wir gemeinsam durch diese Pandemie.*

Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn

---



*Die aktuellen Infektionszahlen zeigen einmal mehr: Wir sind noch mitten drin in der Corona-Pandemie. Und der zunehmende Reiseverkehr erhöht das Risiko, dass wieder mehr Infektionen nach Deutschland hineingetragen werden. Daher wird der Bund die Nationale Teststrategie so ergänzen, dass sich alle Reiserückkehrer binnen drei Tagen nach Einreise testen lassen können. Für Einreisende aus Risikogebieten sollen die Tests direkt an den Flughäfen angeboten werden. Klar ist aber auch: Ein Test ist kein Freifahrtschein, sondern immer nur eine Momentaufnahme. Vernünftiges Verhalten und Wachsamkeit bleiben unverzichtbar.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Der Ballermann darf kein zweites Ischgl werden.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Deutschland wird seinen Teil dazu beitragen, der WHO die notwendige politische, finanzielle und technische Unterstützung zu geben. Bei einer Pandemie muss man auf nationaler Ebene reagieren. Aber die Reaktion muss auch international koordiniert werden. Isolierte nationale Antworten auf internationale Probleme sind zum Scheitern verurteilt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in Genf







*Wir wollen das Virus im Keim ersticken. Das geht nur mit präventiven Reihentests in Krankenhäusern und Pflegeheimen und wenn wir möglichst alle Kontaktpersonen von Infizierten testen. Am Geld soll das nicht scheitern. Es ist viel teurer, zu wenig zu testen als zu viel zu testen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*So stärken wir unser Gesundheitswesen in der Pandemie: Wir investieren 9,5 Milliarden Euro in die Gesundheitsämter vor Ort, modernere Krankenhäuser, ausreichend Arzneimittel und Schutzausrüstung.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Gehen Sie zum Arzt! Scheuen Sie sich nicht, bei Beschwerden eine Praxis und im Notfall ein Krankenhaus aufzusuchen!*



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, DKG-Präsident Gerald Gaß, KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen

---





*Auch Menschen ohne Symptome können das SARS-CoV2-Virus übertragen. Deswegen ist es sinnvoll, möglichst das gesamte, enge Umfeld zu testen, wenn Infektionen festgestellt werden. Besonders Patienten, Bewohner und Angestellte in Pflegeheimen und Krankenhäusern können wir so besser schützen. Testen bringt Klarheit. Je früher wir das Virus erkennen, desto besser können wir es bekämpfen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Aber das Signal muss trotzdem überall das gleiche sein: Bleibt weiter vorsichtig. Achtet aufeinander.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die Zusammenarbeit europäischer Politiker und Wissenschaftler ist einer der Schlüssel, um diese Krise zu meistern. Dieses Virus kennt keine Grenzen. Wir werden deshalb nur erfolgreich sein, wenn wir geschlossen zusammenarbeiten.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die Pandemie ist noch nicht vorüber. Jetzt kommt es auf jeden einzelnen an, durch sein Verhalten sich und andere zu schützen. Entscheidend ist, dass wir weiterhin Abstand halten, Hygieneregeln beachten und Alltagsmasken tragen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir müssen weiter aufeinander achten, Abstand halten, Hygieneregeln beachten und Alltagsmasken tragen. Da kommt es auf jeden einzelnen an. Wenn wir zusammenhalten, kreative Schutzkonzepte mit Leben erfüllen und Forschung für den Alltag nutzen, können wir es diesem Virus im neuen Alltag möglichst schwer machen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Es geht um die richtige Balance von öffentlichem Leben, Gesundheitsschutz, Wirtschaft, den Interessen des Einzelnen und denen der Gesellschaft. All das verdient eine grundsätzliche und kontroverse Debatte.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Alle Bürgerinnen und Bürger, die beim Arzt einen Antikörpertest machen, haben bereits heute das Recht, sich das Ergebnis aushändigen zu lassen. Das bleibt so. Die Frage, ob im Falle von Corona zusätzlich ein Immunitätsausweis sinnvoll ist, sollten wir als Gesellschaft in Ruhe abwägen und debattieren. Deshalb habe ich den Deutschen Ethikrat um eine Stellungnahme gebeten. Dieser laufenden Debatte wollen wir nicht vorgreifen und regeln dazu vorerst gesetzlich nichts.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir wollen Corona-Infizierte künftig schneller finden, testen und versorgen können. Nur so können wir Infektionsketten wirksam durchbrechen und einen unkontrollierten Ausbruch der Epidemie in Deutschland verhindern. Dazu stärken wir den Öffentlichen Gesundheitsdienst, ermöglichen mehr Tests in Pflegeheimen und erweitern die Meldepflichten. Dieses Update wird uns dabei helfen, unser Gesundheitswesen weiterhin auf einem guten Kurs bei der Bewältigung der Epidemie zu halten.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Wir müssen uns stärker an Kriterien orientieren und weniger an Quadratmeter-Zahlen. Kriterien wie Abstand und Hygieneangebote sind nachvollziehbarer und werden die Akzeptanz erhöhen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn









*Es ist ein gutes Signal, dass die Impfstoffproduktion in Deutschland schon so weit ist, dass wir mit ersten Studien beginnen können. Gleichwohl wird es aber noch mehrere Monate dauern, bis ein Impfstoff erprobt und erforscht ist.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir haben gute Chancen, diese Epidemie als Gesellschaft und als Nation mit unserem Gesundheitssystem gut durchzustehen. Und wir werden jeden Tag daran arbeiten, dass das auch weiterhin gelingt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*"Viele Patientinnen und Patienten sind derzeit verständlicherweise zurückhaltend, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Therapeuten und Zahnärzten brechen daher die Einnahmen weg. Auch die Einrichtungen für Eltern Kinde-Kuren brauchen unsere Unterstützung. Um gut funktionierende Strukturen zu erhalten, werden wir hier Verluste abfedern und Liquidität sichern."*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Wir brauchen einen genauen Überblick über belegte und freie Intensivbetten in Deutschland. Die allermeisten Kliniken melden bereits freiwillig ihre aktuelle Kapazität. Allerdings leider immer noch nicht alle. Deshalb verpflichten wir Kliniken nun zur täglichen Meldung. Wenn alle transparent zusammenarbeiten, gelingt eine bessere Versorgung.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Ich bin sehr froh, hier zu sein, und dass es gelungen ist, Schutzausrüstung zu besorgen und zu verteilen. Wir haben die Zeit genutzt und uns vorbereitet. Aber wir sind noch nicht über den Berg. Unsere Ärzte, unsere Pflegekräfte – alle, die momentan in Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeheimen versuchen, das Coronavirus einzudämmen, die Patienten behandeln und Kranke pflegen – müssen wir schützen. Dafür arbeiten wir mit vollem Einsatz.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir brauchen jetzt gute und schnelle Lösungen, um den dringenden Bedarf an Desinfektionsmitteln decken zu können. Die Initiative der chemischen und pharmazeutischen Industrie zeigt einmal mehr, dass sich die deutsche Wirtschaft gerade in diesen schwierigen Zeiten zu ihrer Verantwortung bekennt. Ich danke allen Unternehmen, die sich an der neuen digitalen Plattform beteiligen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn







*Wir legen uns in Deutschland in der Epidemie scharfe Beschränkungen auf, da können wir Flüge aus diesem Hochrisikogebiet nicht zulassen. Zumal das tatsächliche Geschehen im Iran sehr intransparent ist.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wir müssen die Schwächsten in unserer Gesellschaft schützen, das sind im Fall von Corona vor allem die Älteren. Deswegen sind klare Regeln wie die Besuchsverbote*

*richtig. Je konsequenter wir jetzt sind, desto früher können wir die Einschränkungen wieder aufheben.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Ich bin den Medizinstudierenden sehr dankbar, dass sie in dieser schwierigen Lage in der medizinischen Versorgung mit anpacken. Deshalb sorgen wir dafür, dass sie dadurch keine Nachteile für ihren Studienfortschritt hinnehmen müssen. Dafür haben wir jetzt flexible und rechtssichere Regelungen getroffen - ohne jedoch Abstriche bei der Qualität der ärztlichen Ausbildung zu machen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, brauchen gerade jetzt unsere volle Unterstützung. Deswegen kompensieren wir Einnahmeausfälle, bauen Bürokratie ab*

*und setzen Sanktionen aus. Und wir sorgen dafür, dass wir schneller in epidemischen Lagen reagieren können. Wir bündeln Kompetenzen, so dass wir künftig in einer Lage wie dieser binnen Stunden für Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker und alle anderen, die weit über das normale Maß anpacken, Bürokratie wegnehmen, Regeln anpassen, Vergütungen erhöhen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Wir haben weltweit mit die meisten Tests in Deutschland. Diese Zahl zeigt die Stärke unseres Gesundheitssystems.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Wir können die Krise nur deshalb bewältigen, weil überall in unserem Land unzählige Krisenmanagerinnen und -manager im Einsatz sind. Danke an alle, in den Städten und Gemeinden! Achten wir einander. Und geben wir aufeinander Acht.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Ärzte, Pflegekräfte – alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, brauchen gerade jetzt unsere volle Unterstützung. Deswegen kompensieren wir Einnahmeausfälle, bauen Bürokratie ab und setzen Sanktionen aus. Und wir sorgen dafür, dass wir schneller in epidemischen Lagen reagieren können. Wir bündeln Kompetenzen, so dass wir künftig in einer Lage wie dieser binnen Stunden für Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker und alle anderen, die weit über das normale Maß anpacken, Bürokratie wegnehmen, Regeln anpassen, Vergütungen erhöhen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Ärzte, Pfleger, Sanitäter, Apotheker können nicht ins Home Office gehen. Sie sind diejenigen, auf die wir uns alle verlassen, wenn wir krank werden. Wir können sie dabei unterstützen: indem wir, wann immer möglich, zuhause bleiben.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Die Bundesregierung wird durch zügige Maßnahmen sicherstellen, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wenn Sie innerhalb der letzten 14 Tage in Italien, in der Schweiz oder Österreich waren: Vermeiden Sie unnötige Kontakte und bleiben Sie 2 Wochen zu Hause! Und zwar unabhängig davon, ob Sie Symptome haben oder nicht. So helfen Sie, sich und Ihr Umfeld vor dem Coronavirus zu schützen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn









*Wir müssen all unsere Kraft hauptsächlich darauf verwenden, die Ausbreitung des Virus in Deutschland zu verlangsamen. Nur so können unser Gesundheitssystem und die Forschung gut damit umgehen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Gemeinsam mit dem Bundesumweltministerium ist es uns gelungen, eine schnelle und unbürokratische Lösung zu finden, die es Apothekerinnen und Apothekern ermöglicht, eigenständig Desinfektionsmittel zur Händedesinfektion für den privaten Gebrauch herzustellen und in den Markt zu bringen.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Der Staat tut alles, um seine Bürger bestmöglich zu schützen. Schnell, angemessen und effektiv. Wir haben uns darauf geeinigt, dass jetzt besser einmal mehr auf das Virus getestet wird als einmal zu wenig. Am Geld soll es jedenfalls nicht scheitern.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



*Wir empfehlen der Bevölkerung, nicht hinter jedem Husten eine Corona-Infektion zu vermuten. Dass sie aber ihren Hausarzt anrufen und die Behandlung abklären, wenn sie innerhalb von 14 Tagen nach Reisen in Gebiete, in denen Infektionen vorgekommen sind, Fieber, Husten oder Atemnot entwickeln.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Ich freue mich sehr, dass die ersten Rückkehrer aus Wuhan gesund zu ihren Familien zurückkehren können. Danke an DRK und Bundeswehr, die sich die letzten bei-*

*den Wochen so gut um sie gekümmert haben. Und Danke an die Landesregierung und die regionalen Behörden für die gelungene Organisation und Zusammenarbeit. Eine Quarantäne ist für alle Beteiligten keine einfache Situation. Aber sie war notwendig, um die Rückkehrer selbst, ihr Umfeld und gesamte Bevölkerung zu schützen. So konnten gleich zu Beginn zwei Infizierte entdeckt und separat klinisch behandelt werden. Das zeigt einmal mehr: Diese Epidemie bekommen wir nur in den Griff, wenn wir vorsichtig, aber angemessen reagieren.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---



*Es ist aktuell noch nicht absehbar, ob sich aus einer regional begrenzten Epidemie in China eine weltweite Pandemie entwickelt oder nicht. Die Situation, wie wir sie heute in Deutschland haben, zeigt aber, dass wir gut vorbereitet sind und dass wir aufmerksam mit dem Thema umgehen. Wir haben die Dinge unter Kontrolle, befinden uns aber gleichzeitig in einer dynamischen Lage.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---





*Nach allem, was wir – Stand jetzt – wissen, ist der Höhepunkt der Coronavirus-Ausbreitung nicht erreicht. Deshalb müssen wir davon ausgehen, dass es auch in Europa und Deutschland zu weiteren Infektionen kommen kann.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Wir können das Coronavirus nur erfolgreich bekämpfen, wenn wir zusammenarbeiten.*

Gesundheitsminister Jens Spahn



*Wenn man mir in zwei Wochen vorwirft, übertrieben vorsichtig gewesen zu sein, bin ich zufrieden - denn dann hat sich alles gut entwickelt.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn





*Es war zu erwarten, dass das Virus auch Deutschland erreicht. Der Fall aus Bayern zeigt aber, dass wir gut darauf vorbereitet sind. Die Gefahr für die Gesundheit der Menschen in Deutschland durch die neue Atemwegserkrankung aus China bleibt nach Einschätzung des RKI weiterhin gering.*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

---

Stand: 15. Februar 2023

Bürgertelefon zur Krankenversicherung  
(030) 340 60 66-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung  
(030) 340 60 66-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention  
(030) 340 60 66-03

© Copyright 2023 Bundesministerium für Gesundheit



# Gemeinsamer Krisenstab BMI/BMG fällt weitere Beschlüsse

## Absage aller Veranstaltungen ab 1.000 Teilnehmern

10. März 2020

Der Gemeinsame Krisenstab von BMI und BMG, der nach Pandemieplan zur Bekämpfung des Coronavirus gegründet wurde, hat in seiner fünften Sitzung folgende Beschlüsse gefasst:

1. Der Krisenstab empfiehlt die Absage aller öffentlichen und privaten Großveranstaltungen mit mehr als 1.000 erwarteten Teilnehmern. Bei allen Veranstaltungen bis 1.000 erwarteten Teilnehmern soll gemeinsam mit der zuständigen Gesundheitsbehörde eine Risikoabschätzung auf Grundlage der Kriterien des Robert Koch-Instituts (RKI) getroffen werden.
2. Die Bundespolizei wird ihre Kontrollen insbesondere an den Südgrenzen noch einmal intensivieren.
3. Das Auswärtige Amt rät von Reisen nach Italien ab.
4. Der Krisenstab stellt die Dringlichkeit der Beschaffung von intensivmedizinischen Kapazitäten fest. Das BMG beschafft diese zentral.
5. Um Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Länder aufgefordert, eine Ausnahme vom Verbot der Sonntagsarbeit gem. § 15 Abs. 2 Arbeitszeitgesetz zu erlassen. Eine entsprechende Rechtsverordnung wird vorbereitet. Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur hat die Länder zudem gebeten, um Lieferengpässe zu vermeiden, die Kontrolle des Sonn- und Feiertagsfahrverbots zunächst bis zum 5. April 2020 auszusetzen.
6. Der Krisenstab empfiehlt, ab 16. März 2020 bis auf Weiteres Besuchergruppen einheitlich für alle Ressorts und deren nachgeordnete Behörden abzusagen. Damit sollen mögliche Infektionsrisiken für die Kernfunktionen der Bundesregierung vermindert werden. Die gleiche Regelung hat auch der Bundestag für den Reichstag beschlossen.

Der Krisenstab trifft sich zu seiner nächsten turnusmäßigen Sitzung am Donnerstag, 12.03.2020.

Bürgertelefon zur Krankenversicherung  
(030) 340 60 66-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung  
(030) 340 60 66-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention  
(030) 340 60 66-03

© Copyright 2023 Bundesministerium für Gesundheit



# Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

- [Gesetz im Wortlaut](#) (PDF, nicht barrierefrei, 152 KB)  - Bundesgesetzblatt

Bundestag und Bundesrat haben Änderungen am Infektionsschutzgesetz (IfSG) und weiteren Gesetzen beschlossen. Sie treten in den wesentlichen Punkten am 24. November 2021 in Kraft. Die "epidemische Notlage von nationaler Tragweite" wird nicht verlängert, sie endet mit Ablauf des 25. November 2021.

Die weiterhin möglichen infektionsschutzrechtlichen Schutzmaßnahmen sind bis zum 19. März 2022 befristet und können einmalig durch Beschluss des Deutschen Bundestages um drei Monate verlängert werden.

## Dies sind die wesentlichen Punkte:

### Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen

- Am Arbeitsplatz gilt 3G (für Beschäftigte und Arbeitgeber): Den Arbeitsplatz darf nur betreten, wer geimpft, genesen oder aktuell getestet ist. Dafür muss ein Nachweis mit sich geführt, bereit gehalten oder beim Arbeitgeber hinterlegt worden sein. Arbeitgeber müssen die Nachweispflicht zumindest hinsichtlich der Testnachweise täglich durch Kontrollen überwachen und dokumentieren. Alle betroffenen Arbeitgeber können den Impfstatus der Beschäftigten erheben.
- Die Homeoffice-Pflicht wird wieder eingeführt.
- Zusätzliche Testpflichten gelten für Beschäftigte, Arbeitgeber und Besucherinnen und Besucher in besonderen Einrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Reha-Einrichtungen, und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Sie gelten auch für Geimpfte und Genesene. Die Testpflichten von Beschäftigten sind zu überwachen.
- Im öffentlichen Nah- und Fernverkehr sowie im Flugverkehr gilt 3G für Fahr- bzw. Fluggäste und Kontroll- und Servicepersonal. Ausgenommen sind Schülerinnen und Schüler sowie Taxifahrten. Die Nachweispflichten sollen stichprobenartig kontrolliert werden.

([Weitere Informationen zu den arbeitsrechtlichen Regelungen](#)  - [BMAS](#))

## Die Bundesländer können landesrechtliche Regelungen treffen zu:

- Abstandsgebote im öffentlichen Raum

- Kontaktbeschränkungen
- Maskenpflichten
- Pflicht zu Hygienekonzepten
- 3G- und 2G-Regelungen sowie 3 GPlus (Test)- und 2GPlus (Test)-Regelungen
- Teilnehmerbeschränkungen
- Auflagen für insb. Schulen, Hochschulen und Bildungseinrichtungen
- Anordnung der Kontaktdatenverarbeitung zum Unterbrechen von Infektionsketten

## Länderöffnungsklausel

- Nach dem Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite können die Bundesländer strengere Regelungen treffen, soweit und solange die konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung der Coronavi-rus-Krankheit-2019 (COVID-19) in einem Land besteht und das Parlament in dem betroffenen Land dies feststellt. Nicht mehr möglich sind jedoch Ausgangssperren, die flächendeckende vorsorgliche Schließung von Schulen und Kitas, der Gastronomie oder des Einzelhandels. Gottesdienste und Versammlungen dürfen nicht flächendeckend verboten werden, die Sportausübung darf nicht untersagt werden. Ebenso dürfen Reisen und Übernachtungsangebote nicht untersagt werden.
- Für bereits bestehendes Landesrecht gilt eine Übergangsfrist: Bis längstens zum 15. Dezember 2021 können die weitergehenden landesrechtlichen Maßnahmen auf Grundlage des bisherigen Umfangs des Schutzmaßnahmen-Katalogs angewendet werden, sofern die jeweilige Rechtsverordnung oder Anordnung bis zum 25. November 2021 in Kraft getreten ist.

## Unterstützung für Krankenhäuser und Heilmittelerbringer

- Krankenhäuser erhalten einen Versorgungsaufschlag für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind. Der Aufschlag wird fallbezogen für die Zeit vom 1. November 2021 bis 19. März 2022 gewährt.
- Therapeutinnen und Therapeuten können weiterhin (bis zum 25. November 2022) eine Hygienepauschale von 1,50 Euro je Heilmittelverordnung abrechnen.

## Pflege-Schutzschirm und weitere Sonderregelungen

- Die Regelungen zur Erstattung pandemiebedingter Mehrausgaben und Mindereinnahmen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden bis Ende März 2022 verlängert.
- Der flexiblere Einsatz des Entlastungsbetrages bei Pflegegrad 1 bleibt befristet erhalten. Gleiches gilt für die Möglichkeit der Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge bei Pflegegrad 2 bis 5.
- Flexibilisierungen bei Familienpflegezeit und Pflegezeit bleiben befristet bestehen.
- Der Anspruch auf coronabedingtes Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Arbeitstage wird bis Ende März 2022 verlängert.
- Die Medizinischen Dienste können im Einzelfall auch weiterhin Pflegebegutachtungen ohne persönliche Untersuchung der Versicherten in ihrem Wohnbereich durchführen. Bei der

Entscheidung ist der Wunsch der Versicherten, persönlich untersucht zu werden, zu berücksichtigen. Die Ausnahmeregelung gilt bis Ende März 2022.


- Bis Ende März 2022 besteht für Pflegegeldempfänger die Möglichkeit, den Beratungsbesuch telefonisch, digital oder per Videokonferenz abzurufen, wenn sie dies wünschen.

## Sonderregelung für Kinderkrankengeld wird verlängert

- **Das Kinderkrankengeld** kann auch 2022 für 30 statt 10 Tage (bei Alleinerziehenden 60 statt 20 Tage) in Anspruch genommen werden.

## Downloads

### Gesetz im Wortlaut - Bundesgesetzblatt

PDF-Datei (nicht barrierefrei, 152 KB) 

Stand: 23. November 2021

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

(030) 340 60 66-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

(030) 340 60 66-02

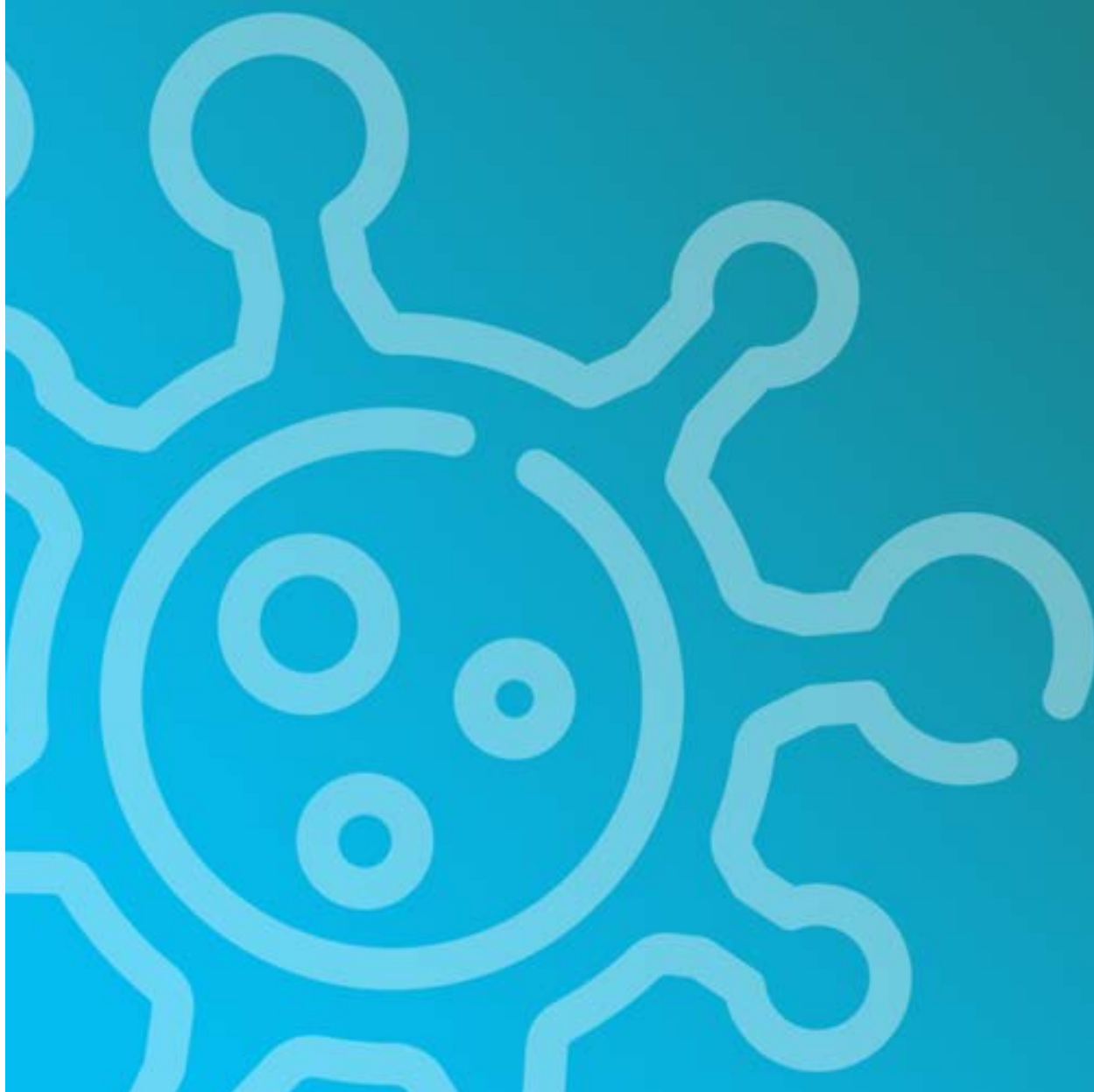
Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

(030) 340 60 66-03

© Copyright 2023 Bundesministerium für Gesundheit



# HOME OFFICE IM VERLAUF DER CORONA-PANDEMIE



Corona Datenplattform im Auftrag  
des Bundesministerium für  
Wirtschaft und Energie, BMWi

**infas**

**infas 360**

in Kooperation mit

**ifo** INSTITUT

**Projekt:** 7387  
Bonn, Juli 2021  
Version 1.0

**Text:** Jean-Victor Alipour, Oliver Falck, Robert Follmer, Reiner Gilberg, Beatrice Nolte  
**Layout und Grafik:** Mischa Frank

Folgende Zitierweisen werden empfohlen:

Langform:

Corona Datenplattform (2021): Themenreport 02, Homeoffice im Verlauf der Corona-Pandemie, Ausgabe Juli 2021, Bonn

## Inhalt

- 04    STELLENWERT DES HOMEOFFICE IN DER PANDEMIE  
Welche Bedeutung ist bisher erkennbar?
  
- 04    POTENZIALE FÜR DAS HOMEOFFICE UND TATSÄCHLICHE AUSSCHÖPFUNG  
Welche Berechnungsverfahren wenden wir an und wie stellen sich die Ergebnisse auf regionaler Ebene dar?
  
- 12    HOMEOFFICE AUS SICHT DER BESCHÄFTIGTEN  
Wer ist im Homeoffice und wie bewerten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die aktuelle Situation?
  
- 16    AUSBLICK – HOMEOFFICE NACH DER PANDEMIE  
Was sehen wir in der mittelfristigen Perspektive?
  
- 17    WAS UNS AUFFÄLLT  
7 Punkte zum Homeoffice im Frühsommer 2021

### **Zur Entstehung des Papers:**

In der Corona-Datenplattform ist das ifo Institut Mitglied des wissenschaftlichen Projektboards. Aus den dort geführten Diskussionen heraus hat sich eine Zusammenarbeit zu dem Schwerpunktthema Homeoffice ergeben. Diese erfolgt aus gemeinsamen Interesse und geht als Eigenvorhaben über den im Projekt beauftragten Rahmen hinaus. Dabei bringen sowohl ifo wie infas weitere eigene Arbeiten mit einem Bezug zum Themenfeld Homeoffice ein. Auf diese Weise entsteht eine umfassende empirische Bestandsaufnahme zum aktuellen Status der Homeoffice-Umsetzung in Deutschland.

## STELLENWERT DES HOMEOFFICE IN DER PANDEMIE

### HOMEOFFICE IM KAMPF GEGEN DAS INFEKTIONSGESCHEHEN

Eine zunehmende Anzahl von Forschungsergebnissen legt nahe, dass konsequentes Homeoffice einen wirksamen Hebel gegen die Pandemie bietet. Simulationsstudien (Gabler et al. 2021; Kriegel und Hartmann 2021), empirische Evaluierungen (Alipour et al. 2021a; McLaren und Wang 2020) sowie Umfrageergebnisse (Kunze et al. 2021) liefern Evidenz dafür, dass die Heimarbeit das Infektionsrisiko deutlich senken kann. So berichten in der Umfrage von Kunze et al. (2021) Beschäftigte mit Präsenzarbeit vier bis acht Mal häufiger von einer Covid-19 Infektion als Beschäftigte ohne Präsenzaktivitäten. Alipour et al. (2021a) zeigen anhand einer Auswertung von Daten aus der ersten Corona-Welle, dass eine um einen Prozentpunkt höhere regionale Homeoffice-Quote mit einer um 4 bis 8% niedrigeren regionalen Infektionsrate verbunden ist. Der Zusammenhang ist besonders ausgeprägt vor dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020, was nahelegt, dass Homeoffice ein besonders wirksames Mittel zur Kontaktbeschränkung in Abwesenheit von Politikmaßnahmen ist, die auf die Reduktion von Kontaktbeschränkungen abzielen. Obwohl diese Zusammenhänge in der Regel noch keine Kausalität belegen und weitere Faktoren eine erhebliche Rolle spielen dürften, ist es vor diesem Hintergrund pandemiepolitisch durchaus geboten, auf die Verlagerung aller Jobs, deren Tätigkeitsprofile eine Ausführung im Homeoffice erlauben, in die heimischen Büros abzielen.

So beschloss auch die Bund-Länder Konferenz am 19. Januar 2021 eine „Homeoffice-Pflicht“ für Arbeitgeber. Die entsprechende Änderung der Arbeitsschutzverordnung ist zum 27. Januar 2021 in Kraft getreten. Darin ist festgelegt, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Homeoffice anzubieten, soweit keine betriebsbedingten Gründe entgegenstehen. Beschäf-

tigten stand es hingegen weiterhin frei, ein entsprechendes Angebot zu nutzen. Mit dem Beschluss des deutschen Bundestags am 21. April 2021 zur vierten Novelle des Infektionsschutzgesetzes, ist die Verpflichtung aus der Arbeitsschutzverordnung ins Infektionsschutzgesetz gewandert. Neu ist auch, dass die Arbeitnehmer ein Homeoffice-Angebot annehmen müssen, wenn ihrerseits keine Gründe dagegensprechen. Gründe, die gegen die Annahme eines Homeoffice-Angebots angeführt werden können, wie räumliche Enge, Störungen durch Dritte oder eine unzureichende technische Ausstattung, werden gemeinhin aber als nicht ausreichend angesehen. Die Homeoffice-Pflicht endet zum 30. Juni 2021.

## POTENZIALE FÜR DAS HOME-OFFICE UND TATSÄCHLICHE AUSSCHÖPFUNG

### 56 PROZENT DER JOBS KÖNNEN MINDESTENS TEILWEISE IM HOMEOFFICE AUSGEFÜHRT WERDEN

Um den theoretisch möglichen Spielraum für das Homeoffice in Deutschland zu beurteilen, legten Alipour et al. (2020) Berechnungen des deutschen Homeoffice-Potenzials vor. Die Autoren stützen sich dabei auf Umfrageergebnisse für mehr als 17.000 Befragten aus der Erwerbstätigenbefragung (ETB) des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) aus dem Jahr 2018. Das Homeoffice-Potenzial eines Berufes wird demnach definiert als der Anteil der abhängig Beschäftigten, die nicht ausschließen, dass Homeoffice in ihrem Job möglich ist oder die selbst zumindest gelegentlich zu Hause arbeiten. Die berufsspezifischen Potenziale werden anschließend mit Beschäftigungsstatistiken der Bundesagentur für Arbeit über die absolute Häufigkeit der einzelnen Berufe gewichtet. Demnach können insgesamt 56 Prozent der Arbeitsplätze zumindest teilweise ins Homeoffice verlagert werden. Diese Abschätzung von vor der Corona-Pandemie deckt sich weitgehend mit dem Ergebnis aus der 4. Welle

der Erwerbspersonenbefragung der Hans-Böckler-Stiftung vom Januar 2021, nach der zumindest 53 Prozent der Beschäftigten ganz oder teilweise im Homeoffice arbeiten könnten.

### Homeoffice-Potenzial nicht durch gesetzliche Pflicht ausgeschöpft

Das ifo Institut befragt im Rahmen seiner monatlichen Konjunkturumfrage seit Februar 2021 rund 7.800 Unternehmen der Realwirtschaft nach der Homeoffice-Nutzung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Alipour et al. 2021b). Die Führungskräfte geben dabei den Prozentsatz der Mitarbeitenden an, die teilweise oder vollständig im Homeoffice arbeiten. Diese Unternehmen zählen insgesamt rund 2,6 Millionen Beschäftigte. Damit stehen sie für knapp acht Prozent der abhängig Erwerbstätigen in Deutschland.

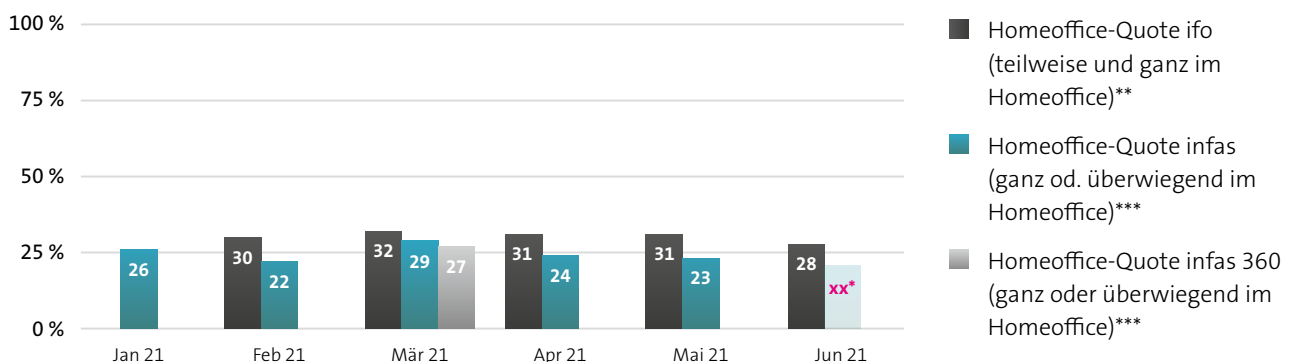
infas befragt im Rahmen seiner bevölkerungsrepräsentativen Telefoninterviews mit Beginn der Corona-Pandemie monatlich (mit Ausnahme Dezember 2020) ca. 600 Erwerbstätige zu ihrer Homeoffice-

Nutzung. Die Geodatschwester infas 360 hat im Februar/März 2021 in ihrem CASA-Monitor, einer online-repräsentativen Befragung mit ca. 7.000 Erwerbstätigen, ebenso die Homeoffice-Nutzung regionalspezifisch erhoben. In beiden Befragungen werden die Erwerbstätigen identisch danach gefragt, ob sie zurzeit ganz oder überwiegend im Homeoffice arbeiten.

Im Vergleich zur ifo-Frage wird in den infas- und infas 360-Befragungen eine höhere Homeoffice-Intensität vorausgesetzt. Der Anteil der Beschäftigten im Homeoffice aus der ifo-Befragung umfasst dagegen auch solche Beschäftigte, die nur wenige Tage/Stunden pro Woche im Homeoffice arbeiten. Abbildung 1 zeigt den Anteil der Beschäftigten, der gemäß der drei Befragungen zwischen Januar und Juni 2021 im Homeoffice gearbeitet hat. Erwartungsgemäß liegt daher die Homeoffice-Quote in den ifo Befragungen über den Ergebnissen der infas- und infas 360-Befragungen.

**Abb. 1: Homeoffice-Quote Januar bis Juni 2021 (gerundet)**

Angaben in Prozent



\* Werte folgen

\*\* Frageformulierung ifo: Welcher Anteil Ihrer Beschäftigten arbeitet aktuell zumindest teilweise im Homeoffice?

\*\*\* Frageformulierung infas/infas 360: Wie hat sich aufgrund der Situation durch das Corona-Virus Ihre Arbeitssituation geändert?

Was trifft auf Sie zu? Ich arbeite ganz oder überwiegend von zu Hause aus (im Homeoffice).

Quelle: ifo Institut, infas, infas 360 (kalibriertes Gesamtsample, s.u.)

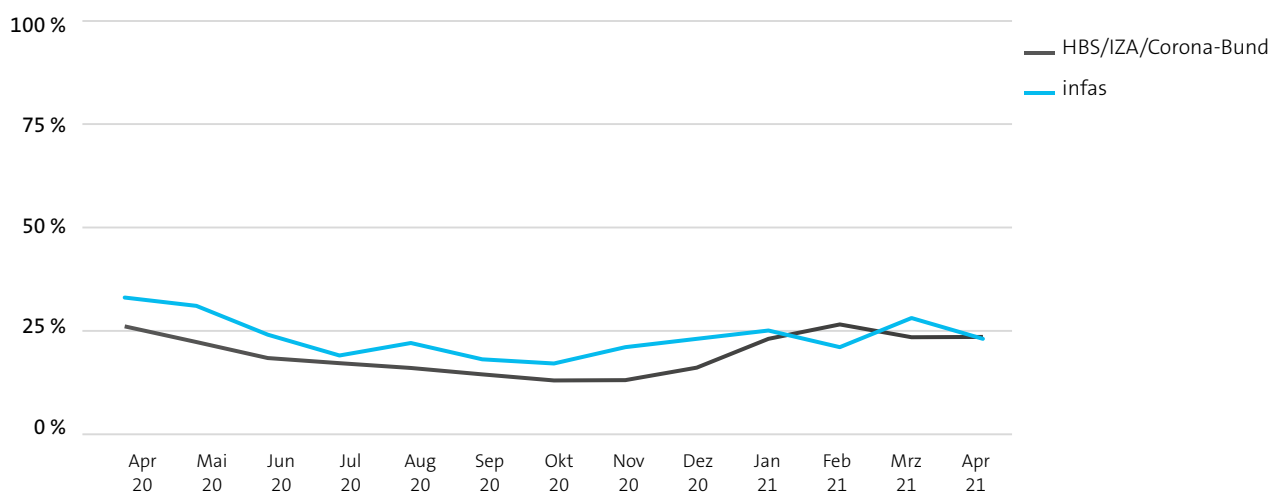
Mit um die 30 Prozent der Beschäftigten, die in den letzten sechs Monaten teilweise oder vollständig im Homeoffice tätig waren, wurde trotz der Einführung und Verschärfung der Homeoffice-Pflicht das Homeoffice-Potenzial von 56 Prozent<sup>1</sup> bei weitem nicht ausgeschöpft. Auch zeigt die horizontale Entwicklung (und der leichte Abfall im Juni) in den ifo-Befragungen, dass die Verschärfung der Homeoffice-Pflicht mit der Novelle des Infektionsschutzgesetzes zu keinem Anstieg der Homeoffice-Quote geführt hat. Der gleichzeitige Rückgang in der von infas ermittelten Homeoffice-Quote ab März 2021 legt sogar nahe, dass Beschäftigte zwar nicht vollständig, aber wieder häufiger im Betrieb arbeiten. Darauf weisen auch bezogen auf den zeitlichen Homeoffice-Tätigkeitsumfang differenziertere Zwischenergebnisse aus einer weiteren infas-Befragung hin. Auf diese wird im Ausblick am Ende dieses Papiers kurz eingegangen.

<sup>1</sup> Berücksichtigt man, dass in der ifo Konjunkturumfrage nicht alle Branchen abgebildet werden, verändert sich das berechnete Homeoffice-Potenzial für die Teilstichprobe um weniger als einen Prozentpunkt und liegt gerundet weiterhin bei 56 Prozent. In der Umfrage nicht abgebildet sind insbesondere Banken, Krankenhäuser, Schulen und Kitas sowie der Landwirtschaftssektor und der öffentliche Sektor.

## Homeoffice-Quoten aus verschiedenen Befragungen im Laufe der Corona Pandemie

In der aktuellen Debatte kursieren verschiedene Befragungsergebnisse zu den Homeoffice-Quoten in der Corona-Pandemie. Während das ifo Institut Führungskräfte zur Homeoffice-Nutzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen befragt, basieren andere veröffentlichte Erhebungen in der Regel auf Befragungen von Erwerbstätigen: infas erhebt wie dargestellt monatlich (mit Ausnahme von Dezember 2020) seit April 2020 die Homeoffice-Nutzung und bietet damit die längste Zeitreihe in der Corona-Pandemie. Mit der infas Frage zum vollständigen bzw. überwiegenden Homeoffice vergleichbare Fragen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten in Befragungen im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung (HBS), des Instituts der Zukunft für Arbeit (IZA) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Corona-Bund-Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) gestellt.

**Abb. 2: Homeoffice-Quote (überwiegend oder vollständig im Homeoffice) aus verschiedenen Befragungen**



Quelle: infas, IZA, HBS, Corona-Bund-Studie

Anmerkungen: Dezember 2020 Wert in der infas Zeitreihe linear interpoliert (ganz oder überwiegend im Homeoffice). Zusammengesetzte Zeitreihe: HBS (ausschließlich oder überwiegend im Homeoffice): April, Juni, November, Dezember 2020, Januar 2021; IZA (mind. 80% der Arbeitszeit im Homeoffice): August 2020, Februar, März, April 2021; Corona-Bund-Studie (an fünf Tagen pro Woche): Juni und Oktober 2020. Linear interpoliert: Mai, Juli, September 2020.

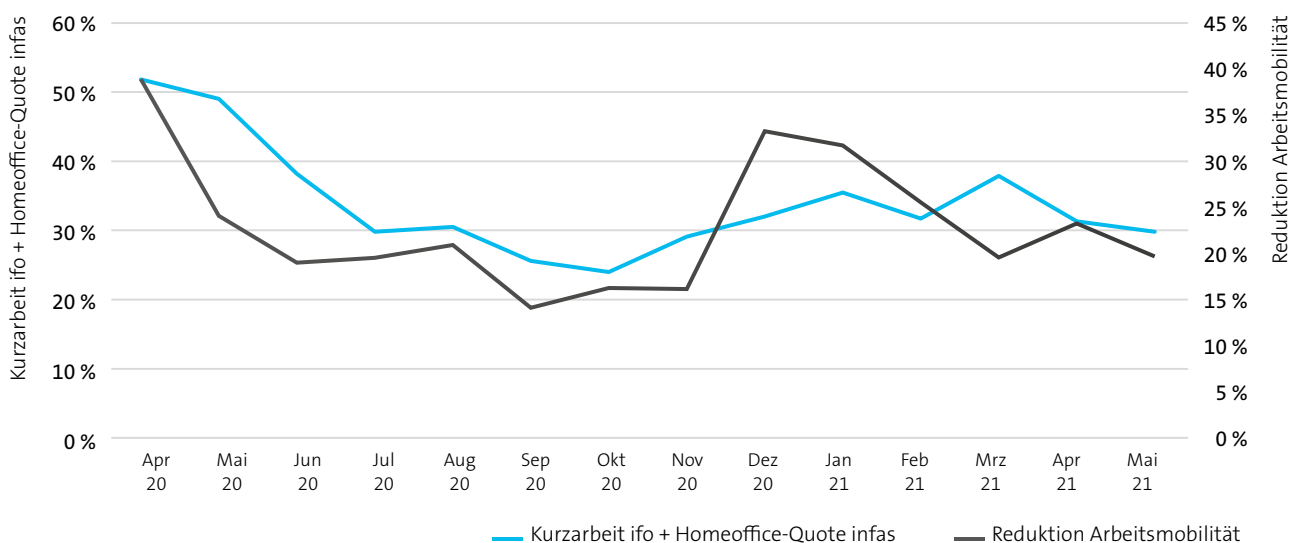
Abbildung 2 stellt die Homeoffice-Befragungsergebnisse von infas den genannten vergleichbaren Studien gegenüber. Da die anderen drei Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattgefunden haben, werden die dort ermittelten Homeoffice-Quoten zu einer Zeitreihe zusammengesetzt, wobei fehlende Werte linear interpoliert werden. Die Abbildung zeigt, dass die beiden Zeitreihen sehr ähnlich verlaufen, also vergleichbare Ergebnisse liefern.

Eine externe Validierung der Befragungsergebnisse erlaubt zudem der Vergleich mit Mobilitätsdaten. Die Arbeitsmobilität wird in der Corona-Pandemie insbesondere durch Homeoffice und Kurzarbeit reduziert. Abbildung 3 zeigt zum einen die Entwicklung des Anteils der Beschäftigten, die vollständig bzw. überwiegend im Homeoffice arbeiten bzw. in Kurzarbeit sind (Schätzung des ifo Instituts). Zum anderen zeigt die Abbildung die den Reduktionsverlauf der Arbeitsmobilität im Vergleich zum Vor-Corona-Niveau. Die Entwicklung der Arbeitsmobilität stammt aus Googles Covid-19 Mobility Reports,

in denen Google regelmäßig anonymisierte Daten seiner Nutzer über die Zahl der Besuche und die Aufenthaltsdauer an bestimmten Orten auswertet. Damit lassen sich nicht zuletzt Veränderungen in der Frequentierung von Arbeitsstätten über die Zeit beobachten.

Abbildung 3 zeigt mit Ausnahme der Weihnachtszeit, in der sich Familien im besonderen Maße isolierten, um gemeinsam feiern zu können, einen Gleichlauf der Kurven. Dies bestätigt die Angemessenheit der abgeschätzten Homeoffice-Quoten. Zu beachten ist zudem, dass infas im Dezember 2020 keine Befragung durchgeführt hat. Die Dezember-Homeoffice-Quote ist daher linear interpoliert.

**Abb. 3: Homeoffice-, Kurzarbeit- und Arbeitsmobilitätstrends in der Corona-Pandemie**



Quelle: infas, ifo, Google LLC „Google Covid-19 Community Mobility Reports“  
Linke Achse: Kurzarbeit- + Homeoffice-Quote. Rechte Achse: Arbeitsmobilitätsreduktion



## METHODENBOX 1

### VORGEHEN BEI DER REGIONALISIERUNG DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE ZUR HOMEOFFICE-NUTZUNG

Belastbare Daten zur Homeoffice-Nutzung für Landkreise und kreisfreie Städte gab es bislang nicht. Auf Basis ihrer gemeinsamen Befragungen aus Februar/März 2021 haben infas und infas 360 nun den Anteil der erwerbstätigen Personen im Homeoffice auf Kreisebene regionalisiert. Möglich wird dies durch die innovative Kombination aus „Blended Calibration“ und der Einbindung von mikrogeographischen Merkmalen.

Da infas und infas 360 gleiche Fragen zum Erwerbsstatus und zur Homeoffice-Nutzung in ihren Befragungen gestellt haben, lässt sich durch Zusammenführung und Kalibrierung der Samples zunächst eine repräsentative Abschätzung der Homeoffice-Quote auf Bundeslandebene erzielen. Zur Generierung des Gesamtsamples wurden die bevölkerungsrepräsentativen zufallsbasierten Februar- und März-Samples aus den Dual-Frame-Telefoninterviews von infas mit jeweils 600 Erwerbstätigen sowie das Non-Probability-Sample aus der regional quotierten Online-Befragung von infas 360 mit 7.000 Erwerbstätigen herangezogen. Durch die Gewichtung der Befragungsdaten über sozioökonomische und regionale Merkmale sowie über Nutzungshäufigkeiten von Telekommunikationsgeräten und sozialen Medien erhält man ein „Blended Sample“ mit Informationen zu rund 8.000 erwerbstätigen Personen ab 18 Jahren, das erwartungstreue Schätzer liefert. Im Ergebnis steht ein repräsentativer Homeoffice-Anteil je Bundesland zur Verfügung, der wiederum die Basis für eine weitere feinräumigere Regionalisierung bildet.

Die Berechnung der Homeoffice-Nutzung auf Kreisebene erfolgt über ein multivariates Schätzmodell. Hierfür wird die Online-Stichprobe über die geocodierten Wohnadressen der Befragten, die diese im Rahmen der Befragung freiwillig angeben, mit mikrogeographischen Merkmalen aus der infas 360 Datenbank angereichert. Das Portfolio von infas 360

umfasst Daten zu allen 23 Mio. Adressen in Deutschland und beinhaltet Informationen auf verschiedenen räumlichen Ebenen, von der Adresse selbst, wie z.B. dem Gebäudetypen oder der Wohnfläche, über den Siedlungsblock und den Ortsteil bis hin zu den politisch-administrativen Ebenen der Gemeinden und Kreise mit Kennziffern aus überwiegend amtlicher Quelle.

Über die angereicherten Merkmale wird für die aus der Frage „Ich arbeite ganz oder überwiegend von zu Hause aus (im Homeoffice) – ja/nein“ generierte binäre Variable (6.379 Echtfälle) ein logistisches Regressionsmodell aufgestellt und anschließend bundesweit und flächendeckend auf alle 19 Mio. Adressen mit Privathaushalten übertragen. In das Modell eingeflossen sind neben soziodemografischen Kennziffern und Siedlungsstrukturmerkmalen insbesondere Informationen zur Wirtschafts- und Arbeitsmarktstruktur mit primärem Fokus auf die regionale Verteilung von Unternehmen und Erwerbstätigen nach Branchen. Einen signifikanten positiven Effekt auf Heimarbeit haben u.a. der Anteil einkommensstarker Haushalte und der Anteil Männer im Siedlungsblock, der Bildungsabschluss und Haushalte mit Kindern im Ortsteil sowie Großstädte und Pendler über Kreisgrenzen. Ein negativer Homeoffice-Effekt ergibt sich mit dem Migrationsanteil im Siedlungsblock und auf Kreisebene dem Anteil der Erwerbstätigen bzw. Unternehmen in den Branchen Handel, Landwirtschaft, Produzierendes Gewerbe sowie (öffentliche) Dienstleistungen, Erziehung und Gesundheit. Ebenfalls als unabhängige Variablen eingeflossen sind die Baujahrsklasse eines Gebäudes und als Zentralitätsmaß die Ortslage innerhalb einer Gemeinde. Das Resultat der kleinräumigen Schätzung ist für jede Privatadresse eine Wahrscheinlichkeit, im Homeoffice zu arbeiten. Die Schätzwerte werden anschließend über die von der Bundesagentur für Arbeit veröffentlichten Zahlen der zivilen Erwerbstätigen auf die Zielebene der Kreise aggregiert und an der erhobenen Homeoffice-Quote je Bundesland geeicht. Damit liegen Schätzungen zum aktuellen Homeoffice-Ist für alle 401 Landkreise und kreisfreien Städte vor.



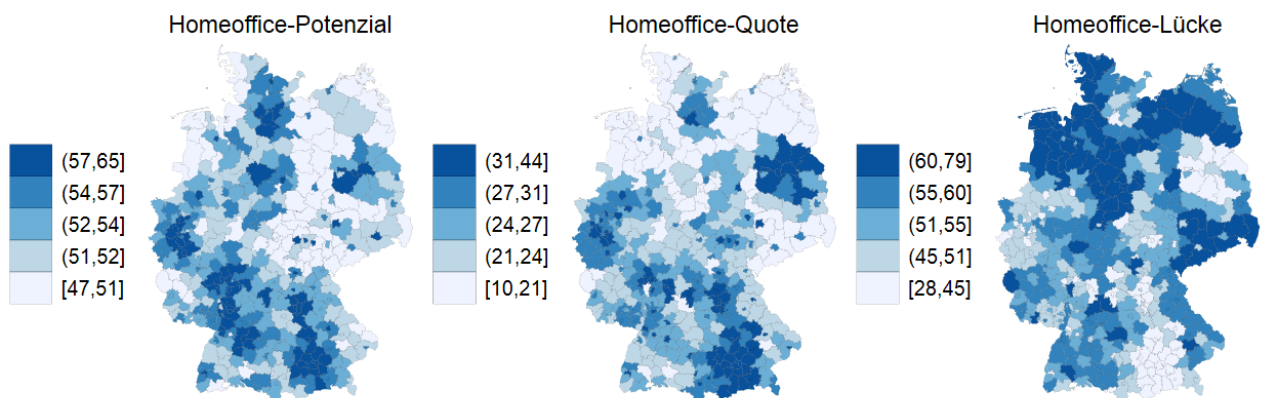
### Regional starke Unterschiede in Homeoffice-Potenzial und -nutzung

Das von Alipour et al. (2020) ermittelte Homeoffice Potenzial lässt sich mit Hilfe von Daten zu sozialversicherten Beschäftigten (hier am Wohnort gezählt) der Bundesagentur für Arbeit auf Landkreise herunterbrechen. Unterschiede zwischen den Landkreisen ergeben sich dabei durch die unterschiedliche räumliche Verteilung von Berufen bzw. Branchen. Die räumliche Analyse (vgl. linke Landkarte in Abb. 3) belegt deutliche Unterschiede zwischen Ballungsräumen mit hohem Homeoffice-Potenzial und eher ländlichen Landkreisen mit vergleichsweise niedrigem Homeoffice-Potenzial. Dieses Gefälle ergibt sich insbesondere durch die unterschiedliche Branchenstruktur. So ist beispielsweise die Dienstleistungsbranche besonders in städtischen Gebieten angesiedelt. Jobs in dieser Branche, etwa im Versicherungs- und Bankensektor, verzeichnen typischerweise hohe PC-Nutzungsraten und Tätigkeitsprofile mit eher kognitiven, wenig manuellen Arbeiten. Solche Tätigkeiten lassen sich grundsätzlich einfacher ins Heimbüro verlagern. Zudem zeigt sich ein deutliches West-Ost-Gefälle, mit einem hohen Homeoffice-Potenzial in Westdeutschland und vergleichsweise niedrigem Homeoffice-Potenzial in Ostdeutschland.

Bislang gab es keine belastbaren Daten zur Homeoffice-Nutzung auf Landkreisebene. Da infas und infas 360 in ihren Befragungen gleiche Fragen zur Homeoffice-Nutzung gestellt haben, lässt sich mit Hilfe sogenannter Blended Calibration durch Kombination der beiden Samples und unter Einbindung mikrogeographischer Merkmale eine repräsentative Abschätzung der Homeoffice-Quote – also des Anteils der Erwerbstätigen, die überwiegend oder vollständig im Homeoffice arbeiten – für alle 401 Landkreise und kreisfreien Städte durchführen.

Die Ergebnisse sind in der mittleren Landkarte von Abbildung 4 dargestellt. Die tatsächliche Nutzung ist sehr stark mit dem berechneten Homeoffice-Potenzial korreliert. Abbildung 5 trägt die beschäftigungsgewichteten Homeoffice-Quoten im Februar/März 2021 gegen den theoretisch möglichen Anteil ab. Die Größe eines Kreises spiegelt dabei die Größe der beschäftigten Bevölkerung wider. Die Abbildung verdeutlicht, dass besonders in den Landkreisen, in denen mehr Menschen prinzipiell zu Hause arbeiten können, auch die Homeoffice-Quote höher liegt. Die Landkarte veranschaulicht, dass diese in großen Teilen Bayern hoch ist. Dagegen fällt sie im Nordwesten Deutschlands großflächig gering aus. In Ostdeutschland zeigt sich ein gemischteres Bild sowohl bei der Homeoffice-Quote wie beim Homeoffice-Potenzial.

**Abb. 4: Geographische Verteilung von Homeoffice-Potenzial, Homeoffice-Quote und Homeoffice-Lücke im Februar/März 2021**



## METHODENBOX 2

### HINTERGRÜNDE ZUM VERFAHREN DER „BLENDED CALIBRATION“

Ein wesentlicher Nachteil von Online-Access-Panels besteht darin, dass es sich um Nonprobability Samples handelt. Dies bedeutet, dass keine Zufallsstichproben vorliegen und es somit in der Regel nicht möglich ist, die Auswahlwahrscheinlichkeit der Stichprobeneinheiten in der realisierten Stichprobe zu bestimmen. Um dennoch erwartungstreue Schätzungen zu ermöglichen, kann eine Zufallsstichprobe (Probability Sample) verwendet werden, bei der die Auswahlwahrscheinlichkeit der Stichprobeneinheiten bestimmt werden kann, die sogenannte „blended calibration“. Hierbei werden ein Non-Probability-Sample und ein Probability Sample dergestalt integriert, dass Verzerrungen möglichst minimiert werden (vgl. DiSogra et al. 2011 sowie Robbins et al. 2020). Der grundlegende Ansatz besteht also in der Zusammenführung der beiden Stichproben, wobei das Probability Sample sehr viel weniger Fälle enthalten kann als das Nonprobability Sample. Dabei lautet die wesentliche Frage, wie die beiden Stichproben zusammengeführt werden können, so dass mit der gemeinsamen, integrierten Stichprobe erwartungstreue Schätzungen möglich sind. Infas hat mit der „blended calibration“ unter Anwendung einer mehrstufigen Gewichtung sehr gute Erfahrungen gesammelt. Dies wird in mehreren Schritten umgesetzt:

- Zunächst erfolgt eine Gewichtung des Probability Samples mittels Designgewicht (Auswahlwahrscheinlichkeit) und Kalibrierung nach soziodemografischen, sozioökonomischen und regionalen Merkmalen.
  - Es folgt die Hinzunahme der ungewichteten Online-Fälle.
  - Anschließend wird die Kalibrierung nach soziodemografischen, sozioökonomischen und regionalen Merkmalen erneut durchgeführt. Ausgangsgewicht sind beim Probability Sample die aus dem ersten Schritt ermittelten finalen kalibrierten Gewichte, beim Nonprobability Sample wird hier konstant 1 gesetzt.
  - Bei dem anschließenden Vergleich von zusätzlichen Merkmalen für die Kalibrierung zwischen den beiden Samples nach Gewichtung sollten Merkmale gewählt werden, die zwischen den beiden Samples erheblich variieren und idealerweise die beiden Populationen differenzieren. Infas verwendet hierfür nach Prüfung die Nutzungshäufigkeiten von Telekommunikationsgeräten und von sozialen Medien.
  - Die Kalibrierung wird so erweitert um die trennenden Merkmale. Die Eckwerte (Soll-Verteilungen) stammen dabei vollständig aus dem Probability Sample, da davon auszugehen ist, dass die Schätzungen dieser Verteilungen nicht verzerrt sind.
- Relevant sind bei diesem Vorgehen die Variablen, die zusätzlich zur Kalibrierung der klassischen soziodemografischen Merkmale verwendet werden. Dieses Verfahren ist geeignet, Probability Samples und Nonprobability Samples zusammenzuführen und passt die als relevant erachteten Verteilungen an. Ziel ist es, die Verteilungen aller in beiden Erhebungen gleich erhobenen Merkmale im zusammengeführten Datensatz schätzen zu können und die Verzerrungen im Nonprobability Sample zumindest deutlich zu reduzieren.

Die rechte Landkarte in Abbildung 4 zeigt schließlich die Homeoffice-Lücke, also den Anteil des Homeoffice-Potenzials, der nicht ausgeschöpft wurde. Zu beachten ist, dass die Lücke tendenziell zu hoch ausgewiesen wird, da sich das Potenzial auf teilweises bzw. vollständiges Homeoffice bezieht, während sich die Homeoffice-Nutzung auf überwiegendes bzw. vollständiges Homeoffice bezieht. Aber auch hier zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Besonders der Nordwesten verzeichnet ein hohes Maß an unausgeschöpften Homeoffice-Möglichkeiten. Gemessen an der theoretisch möglichen Kapazität arbeiten hingegen Beschäftigte im Osten und in Bayern häufiger von zu Hause aus. Für die Gesamtwirtschaft ergibt sich im März 2021 eine Homeoffice-Lücke in Höhe von rund 50 Prozent<sup>1</sup> (bezogen auf die ermittelte Homeoffice-Quote von

infas 360) bzw. rund 40 Prozent gemessen an der ermittelten Homeoffice-Quote des ifo Instituts.

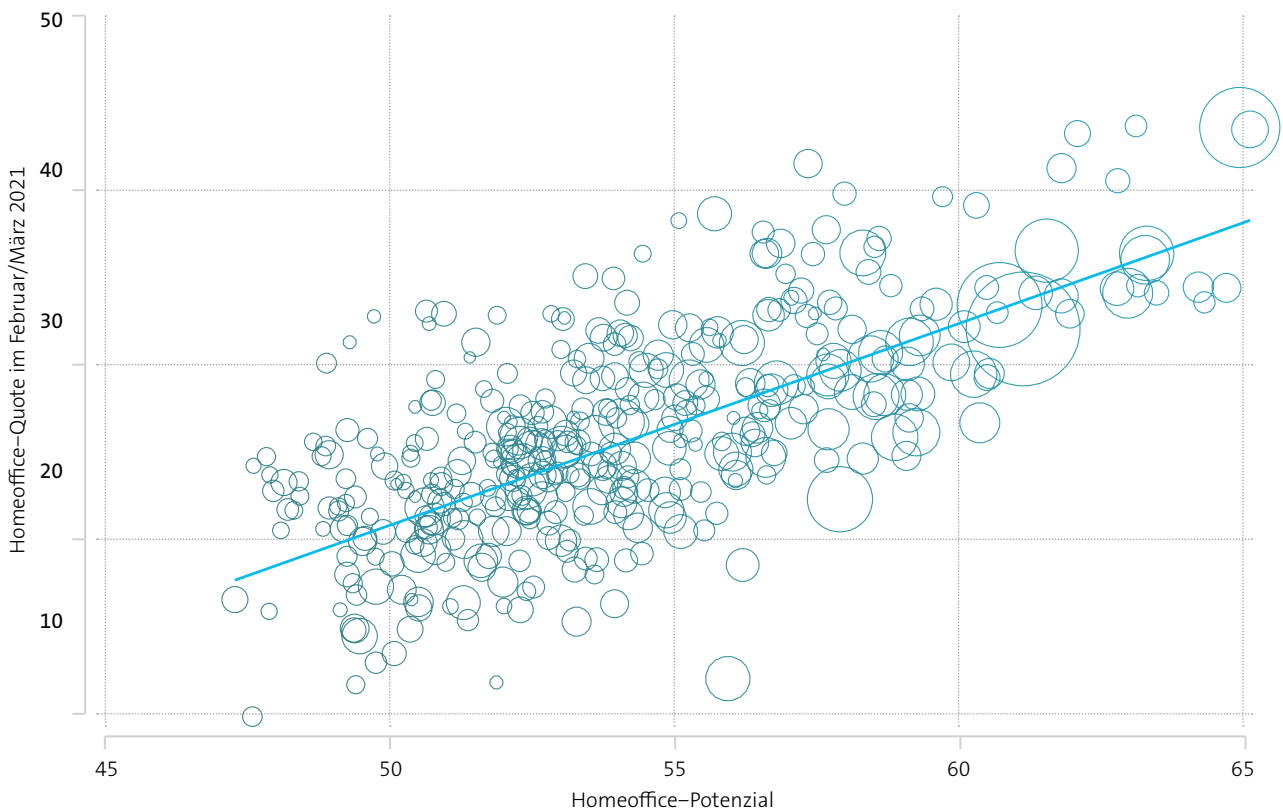
Das Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen einer Betriebsbefragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).<sup>2</sup> Danach benutzten im März 22 Prozent der Beschäftigten mit einem betrieblichen Angebot (und einem dafür geeigneten Job) das Homeoffice *nicht*. Die Betriebe, die Homeoffice anbieten, vereinen auf sich 73 Prozent der Beschäftigten. Betriebe ohne Homeoffice-Angebot beschäftigen 27 Prozent der Beschäftigten; dort ergibt sich per Definition eine Homeoffice-Lücke von 100 Prozent. Im gewichteten Mittel zeigt sich daher eine Homeoffice-Lücke von 43 Prozent.

Die regionalisierten Homeoffice-Quoten lassen sich auch mit Infektionszahlen des Robert-Koch-

1  $[(\text{Homeoffice-Potenzial} - \text{Homeoffice-Quote}) / \text{Homeoffice-Potenzial}] * 100$

2 Vgl. Ergebnisse aus Welle 12 der IAB-Betriebsbefragung „Betriebe in der Covid-19-Krise“.

**Abb. 5: Homeoffice-Nutzung und -Potenzial nach Landkreisen** (beschäftigungsgewichtet)



Instituts in Zusammenhang bringen. Die Korrelation zwischen der durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenz zwischen Mitte Februar bis Mitte März 2021 und der Homeoffice-Nutzung ist in der Tat negativ und statistisch signifikant ( $r = -0.21$ ). Auf wenn der einfache univariate Zusammenhang keinen kausalen Schluss zulässt, deckt sich der Befund mit den Ergebnissen bestehender Studien, die zeigen, das Homeoffice ein geeignetes Mittel ist, Kontakte und damit Infektionsrisiken zu reduzieren.

## HOMEOFFICE AUS SICHT DER BESCHÄFTIGTEN

### WER MACHT HOMEOFFICE UND WIE KOMMEN BESCHÄFTIGTE DAMIT ZURECHT

Die bisherigen Auswertungen haben gezeigt, dass in der Pandemie bis zu einem Drittel der Erwerbstätigen zumindest vorübergehend im Homeoffice tätig war. Während der ersten Corona-Welle im Frühsommer 2020 zeigten sich die höchsten Anteile. Im Frühjahr 2021 ist das Niveau bereits etwas reduziert und pendelt sich bei etwa einem Viertel ein. Doch wer steckt in dieser Situation? Und wie zufrieden ist man damit? Zeichnet sich eine Homeoffice-Müdigkeit ab und was kann daraus zum jetzigen Zeitpunkt für die mittelfristige Perspektive gefolgert werden?

Werden die laufenden infas-Erhebungen zusammengefasst, ergibt sich eine extrem solide Auswertungsbasis. Insgesamt wurden 7.153 Erwerbstätige befragt, davon knapp 2.773 erst im Jahr 2021 innerhalb des zweiten Lockdowns und in der Phase der „Homeofficepflicht“.

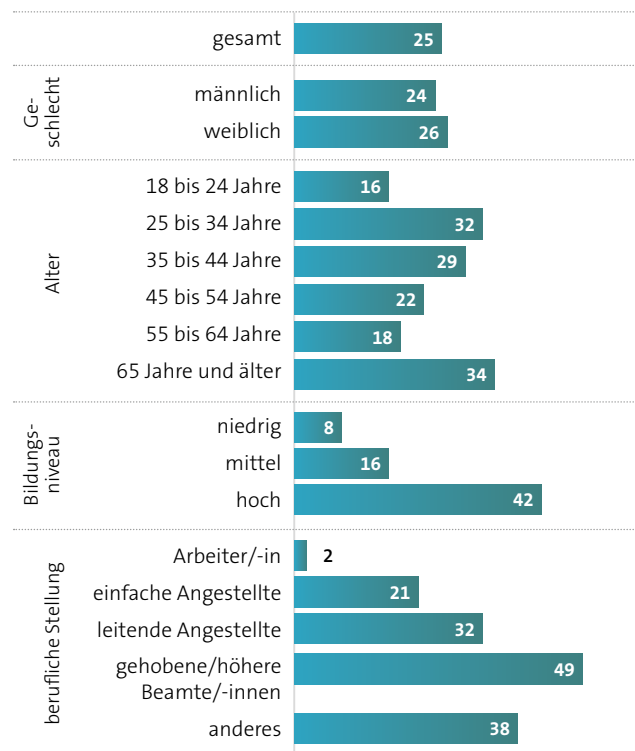
Eine erste Unterscheidung nach bestimmten Tätigkeitsmerkmalen bestätigt oft formulierte Vermutungen. Im bisherigen Verlauf des Jahres 2021 sind Befragte mit einer formal höheren Verantwortung öfter im Homeoffice tätig als andere. So liegt der Anteil unter den leitenden Angestellten bei 32 Prozent, unter den Beamten im gehobenen bzw. höheren Dienst beträgt er sogar 49 Prozent. In der Gruppe der „Arbeiter“ sind dagegen kaum Beschäftigte im Homeoffice anzutreffen. Dies korrespondiert mit

einer Abhängigkeit vom Bildungsabschluss. Hier ergibt sich eine Spannweite von acht Prozent bei Befragten mit formal niedriger Bildung (in der Regel ein Hauptschulabschluss) bis hin zu 42 Prozent in der Gruppe mit einem hohen Bildungsniveau (Abitur oder vergleichbar). Eine Entsprechung findet dies in Unterschieden abhängig von der aktuellen Lebenslage. Dazu kann eine Eingruppierung nach dem infas-Lebenslagenindex herangezogen werden, zur Definition siehe Methodenbox 3 „ilex – infas Lebenslagenindex“.

In einer niedrigen Lebenslage ergibt sich für 2021 bisher ein Homeoffice-Anteil von knapp einem Fünftel, in der höchsten Lebenslagengruppe dagegen von gut einem Drittel. Bezogen auf weitere Merkmale wie das Alter oder das Geschlecht zeigen sich dagegen deutlich geringere Unterschiede. Zwar ist mit dem Lebensalter ein Plus zu beobachten, aber auch in mittleren Altersgruppen sind erhöhte Anteile

**Abb. 6: Homeoffice im Jahr 2021**

Angaben in Prozent



Quelle: infas-Mehrthemenbefragungen Januar bis Mai 2021, 2.773 befragte Erwerbstätige, Ja-Anteile zu „Ich arbeite ganz oder überwiegend von zu Hause aus (im Homeoffice).“



festzuhalten, vermutlich aufgrund höherer Anteile von Erwerbstätigen in bestimmten Dienstleistungsbereichen in dieser Altersspanne. Dies legen auch die ebenso verfügbaren branchenspezifischen Ergebnisse nahe. Hier ergibt sich ebenfalls eine große Spannweite. Sie reicht von Anteilen unter der 10-Prozent-Marke etwa im produzierenden Nahrungsmittelbereich bis zu rund 60 Prozent in stärker dienstleistungsorientierten oder von Aktivitätseinschränkungen betroffenen Wirtschaftssegmenten.

Jedoch verlangen diese bivariaten Zusammenhänge nach einer Absicherung durch eine multivariate Analyse unter Kontrolle der wechselseitigen Einflüsse. Dies leistet ein logistisches Regressionsmodell, dessen Ergebnisse in der Abbildung auf der nächsten Seite im Überblick dargestellt werden. Im Resultat bestätigen sich auch kontrolliert die bereits beschriebenen Effekte. Strukturell gilt dies etwa für einzelne Branchen mit hohem Dienstleistungsanteil. Sie weisen höhere Homeoffice-Anteile als im übrigen Branchenmix auf. Zusätzlich mit aufgenommen wurden in dieser Analyse die Betriebsgröße und die Wohnortkategorie der Befragten nach den von Eurostat vorgegebenen Einstufungen städtisch, klein- bzw. halbstädtisch und ländlich.<sup>3</sup>

Auch diese Merkmale beeinflussen die Homeoffice-Anteile signifikant. Dies gilt besonders in Großunternehmen ab einer Mitarbeiterzahl von mehr als 2.000. Hier ist die Wahrscheinlichkeit eines Beschäftigten, sich gegenwärtig im Homeoffice zu befinden, gegenüber einer kleinen Betriebsgröße von rund 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fast vierfach erhöht. Und auch der Stadt-Land-Effekt fällt mit einem Faktor von 1,6 für die städtischen gegenüber den ländlichen Räumen deutlich aus. Ebenso bestätigt das Regressionsmodell eine hohe soziale Schichtabhängigkeit mit einem Faktor 3 in der höchsten gegenüber der niedrigsten Gruppe.

Zugespitzt kann damit formuliert werden, dass vor allem Beschäftigte mit einem hohen sozio-ökonomischen Status, bedingt durch ein formal hohes Bildungsniveau und einem damit oft verbundenem

spezifischen Tätigkeitsprofil die Homeoffice-Möglichkeit für sich in Anspruch nehmen oder sie ihnen nahegelegt wird. Dass dabei ein wirkungsvoller struktureller Zusammenhang abhängig von den Arbeitsplatzmerkmalen und weniger persönliche Vorlieben im Vordergrund stehen, unterstreicht nicht zuletzt das Ergebnis, dass die individuelle Wahrnehmung der Pandemie offenbar kaum einen Einfluss hat. Auch diese Dimension wurde in der Befragung thematisiert. Demnach befinden sich Befragte, die selbst oder deren engeres Umfeld von einer Corona-Erkrankung betroffen waren, nicht öfter im Homeoffice als Befragte, die die derartige Erfahrungen bisher nicht teilen mussten. Auch spielt die Bewertung der aktuellen Corona-Maßnahmen keine entscheidende Rolle. Die Eindämmungsmaßnahmen werden von einer großen Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert. Entsprechend fällt die

### METHODENBOX 3

## INFAS-LEBENSLAGENINDEX ILEX

Der Lebenslagenindex *ilex* ist ein von infas berechneter subjektiver Sozialindikator für die Bundesrepublik Deutschland. Er stellt Informationen zur gesellschaftlichen Ungleichheit in Deutschland zur Verfügung. Die Trenderhebungen zeigen im Zeitverlauf Fortschritte oder Rückschritte der Lebenslagen der Bürgerinnen und Bürger. Sie verweisen auf Prozesse sozialer Exklusion sowie auf gruppenspezifische Risiken. Der *ilex* erfasst dabei die Dimensionen „Lebensbedingungen“, „individuelle Lage“ und „Zukunftserwartung“. Er wird seit 2007 in bislang neun Wellen in bundesweit repräsentativen Bevölkerungsbefragungen mit jeweils unabhängigen repräsentativen Stichproben und einem Umfang von 1.500 Interviews erhoben. Die Einstufung zum ökonomischen Status (in fünf Kategorien von sehr niedrig bis sehr hoch) wurde anhand einer empirischen Matrix aus Haushaltsnettoeinkommen und gewichteter Haushaltsgröße vorgenommen.

<sup>3</sup> Zur Definition siehe <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/degree-of-urbanisation/background>

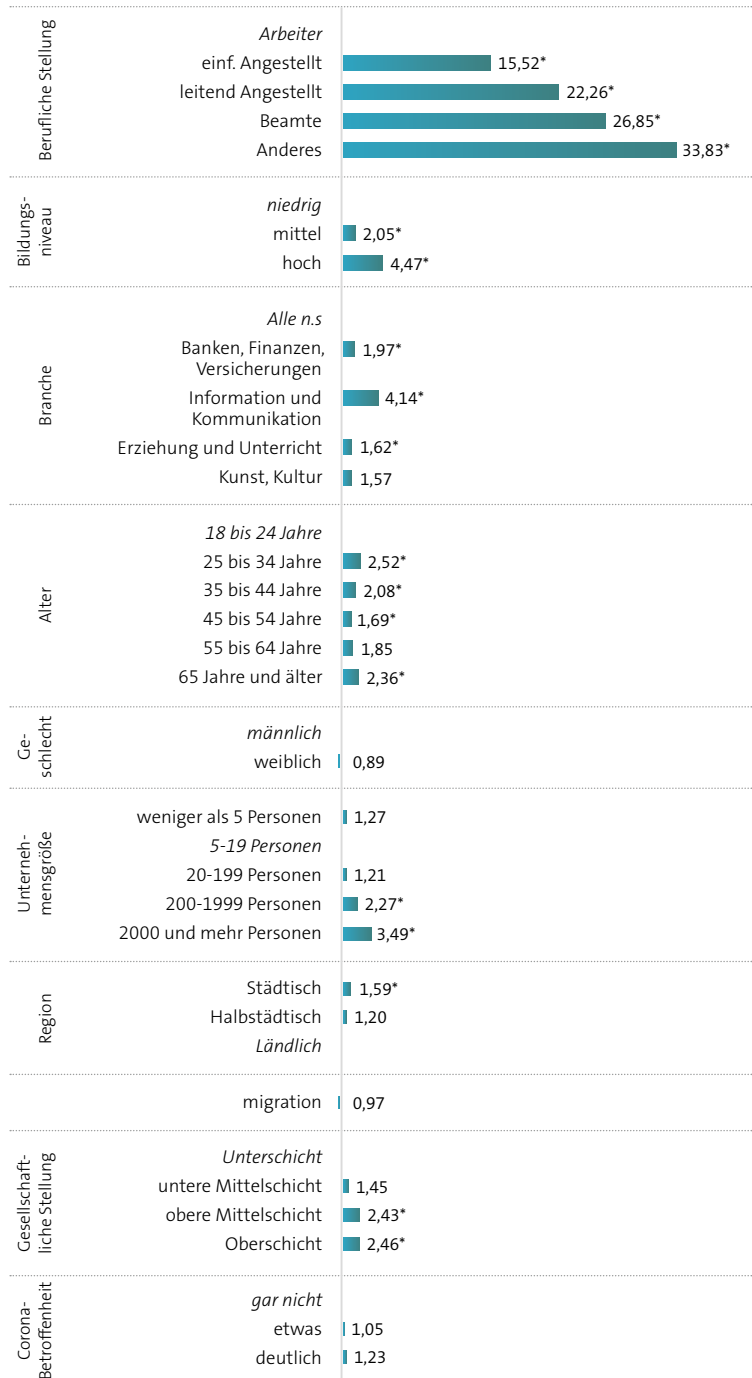
**Abb. 7: Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodell zur Erklärung der berichteten Homeofficequote**

Dargestellt sind odds ratios

Die logistische Regression ermittelt für verschiedene Arbeitsplatz- bzw. Beschäftigtenmerkmale die Wahrscheinlichkeit, im Homeoffice zu sein. In der vorliegenden logistischen Regression werden als unabhängige Variablen stets kategoriale Merkmale verwendet, die Besonderheiten bei stetigen Merkmalen sind hier nicht relevant. Deshalb wird in der Grafik jeweils ein Wahrscheinlichkeitswert gegenüber einer jeweiligen Referenzkategorie abgebildet.

Die exponierten Regressionskoeffizienten einer logistischen Regression lassen sich als sog. „odds ratios“ interpretieren. Bei kategorialen unabhängigen Variablen kann ein odds ratio direkt als Wahrscheinlichkeitsverhältnis der jeweiligen Ausprägungen dieser Variablen gegenüber einer Referenzkategorie interpretiert werden. So bedeutet beispielsweise ein odds ratio von 4,47 bei Personen mit einem hohen Schulabschluss, dass die Wahrscheinlichkeit für Home Office um den Faktor 4,47 höher ist im Vergleich zur Referenzkategorie der Personen mit einem geringen Schulabschluss. Ein odds ratio kleiner eins kann als negativer Zusammenhang interpretiert werden, der sich auch rechnerisch ermitteln lässt. So ist umgekehrt die Wahrscheinlichkeit für Home Office für Personen mit einem geringen Schulabschluss gegenüber Personen mit einem hohen Schulabschluss um den Faktor  $1/4,47 = 0,22$  geringer.

Number of obs = 2,229  
 Log likelihood = -1194.7601  
 LR chi2(34) = 547.33  
 Prob > chi2 = 0.0000  
 Pseudo R2 = 0.1864



\* statistische Signifikanz = p < 0,05  
 Referenzkategorie/Base kursiv dargestellt  
 Quelle: infas Mehrthemenbefragung Januar - Mai 2021

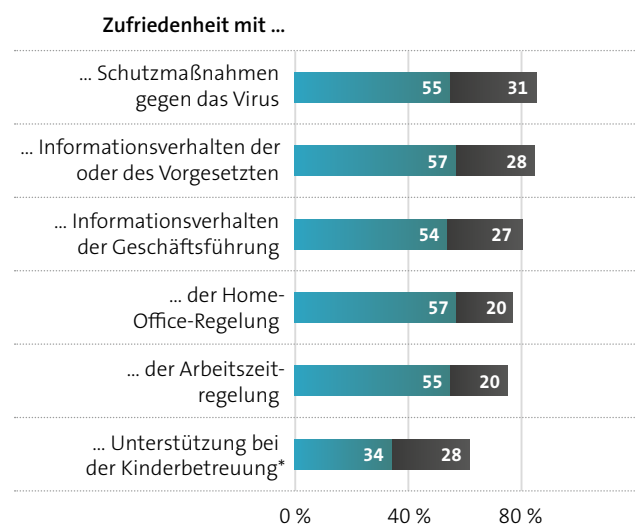
Akzeptanz auch unter den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern hoch aus. So ergeben sich innerhalb dieser Gruppe kaum Einflüsse auf die Entscheidung pro oder contra Homeoffice. Ähnlich verhält es sich, wenn die eigenen Corona-Betroffenheit mit herangezogen wird. Hierzu wurde gefragt, ob man selber oder innerhalb der Familie von einer Infektion oder einer Quarantäneanordnung betroffen war. Unter denenjenigen, die über beides berichten (im Regressionsergebnis die Stufe „deutlich“) ist die Homeofficequote etwas, aber nicht deutlich erhöht. Dies spricht für eine leicht höhere Sensibilität und auch den einen oder anderen situativen Sachzwang, sich in die Homeofficesituation zu begeben, doch nicht für einen gravierenden systematischen Einfluss an dieser Stelle. Gleichzeitig dürfte ein (früher) Wechsel ins Homeoffice die Wahrscheinlichkeit einer hohen Betroffenheit senken. Dieser umgekehrte Mechanismus könnte den schwachen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen ebenfalls erklären.

Mit Blick auf die weitere Entwicklung ist das Befinden in der Situation des Zuhause-Arbeitens von Bedeutung. Daher wurde ebenso gefragt, wie zufrieden man mit der Homeoffice-Regelung durch den eigenen Arbeitgeber ist. Hinzu kamen einige weitere Nachfragen zu diesem Komplex. Vier von fünf Befragten, die sich zum Befragungszeitpunkt im Homeoffice befanden, äußern sich zufrieden. Auch diejenigen, die weiterhin vor Ort arbeiten, hadern damit offenbar nicht oder nur zu kleinen Anteilen. Einschränkungen im Qualitätsniveau der verfügbaren Möglichkeiten führen demnach nicht zu einer schlechteren Bewertung. Die in der „Notlage“ gegebene Situation wird offenbar ganz überwiegend akzeptiert. Auch die Perspektive auf die längerfristige wirtschaftliche Sicherheit des eigenen beruflichen Umfelds unterscheidet sich nicht nach dem Merkmal „Homeoffice ja/nein“. Somit kann also kein systematischer „vorausschauender Gehorsam“ zur Sicherung des eigenen Arbeitsplatzes konstatiert werden.

Etwas eingeschränkter, jedoch unter dem Strich ebenfalls positiv zu sehen, ist das Ergebnis, wenn alle Beschäftigten nach dem Informationsverhalten

ihrer Unternehmensleitung oder ihrer Vorgesetzten angesichts der betrieblichen Anforderungen und pandemiebedingten Regelungen gefragt werden. Die Unternehmensleitungen erhalten hier zu gut 40 Prozent ein „sehr zufrieden“ und zu knapp 30 Prozent immerhin ein „zufrieden“. Noch besser schneiden mit knapp 50 bzw. rund 30 Prozent-Anteilen die unmittelbar Vorgesetzten ab. Mehr Zurückhaltung ergibt sich allerdings bei der Frage nach der Unterstützung hinsichtlich der Kinderbetreuung. Hier äußern sich von den Beschäftigten mit Kindern „nur“ 32 Prozent „sehr zufrieden“ und 28 Prozent „zufrieden“. Explizit „(sehr) unzufrieden“ ist allerdings immerhin rund ein Viertel. Wird dieser Blickwinkel auf Familien mit Kindern bis 14 Jahren eingeschränkt, erhöht sich diese Unzufriedenheitsquote auf etwa ein Drittel. Unabhängig davon kann jedoch festgehalten werden, dass diese Zufriedenheitswerte unter denjenigen, die das Homeoffice nutzen (müssen), durchweg etwas höher ausfallen, hier also gleichfalls kein systematisches Problem zu erkennen ist und man sich mehrheitlich mit der Anforderung gut abgefunden hat, von sicher vorhandenen Einzelfällen abgesehen.

**Abb. 7: Zufriedenheit mit Corona-bezogenen Aspekten am Arbeitsplatz**



Quelle: infas-Mehrthemenbefragungen Januar bis Mai 2021, 2.773 befragte Erwerbstätige, \* nur Befragte mit Kindern im Haushalt

## AUSBLICK – HOMEOFFICE NACH DER PANDEMIE

### WAS KOMMT NACH CORONA?

Wie stets liegt der Blick in die nähere oder fernere Zukunft nahe. Und wie stets, ist die Antwort mit Unsicherheiten behaftet. Wenn zunächst die Empirie sprechen soll, können wir auf aktuelle Erhebungsergebnisse verweisen, die im Rahmen einer Befragung entstehen, die zum Redaktionsschluss jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Hierbei handelt es sich um eine ebenfalls bevölkerungsrepräsentative Stichprobe von 1.500 telefonisch befragten Bürgerinnen und Bürgern in der dritten Welle eines Mobilitätspanels mit der Bezeichnung MOBICOR, das infas gemeinsam mit dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) unter Förderung durch das BMBF im Frühjahr 2020 aufgesetzt hat. Diese dritte Welle beinhaltet auch einige Fragen nach der Perspektive, die sich an diejenigen richten, die zum Befragungszeitpunkt vor allem im Homeoffice tätig sind. Nur jeder Zehnte möchte nach der Pandemie komplett in die Präsenzarbeit zurückkehren. Die überwiegende Mehrheit (knapp 90 Prozent) wünscht hingegen, die Arbeit zu Hause im aktuellen oder im niedrigeren Umfang beizubehalten. Rund 40% möchten die Häufigkeit von gegenwärtig vier bis fünf Homeoffice-Tagen in der Woche auf einen bis zwei Tage reduzieren. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Erhebungen wonach die Zufriedenheit mit dem Homeoffice während der Pandemie grundsätzlich sehr hoch ist (Stürz et al., 2020; Bonin et al., 2020). Der Mangel an sozialen Kontakten und persönlichem Austausch sowie eine Entgrenzung von Arbeit und Privatem kann beim Vollzeit-Homeoffice auf Dauer jedoch zur Belastung werden (Ahlers et. al., 2021, Bonin et al., 2021). Viele wünschen sich daher einen gewissen Ausgleich zwischen Präsenz- und Heimarbeit. Demnach wird sich auf absehbare Zeit der Anteil der Personen und noch mehr der Arbeitszeitanteil im Homeoffice reduzieren.

Auch auf Seiten der Unternehmen wurden die Erwartungen ans Homeoffice von den Erfahrungen oft übertroffen – trotz der widrigen Umstände während der Pandemie. Laut einer ifo-Umfrage und einer

Erhebung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) will eine Mehrheit der Firmen (54 bzw. 58 Prozent) mehr Homeoffice als vor der Corona-Krise ermöglichen. Die Vorteile für Arbeitgeber können vielfältig sein. Sie versprechen sich eine gesteigerte Attraktivität im Wettbewerb um geeignete Fachkräfte, die Einsparung von Büroflächen und zufriedener Beschäftigte. Studien zeigen auch, dass Beschäftigte nach dem Wechsel ins Homeoffice teilweise messbar produktiver arbeiten (Emanuel und Harrington, 2021; Bloom et al., 2015). Dies gilt vor allem für weniger komplexe und unabhängige Tätigkeiten, die zu Hause ausgeführt werden können.

Für eine vermehrte Rückkehr zur Präsenzarbeit spricht hingegen das oben dargestellte Ergebnis, dass große Teile des aktuellen Homeofficegeschehens auf den Schultern der „höheren“ Berufsgruppen liegen. Die damit verbundenen Tätigkeiten werden sich aller Voraussicht nach nicht auf längere Zeit in dem jetzigen Umfang in das Homeoffice verlagern lassen. Führungsaufgaben, Innovationsentwicklungen und Kommunikationsbedürfnisse werden in geringerem Ausmaß, aber im Ergebnis möglicherweise ähnlich häufig eine Rückkehr oder ein Verbleiben am betrieblichen Arbeitsplatz verlangen wie in den Tätigkeitsbereichen, denen schon jetzt funktionell bedingt die Homeoffice-Tür nicht offen stand. Diese Ambivalenz hat sich in entsprechenden Studien bereits vor der Pandemie gezeigt. Dabei haben sich – mit jeweils etwas anderer Auslegung, aber fast durchweg – immer zwei Homeoffice-Gesichter gezeigt. Der durch die Pandemie deutlich beschleunigte technische Fortschritt im Bereich digitaler Kommunikations- und Management-Lösungen könnte den Trend hingegen wieder mehr zugunsten der mobilen Arbeit schwenken. So könnte die Heimarbeit perspektivisch auch für aktuell noch schwer zu verlagernde Tätigkeiten deutlich vereinfacht und effizienter gestaltet werden (Bloom et al., 2021).

Der Corona-Schock hat das Sozialleben und die Arbeitswelt gleichermaßen erschüttert. Inwieweit diese Zäsur den entscheidenden Impuls für eine nachhaltige Transformation der traditionellen Arbeitsorganisation geliefert hat, wird jedoch noch zu verfolgen sein.





## WAS UNS AUFFÄLLT

### 7 Punkte zum Homeoffice im Frühsommer 2021

1. Unsere Berechnungen zeigen, dass im Schnitt etwa jeder zweite Arbeitsplatz homeofficefähig ist. Dies ist abhängig von der Branchenstruktur und unterscheidet sich regional. Vor allem hohe Dienstleistungsanteile und städtische Lagen erhöhen das Potenzial.
2. Die tatsächlich realisierte Homeoffice-Quote erreicht dieses Niveau nicht. Sie liegt seit Februar 2021 bei um die 30 Prozent aller Beschäftigten.
3. Damit ergibt sich eine Homeoffice Lücke von rund 40 Prozent.
4. Die Realisierungsquote fällt regional unterschiedlich aus. Werden die Befragungsergebnisse zum tatsächlichen Ist-Stand mittels eines statistischer Verfahrens regionalisiert, ergibt sich vor allem in Nord- und in Teilen Ostdeutschlands außerhalb des Berliner Einzugsgebiets eine größere Homeoffice-Lücke als etwa in Süddeutschland.
5. Ebenso kann gezeigt werden, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Homeoffice deutlich öfter in formal gehobenen Verantwortungsbereichen tätig sind als Befragte, die weiterhin vor Ort arbeiten. Damit korreliert dies auch mit dem Einkommen und dem Bildungsniveau.
6. Allerdings möchte trotz überwiegend positiver Erfahrungen nur eine Minderheit die aktuellen Regelungen vollständig beibehalten. Gegenüber der Situation vor der Pandemie wird sich der Anteil der Beschäftigten mit zumindest tageweiser Homeoffice-Option erhöhen, doch deutlicher weniger Personen werden dies für ihre komplette Arbeitszeit tun können oder wollen.
7. Durch den Corona-bedingten technologischen Wandel werden mehr Tätigkeiten Homeofficefähig sein, d.h. das Potenzial wird weiter steigen. Gleichzeitig ist schon jetzt erkennbar, dass sowohl viele Arbeitgeber wie auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die aktuellen Möglichkeiten kompletter Homeoffice-Arbeitswochen- oder Monate wieder auf ausgewählte Tage reduzieren.

## LITERATUR

- Ahlers, E., S. Mierich und A. Zucco (2021), Homeoffice: Was wir aus der Zeit der Pandemie für die zukünftige Gestaltung von Homeoffice lernen können. WSI Report, No. 65. Hans-Böckler-Stiftung.
- Alipour, J.-V., H. Fadinger und J. Schymik (2021a), My Home Is My Castle: The Benefits of Working from Home during a Pandemic Crisis, *Journal of Public Economics*, 196, 104373.
- Alipour, J.-V., O. Falck, A. Peichl und S. Sauer (2021b), Homeoffice-Potenzial weiterhin nicht ausgeschöpft, ifo Schnelldienst digital 6.
- Alipour, J.-V., O. Falck und S. Schüller (2020), Germany's Capacity to Work from Home«, CESifo Working Paper 8227.
- Bloom, N., S. J. Davis und Y. Zhestkova (2021), Covid-19 Shifted Patent Applications toward Technologies that Support Working from Home, BFI Working Paper 2020-133.
- Bloom, N, J. Liang, J. Roberts und Z. J. Ying (2015), Does Working from Home Work? Evidence from a Chinese Experiment, *The Quarterly Journal of Economics*, 130(1), 165-218
- Bonin, H., W. Eichhorst, J. Kaczynska, U. Rinne, A. Scholten und S. Steffes (2020), Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. IZA Research Report No. 99.
- Bonin, H., A. Krause-Pilatus und U. Rinne (2021), Arbeitssituation und Belastungsempfinden im Kontext der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von abhängig Beschäftigten im Februar 2021. BMAS Forschungsbericht 570.
- DiSogra, Charles, Cobb, Curtiss, Chan, Elisa, Dennis, J. Michael (2011), Calibrating nonprobability internet samples with probability samples using early adopter characteristics. In *JSM Proceedings*, Alexandria, VA, pp. 4501-4515. Section on Survey Research Methods: American Statistical Association
- Emanuel, N. und E. Harrington (2021), „Working“ Remotely? Selection, Treatment, and Market Provision of Remote Work, Harvard Working Paper.
- Gabler, J., T. Raabe, K. Röhl und H.-M. von Gaudecker (2021), Der Effekt von Heimarbeit auf die Entwicklung der Covid-19-Pandemie in Deutschland, IZA Standpunkte, Bonn.
- Grunau, P., K. Ruf, S. Steffes und S. Wolter (2019), Mobile Arbeitsformen aus Sicht von Betrieben und Beschäftigten, IAB-Kurzbericht, Nürnberg.
- Kriegel, M. und A. Hartmann (2021), Covid-19 Ansteckung über Aerosolpartikel – vergleichende Bewertung von Innenräumen hinsichtlich des situationsbedingten R-Wertes, Preprint Technische Universität Berlin.
- Kunze, F., K. Hampel und S. Zimmermann (2021), Homeoffice in der Corona-Krise – eine nachhaltige Transformation der Arbeitswelt?, Konstanzer Homeoffice-Studie, Februar, Universität Konstanz.
- McLaren, J., und S. Wang (2020), Effects of Reduced Workplace Presence on COVID-19 Deaths: An Instrumental-Variables Approach, NBER Working Paper 28275.
- Robbins, Michael W, Ghosh-Dastidar, Bonnie, Ramchand, Rajeev (2020), Blending Probability and Nonprobability Samples with Applications to a Survey of Military Caregivers, *Journal of Survey Statistics and Methodology* 2020.
- Stürz, R. A., C. Stumpf, U. Mendel und D. Harhoff (2020), Digitalisierung durch Corona? Verbreitung und Akzeptanz von Homeoffice in Deutschland, Bayerisches Forschungsinstitut für Digitale Transformation (bidt), München.



## DIE CORONA-DATENPLATTFORM

Seit dem Jahresende 2020 ist die Corona-Datenplattform online. Sie trägt den Titel „Erfassung regionaler Eindämmungsmaßnahmen, Aufbau einer Corona-Datenplattform und (regionale) Analysen zur SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland“. Die Arbeiten wurden im September 2020 durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) beauftragt. Sie werden von einem wissenschaftlichen Board begleitet. Das interdisziplinäre Bearbeitungsteam besteht aus dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, infas 360 und dem IHPH Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit an der Universität Bonn.

Die Datensammlung und -bereitstellung erfolgt regional auf der Ebene von 401 Landkreisen und kreisfreien Städten. Dies bietet für die Einschätzung der Situation in Deutschland entscheidende Vorteile gegenüber bundesweiten Analysen oder Betrachtungen auf Bundeslandebene. Sowohl die Eindämmungsmaßnahmen als auch das Infektionsgeschehen und wirtschaftliche Veränderungen weisen regional ein teilweise sehr unterschiedliches Erscheinungsbild auf.

Die erste Projektphase war auf vier Monate begrenzt. Sie beinhaltete eine differenzierte regionale Erfassung der im Verlauf der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen, eine regionale Datensammlung, die Bewertung und erste Analysen der Daten. Zur Maßnahmen Erfassung wurde ausgehend von internationalen Vorarbeiten ein eigenes Codeschema entwickelt und der Situation in Deutschland angepasst. Darüber hinaus umfasst das Vorhaben die Auswertung der aufgenommen Wirtschaftsdaten. Hauptaufgabe war jedoch die Bereitstellung einer Datengrundlage für die Scientific Community mit dem Aufruf, diese Datenbasis für weitere Analysen zu nutzen.

Eine zweite Projektphase setzt das Vorhaben gegenwärtig zunächst bis Mitte 2021 fort. Zurzeit reicht die Maßnahmen erfassung und Datenbereitstellung bis Mitte April 2021. Der Zwischenbericht sowie erste Analysen aus dem Kreis der rund 400 registrierten Nutzerinnen und Nutzer sind auf der Plattform unter [www.corona-datenplattform.de](http://www.corona-datenplattform.de) online verfügbar. Für den Sommer 2021 wird die Übergabe wesentlicher Bestandteile der Datensammlung an Destatis vorbereitet, um dort ein entsprechendes öffentliches Angebot zu schaffen.

## Kontakt

### infas

**Robert Follmer**

Bereichsleiter Verkehrs- und Regionalforschung,  
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH  
Tel. +49 (0)228 3822-419

### infas 360

**Michael Herter**

Geschäftsführer  
Tel. +49 (0)228 74 887-361  
E-Mail [m.herter@infas360.de](mailto:m.herter@infas360.de)

**Dr. Barbara Wawrzyniak**

Leiterin Daten und Analysen  
Tel. +49 (0)228 74 887-369  
E-Mail [b.wawrzyniak@infas360.de](mailto:b.wawrzyniak@infas360.de)

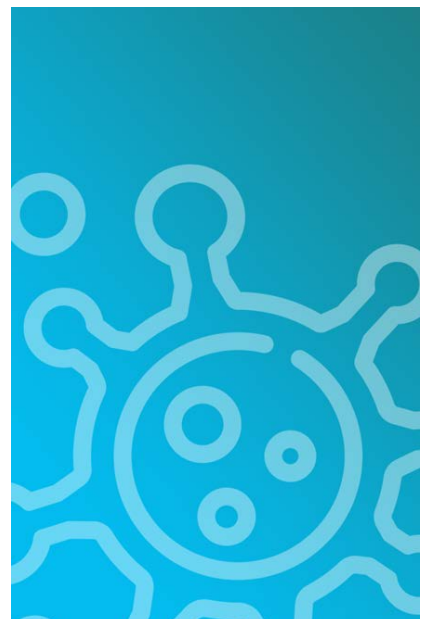
### ifo INSTITUT

**Prof. Dr. Oliver Falck**

Leiter ifo Zentrum für Industrieökonomik  
und neue Technologien  
Tel. +49 (0)89 9224-1370  
E-Mail [falck@ifo.de](mailto:falck@ifo.de)

**Jean-Victor Alipour**

Wiss. Mitarbeiter ifo Zentrum für Industrieökonomik  
und neue Technologien  
Tel. +49 (0)89 9224-1436  
E-Mail [alipour@ifo.de](mailto:alipour@ifo.de)







Die  
Bundesregierung

Erweiterung der beschlossenen Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte

## Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder fassen am 22. März 2020 folgenden Beschluss.

Die rasante Verbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) in den vergangenen Tagen in Deutschland ist besorgniserregend. Wir müssen alles dafür tun, um einen unkontrollierten Anstieg der Fallzahlen zu verhindern und unser Gesundheitssystem leistungsfähig zu halten. Dafür ist die Reduzierung von Kontakten entscheidend.

Bund und Länder verständigen sich auf eine Erweiterung der am 12. März beschlossenen Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte:

- I. Die Bürgerinnen und Bürger werden angehalten, die Kontakte zu anderen Menschen außerhalb der Angehörigen des eigenen Hausstands auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren.
- II. In der Öffentlichkeit ist, wo immer möglich, zu anderen als den unter I. genannten Personen ein Mindestabstand von mindestens 1,5 m einzuhalten.
- III. Der Aufenthalt im öffentlichen Raum ist nur alleine, mit einer weiteren nicht im Haushalt lebenden Person oder im Kreis der Angehörigen des eigenen

Hausstands gestattet.

IV. Der Weg zur Arbeit, zur Notbetreuung, Einkäufe, Arztbesuche, Teilnahme an Sitzungen, erforderlichen Terminen und Prüfungen, Hilfe für andere oder individueller Sport und Bewegung an der frischen Luft sowie andere notwendige Tätigkeiten bleiben selbstverständlich weiter möglich.

V. Gruppen feiernder Menschen auf öffentlichen Plätzen, in Wohnungen sowie privaten Einrichtungen sind angesichts der ernsten Lage in unserem Land inakzeptabel. Verstöße gegen die Kontakt-Beschränkungen sollen von den Ordnungsbehörden und der Polizei überwacht und bei Zuwiderhandlungen sanktioniert werden.

VI. Gastronomiebetriebe werden geschlossen. Davon ausgenommen ist die Lieferung und Abholung mitnahmefähiger Speisen für den Verzehr zu Hause.

VII. Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege wie Friseure, Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe werden geschlossen, weil in diesem Bereich eine körperliche Nähe unabdingbar ist. Medizinisch notwendige Behandlungen bleiben weiter möglich.

VIII. In allen Betrieben und insbesondere solchen mit Publikumsverkehr ist es wichtig, die Hygienevorschriften einzuhalten und wirksame Schutzmaßnahmen für Mitarbeiter und Besucher umzusetzen.

IX. Diese Maßnahmen sollen eine Geltungsdauer von mindestens zwei Wochen haben.

Bund und Länder werden bei der Umsetzung dieser Einschränkungen sowie der Beurteilung ihrer Wirksamkeit eng zusammenarbeiten. Weitergehende Regelungen aufgrund von regionalen Besonderheiten oder epidemiologischen Lagen in den Ländern oder Landkreisen bleiben möglich.

Bund und Länder sind sich darüber im Klaren, dass es sich um sehr einschneidende Maßnahmen handelt. Aber sie sind notwendig und sie sind mit Blick auf das zu schützende Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung verhältnismäßig.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder danken insbesondere den Beschäftigten im Gesundheitssystem, im öffentlichen Dienst und in den Branchen, die das tägliche Leben aufrecht erhalten sowie allen Bürgerinnen und Bürgern für ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Bereitschaft, sich an diese Regeln zu halten, um die Verbreitung des Coronavirus weiter zu verlangsamen.

Sonntag, 22. März 2020

## **WEITERE INFORMATIONEN**

Leitlinien

**Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020**

[↓](#) PDF herunterladen, 40 KB, nicht barrierefrei

## **IN EINFACHER SPRACHE**

Corona-Virus

**22. März 2020: Regeln zum Corona-Virus**



Die  
Bundesregierung

Infektionsschutzgesetz

## Das regelt die bundeseinheitliche Notbremse

Überschreitet ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt eine Inzidenz von 100, werden dort künftig bundeseinheitliche Maßnahmen das Infektionsgeschehen eindämmen. Das geänderte Infektionsschutzgesetz ist nun in Kraft getreten. Die Neufassung soll helfen, die dritte Welle der Pandemie zu bremsen.



## Corona-Pandemie

## Bundesregelungen zur Notbremse

bei 7-Tage-Inzidenz über 100 gilt

<b>Private Kontakte</b>	Ein Haushalt trifft maximal eine weitere Person
<b>Ausgangsbeschränkung</b>	von 22 bis 5 Uhr, Sport alleine bis 24 Uhr erlaubt
<b>Schulen</b>	2x pro Woche Testen bei Wechselunterricht. Bei <b>Inzidenz über 165*</b> Unterricht zu Hause

\*an drei aufeinander folgenden Tagen

Der Bundestag hat eine bundeseinheitliche Notbremse im

01/03  
 Infektionsschutzgesetzes beschlossen. Am Freitag, 23. April, ist die Neuregelung in Kraft getreten. Zentraler Inhalt: Überschreiten ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt an drei aufeinander folgenden Tagen eine Inzidenz von 100, gelten dort ab dem übernächsten Tag zusätzliche, bundeseinheitliche Kontaktbeschränkungen vor. Maßnahmen.

Foto: Bundesregierung

Die **Inzidenz von 100** wird überschritten, wenn innerhalb von sieben Tagen mehr als 100 Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 pro 100.000 Einwohner festzustellen sind.

„Die Lage ist ernst, sehr ernst“, betonte Bundesgesundheitsminister Spahn im Bundestag. Dies zeige ein Blick auf die Auslastung der Intensivstationen – der „härtesten Währung in dieser Pandemie“. Impfen und Testen würden eine Perspektive geben, reichten aber alleine nicht aus, um die dritte Welle einzudämmen. Vielmehr gebe es dafür ein bewährtes, erprobtes und wirksames Mittel: „das Reduzieren von Kontakten und damit von Infektionen“.

## Es geht nicht um einen Dauerzustand

„Was wir jetzt brauchen, ist Klarheit und Konsequenz“, unterstrich Bundesfinanzminister Scholz in der Parlamentsdebatte. Die Ergänzung des [Infektionsschutzgesetzes](#) lege fest, dass bei einer Inzidenz über 100 etwas getan werden müsse – und zwar „überall in Deutschland“. Die Neuregelung solle zu mehr Verständlichkeit und einer größeren Unterstützung für nötige Maßnahmen beitragen. Scholz stellte klar, dass es um die Überwindung der Pandemie gehe – und „nicht um einen Dauerzustand“.

## Diese Maßnahmen sind Teil der Notbremse

Die bundesweite Notbremse sieht nun eine Vielzahl von Maßnahmen vor, um bei einem erhöhten Infektionsgeschehen Kontakte deutlich zu reduzieren und die Ausbreitung des Virus zu bremsen. Diese Maßnahmen sind im neu eingefügten §28b des [Infektionsschutzgesetzes](#) zu finden. Die meisten Instrumente sind vielen Bürgerinnen und Bürgern bereits bekannt, da sie auch schon bisher von Bund und Ländern zur Pandemiebekämpfung vereinbart wurden.

- **Kontaktbeschränkungen für private Treffen drinnen und draußen:** Die Reduzierung von privaten wie beruflichen Kontakten ist das wirksamste Mittel, um die Zahl der Neuinfektionen zu bremsen. Trotzdem soll keiner einsam bleiben. Daher sind Treffen eines Haushalts mit einer weiteren Person auch bei einer Inzidenz über 100 weiterhin möglich - Treffen mit mehr Menschen dagegen nicht.
- **Öffnungen von Geschäften:** Auch bei einer hohen Inzidenz wird die Versorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln, Verbrauchsgütern des täglichen Bedarfs und existentiellen Dienstleistungen verlässlich sichergestellt. Geöffnet bleiben der Lebensmittelhandel einschließlich der Direktvermarktung, Getränkemärkte, Reformhäuser, Babyfachmärkte, Apotheken, Sanitätshäuser, Drogerien, Optiker, Hörakustiker, Tankstellen,

Stellen des Zeitungsverkaufs, Buchhandlungen, Blumenfachgeschäfte, Tierbedarfsmärkte, Futtermittelmärkte, Gartenmärkte und der Großhandel. In allen Fällen bleiben natürlich die Beachtung entsprechender Hygienekonzepte und die Maskenpflicht Voraussetzung.

Bei einer Inzidenz unter 150 wird es zudem bei allen weiteren Geschäften möglich sein, mit Termin und mit einem aktuellen negativen Testergebnis einzukaufen. Im Dienstleistungsbereich bleibt alles, was nicht ausdrücklich untersagt wird, offen, also beispielsweise Fahrrad- und Autowerkstätten, Banken und Sparkassen, Poststellen und ähnliches.

- **Körpernahe Dienstleistungen – nur in Ausnahmen:** Körpernahe Dienstleistungen sollen nur zu medizinischen, therapeutischen, pflegerischen oder seelsorgerischen Zwecken in Anspruch genommen werden. Ausnahme: der Friseurbesuch und Fußpflege, allerdings nur, wenn die Kundinnen und Kunden einen tagesaktuellen negativen Corona-Test vorlegen können – und natürlich nur mit Maske. Andere körpernahe Dienstleistungen sollen nicht mehr möglich sein.
- **Eingeschränkte Freizeit- und Sportmöglichkeiten:** Gastronomie und Hotellerie, Freizeit- und Kultureinrichtungen sollen bei einer Inzidenz über 100 schließen. Ausnahmen: Außenbereiche von zoologischen und botanischen Gärten. Sie können mit aktuellem negativen Test besucht werden. Berufssportler sowie Leistungssportler der Bundes- und Landeskader können weiterhin trainieren und auch Wettkämpfe austragen – wie gehabt ohne Zuschauer und unter Beachtung von Schutz- und Hygienekonzepten. Für alle anderen gilt: Sport ja, aber alleine, zu zweit oder nur mit Mitgliedern des eigenen Hausstandes. Ausnahme: Kinder bis 14 Jahre können draußen in einer Gruppe mit bis zu fünf anderen Kindern kontaktfrei Sport machen.
- **Kultureinrichtungen:** Theater, Opern, Konzerthäuser, Musikclubs, Museen, Gedenkstätten müssen geschlossen bleiben. Dies gilt auch für Kinos mit Ausnahme von Autokinos.

- **Ausgangsbeschränkungen:** Im Zeitraum zwischen 22 Uhr und 5 Uhr soll nur derjenige das Haus verlassen, der einen guten Grund hat – also etwa zur Arbeit geht, medizinische Hilfe braucht oder den Hund ausführen muss. Bis 24 Uhr wird es weiterhin möglich sein, alleine draußen zu joggen oder spazieren zu gehen. Ausgangsbeschränkungen sind ein Instrument unter vielen anderen. Sie tragen dazu bei, dass Mobilität begrenzt wird. Und Einschränkungen der Mobilität helfen, die Zahl der Neuinfektionen zu senken.
- **Kein Präsenzunterricht bei einer Inzidenz über 165:** Das Infektionsgeschehen macht nicht vor der Schultür halt. Aufgrund der dynamischen Infektionslage ist es daher wichtig, auch hier zu bundeseinheitlichen Regelungen zu kommen, wenn es die epidemiologische Lage erfordert. Bei einer Inzidenz über 165 soll der Präsenzunterricht in Schulen und die Regelbetreuung in Kitas untersagt werden. Mögliche Ausnahmen: Abschlussklassen und Förderschulen.
- **Homeoffice:** Die Verpflichtung, Homeoffice anzubieten, wenn dies betrieblich möglich ist, ist bereits jetzt schon Bestandteil der Corona-Arbeitsschutzverordnung. Mit der Aufnahme in das Infektionsschutzgesetz wird die Homeoffice-Pflicht verstärkt. Beschäftigte haben jetzt auch die Pflicht, Homeoffice-Angebote wahrzunehmen, wenn es privat möglich ist.

## Merkel: Kräfte besser bündeln


„Es führt kein Weg vorbei: Wir müssen die dritte Welle der Pandemie bremsen und den rapiden Anstieg der Infektionen stoppen“, sagte Bundeskanzlerin Angela Merkel bereits zu Beginn der parlamentarischen Beratungen vergangenen Freitag im Deutschen Bundestag. „Um das endlich zu schaffen, müssen wir die Kräfte von Bund, Ländern und Kommunen besser bündeln als zuletzt. Deswegen ziehen wir die notwendigen Konsequenzen.“

„Ich bin mir ganz bewusst, dass es harte Einschränkungen sind“, hatte Merkel erklärt. Gerade im Hinblick auf die vieldiskutierten Ausgangsbeschränkungen betonte sie, dass diese natürlich kein Allheilmittel gegen das Virus sein. Ausgangssperren könnten jedoch ihre Wirkung in der Kombination mit anderen Maßnahmen wie strengen Kontaktbeschränkungen entfalten. „Es geht in der Pandemiebekämpfung um die Reduzierung von Kontakten. Es geht darum, abendliche Besuchsbewegungen von einem Ort zum anderen – im Übrigen auch unter Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs – zu reduzieren“. Die Vorteile dieser Maßnahme überwögen die Nachteile.

## „Wir haben es schon einmal geschafft“

„Alle Maßnahmen haben ein einziges Ziel: unser ganzes Land aus dieser furchtbaren Phase der stetig steigenden Infektionszahlen, der sich füllenden Intensivstationen, der bestürzend hohen täglichen Zahl der Coronatoten herauszuführen, und zwar zum Wohle aller, und dies eher, als wenn wir uns weiter durch diese Zeit irgendwie hindurchschleppen“, erklärte Merkel. „Wir haben es doch schon einmal geschafft. Wir können es auch jetzt wieder schaffen.“

In ihrem aktuellen **Podcast** erläutert Bundeskanzlerin Merkel, welche Ziele mit der Bundes-Notbremse verbunden sind.

Das  **Bundesgesundheitsministerium** beantwortet **wichtige Fragen** zur bundesweiten Notbremse.

Der Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite hatte das **Kabinett** am Dienstag, 13. April, beschlossen – und zwar als Formulierungshilfe für die Fraktionen von CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag. Das Vierte Bevölkerungsschutzgesetz enthält eine Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes. Der **Bundestag** hat das Gesetz am Mittwoch,

21. April, verabschiedet. Am Donnerstag, 22. April, hat sich der **Bundesrat** damit befasst. Am Freitag, 23. April, ist es **in Kraft** getreten.

Wann die bundesweite Notbremse in welchen Landkreisen oder kreisfreien Städte angewendet wird, machen die Länder bekannt. Das **Robert Koch-Institut** veröffentlicht auf seinem [Dashboard](#) die 7-Tage-Inzidenz für alle Land- und Stadtkreise.

Sonntag, 25. April 2021

## KANZLERIN MERKEL IM DEUTSCHEN BUNDESTAG

 Video

[Kanzlerin Merkel im Bundestag zum Infektionsschutzgesetz 11:20 !\[\]\(10f8862fc183b400327470ea85afe9ae\_img.jpg\)](#)

Deutscher Bundestag

[Rede von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel](#)

## KANZLERIN MERKEL NACH DEM KABINETTSBESCHLUSS

 Video

[„Wir setzen die Notbremse bundesweit um“ 07:00 !\[\]\(ab4e2b3fc7e7887b7a72f548aa6f5e60\_img.jpg\)](#)

Im Wortlaut

[Pressestatement von Bundeskanzlerin Merkel zur Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes am 13. April 2021](#)

## ÄNDERUNG DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES

[↶ Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite](#)



Corona-Impfung

## EU-Zulassung für Impfstoff von Johnson & Johnson

Am Donnerstag hat die Europäische Kommission den Corona-Impfstoff von Johnson & Johnson zugelassen. Zuvor hatte die Europäische Arzneimittelbehörde die Zulassung empfohlen.



Mit der Zulassung des Vakzins von Johnson & Johnson stehen in der Europäischen Union nun vier Impfstoffe zur Verfügung.

*Foto: Getty Images/istock/MarsBars*

Mit dem Impfstoff des Unternehmens Johnson & Johnson hat am Donnerstag ein vierter Impfstoff die [Zulassung in der EU \(Europäische Union\)](#) erhalten. Die [EMA \(Europäische Arzneimittelbehörde\)](#) empfahl den Einsatz des Mittels für Personen ab 18 Jahren. Das vom Johnson-Tochterunternehmen Janssen entwickelte Mittel muss im Gegensatz zu den drei weiteren zugelassenen Impfstoffen nur einmal verimpft werden.

Von den bisher in der [EU \(Europäische Union\)](#) zugelassenen Impfstoffen wurden bis zum 10. März insgesamt 12,5 Millionen Dosen an die Bundesländer ausgeliefert. Im Auftrag der Mitgliedstaaten hat die [EU \(Europäische Union\)](#)-Kommission zentral Verträge mit Herstellern geschlossen. Die Bundesrepublik soll über diesen Verteilschlüssel zunächst mehr als [36 Millionen Impfdosen von Johnson & Johnson](#) erhalten.

## Impfstoff liefert Bauplan für Spikeprotein des Coronavirus

Der Impfstoff von Johnson & Johnson ist ein sogenannter Vektor-Impfstoff. In diesem Fall dient ein abgeschwächtes, für den Menschen harmloses Virus als Transportmittel (Vektor) für Teile der Erbinformation des Coronavirus.

Einige Körperzellen erhalten so einen Bauplan zur Herstellung des charakteristischen Spikeproteins des Coronavirus und bauen es nach. Das Immunsystem erkennt das Spikeprotein als fremd und bildet natürliche Abwehrkräfte - Antikörper und Immunzellen.

Auf unserer Themenseite beantworten wir alle wichtigen Fragen zur [Corona-Impfung](#).





Bund-Länder-Beschluss

## Gemeinsam unkontrolliertes Ausbruchsgeschehen verhindern

Bund und Länder wollen schnell und regional angepasst handeln, um die Zahl der Neuinfektionen in der Corona-Pandemie niedrig zu halten. "Aber wir wissen, dass vor uns die schwierigere Zeit liegt, die Herbst- und Wintermonate", betonte Bundeskanzlerin Merkel nach einer Videokonferenz mit den Regierungschefinnen und -chefs der Länder.



Ziel sei es, weiterhin soviel öffentliches und privates Leben aufrechtzuerhalten wie möglich, betonte Kanzlerin Merkel.

*Foto: Bundesregierung/Denzel*

Die steigenden Infektionszahlen seien Grund zur Beunruhigung. Aber man wisse, dass man sich dem mit den richtigen Maßnahmen auch entgegenstellen könne, sagte Merkel. Deshalb habe man heute darüber beraten, welche Botschaften man an die Menschen in Deutschland senden könne. "Denn wir wissen, dass wir all das nur durchsetzen können, wenn es eine Bereitschaft der Menschen gibt, den Regeln zu folgen und einen Beitrag dazu zu leisten, dass sich die Pandemie nicht weiter ausbreitet."

Man habe sich klar darauf verständigt, dass "wir Prioritäten haben: Wir wollen die Wirtschaft am Laufen halten und wir wollen, dass Kinder in Schulen und Kitas gehen können soweit wie möglich".

## AHA + C + L

Bund und Länder appellieren an alle Bürgerinnen und Bürger, die allgemeinen Abstands- und Hygienemaßnahmen weiter konsequent zu beachten und die Kontaktnachverfolgung durch ihre Mitwirkung bei der korrekten Datenerfassung zu ermöglichen.

Zu der allgemein gültigen Formel "AHA" für Abstand halten, Hygienemaßnahmen einhalten und Alltagsmasken tragen, wird empfohlen, in der kalten Jahreszeit mit steigenden Infektionszahlen ein "C" für "Corona-Warn-App nutzen" und ein "L" für "Lüften" hinzuzufügen.

Über das Lüften werde oft gelächelt, aber es könne vielleicht eine der billigsten und effektivsten Maßnahmen sein, um die Ausbreitung der Pandemie zu stoppen, erklärte die Bundeskanzlerin.

Neben der Maskenpflicht soll künftig auch die Erfassung von persönlichen Daten zum Beispiel in Restaurants kontrolliert werden. Wer hier falsche Angaben macht, soll künftig ein Mindestbußgeld von 50 Euro zahlen müssen. Gaststättenbetreiber werden aufgefordert, durch Plausibilitätskontrollen dazu

beizutragen, dass angeordnete Gästelisten richtig und vollständig geführt werden.

## Bund-Länder-Beschluss zur Corona-Pandemie

- **Abstands- und Hygieneregeln:**  
AHA-Formel beachten, Corona-Warn-App nutzen, gut lüften
- **Hotspot-Strategie:**  
konsequentes Beschränkungskonzept bei erhöhter Inzidenz
- **Test- und Nachverfolgungsstrategie:**  
mehr Schnelltests, Umsetzung der Einreisequarantäne, Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Mindestbußgeld bei falschen Personenangaben in der Gastronomie

Von der Erweiterung der AHA-Formel bis zum Bußgeld bei Falschangaben: Unter anderem auf diese Maßnahmen haben sich Bund und Länder verständigt.

Barrierefreie Beschreibung anzeigen

Überschrift: Bund-Länder-Beschluss zur Corona-Pandemie

Spiegelstrich 1: Abstands- und Hygieneregeln: AHA-Formel beachten, Corona-Warn-App nutzen, gut lüften

Spiegelstrich 2: Hotspot-Strategie: konsequentes Beschränkungskonzept bei erhöhter Inzidenz

Spiegelstrich 3: Test- und Nachverfolgungsstrategie: mehr Schnelltests, Umsetzung der Einreisequarantäne, Stärkung des öffentlichen

Gesundheitsdienstes, Mindestbußgeld bei falschen Personenangaben in der Gastronomie

*Foto: Bundesregierung*

## Teststrategie fortschreiben

Die Teststrategie der Bundesregierung wird fortgeschrieben. Insbesondere ist zu prüfen, inwieweit geeignete Schnelltests zum Einsatz kommen können. Die bereits beschlossene Neuregelung der Einreisequarantäne soll schnellstmöglich umgesetzt werden.

Um eine Überlastung des Gesundheitssystems in der kalten Jahreszeit zu verhindern, sollen die Möglichkeiten von Fieber-Ambulanzen, Schwerpunktsprechstunden und Schwerpunktpraxen genutzt werden. Zugleich sollten sich gerade auch Risikogruppen vorsorglich gegen die saisonale Grippe impfen lassen um eine möglicherweise besonders gefährliche Doppelinfection zu vermeiden.

## Hot Spot-Strategie weiterentwickeln

Bund und Länder sind sich einig: Auf regionale Anstiege der Infektionsraten ist vor Ort sofort mit Beschränkungen zu reagieren. Deshalb stellen die Länder sicher, dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit kumulativ mehr als 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage sofort ein konsequentes Beschränkungskonzept unter Einbeziehung der zuständigen Landesbehörden umgesetzt wird.

Alle Bürgerinnen und Bürger werden gebeten, in jedem Einzelfall kritisch abzuwägen, ob, wie und in welchem Umfang private Feierlichkeiten notwendig und mit Blick auf das Infektionsgeschehen vertretbar sind.

Hinsichtlich der Teilnehmerzahl bei privaten Feierlichkeiten werden die Länder Regelungen erlassen, wonach eine Höchstteilnehmerzahl festgelegt wird, wenn in einem Landkreis die 7-Tages-Inzidenz von 35 überschritten ist. Diese soll für Feierlichkeiten in öffentlichen oder angemieteten Räumen auf maximal 50 Teilnehmer festgelegt werden. In privaten Räumen wird dringlich empfohlen, keine Feierlichkeiten mit mehr als 25 Teilnehmern durchzuführen.

Wenn in einem Landkreis die 7-Tages-Inzidenz von 50 überschritten wird, sind weitere Maßnahmen zu erlassen. Insbesondere soll die Teilnehmerzahl auf höchstens 25 Teilnehmer in öffentlichen oder angemieteten Räumen festgelegt werden. In privaten Räumen wird dringlich empfohlen, keine Feierlichkeiten mit mehr als 10 Teilnehmern durchzuführen.

## Regional ausgewogen handeln

Zusätzlich werden die Länder bereits vor Erreichen einer 7-Tages-Inzidenz von 50 ein geeignetes Frühwarnsystem einrichten, um möglichst ein Überschreiten dieser Inzidenz zu vermeiden.

"Unser Ziel ist es, so viel wie möglich vom öffentlichen und privaten Leben aufrechtzuerhalten", betonte Merkel. Und das bedeute, wenn hohe Infektionsraten auftreten, schnell zu handeln, aber immer regionalspezifisch. „Das ist das, was wir gelernt haben, dass wir nicht immer für alle das gleiche machen, sondern regional ausgewogen handeln können, und das ist - glaube ich - auch eine gute Botschaft."

Dienstag, 29. September 2020

### **WEITERE INFORMATIONEN**

Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 29. September 2020 - Beschluss

[↓ PDF herunterladen, 88 KB, nicht barrierefrei](#)

---

[▶ Video](#)

Presseunterrichtung im Anschluss an die Videokonferenz mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder 36:28 UT



Coronavirus-Impfverordnung

## Impf-Priorisierung aufgehoben

Seit 7. Juni ist die Priorisierung für eine Corona-Impfung bundesweit aufgehoben. Außerdem steigen nun auch die Betriebsärztinnen und -ärzte in die Impfkampagne ein.



Corona-Impfung: Ab dem 7. Juni soll die Priorisierung beim Impfen entfallen.  
*Foto: imago images/Jochen Eckel*

Inzwischen ist fast die Hälfte der Gesamtbevölkerung mindestens einmal gegen das Coronavirus geimpft. Man habe beim Impfen „enorm an Geschwindigkeit

gewinnen können“, betont Bundesgesundheitsminister Spahn. Um die Dynamik des Impfgeschehens zu halten, gehe man nun mit der Aufhebung der Priorisierung den nächsten Schritt. Darauf hatten sich Bund und Länder zuvor verständigt.

Seit 7. Juni steht die **Corona-Impfung** jedem, der dies möchte, offen - in Arztpraxen, bei Betriebsärztinnen und -ärzten sowie in Impfzentren. Trotzdem ist Geduld bei der **Vereinbarung von Impfterminen** gefragt: Es wird noch dauern, ehe alle, die eine Impfung bekommen möchten, auch eine Impfung erhalten. Für Menschen, die aufgrund der bisherigen Priorisierungsregeln bereits einen Impftermin haben, besteht der Anspruch auf Impfung aber unverändert fort.

## Neu dabei: Betriebs- und Privatärztinnen und -ärzte

Das Kabinett hatte die entsprechend geänderte Impf-Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums zur Kenntnis genommen. Auch wenn damit die Priorisierung aufgehoben wurde, ist es den Ländern möglich, diese in Impfzentren aufrechtzuerhalten oder Impfangebote für bestimmte Gruppen zu machen, zum Beispiel für Kinder und Jugendliche.

Außerdem neu: Seit 7. Juni kann nun auch in Betrieben und bei niedergelassenen Privatärztinnen und -ärzten gegen das Coronavirus geimpft werden. Betriebsärztinnen und -ärzte erhalten in der ersten Woche 700.000 Dosen des Biontech-Impfstoffs, so Bundesgesundheitsminister Spahn.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des [Bundesgesundheitsministeriums](#).

Montag, 7. Juni 2021







Verständigung von Bund und Ländern

## Kontaktbeschränkungen werden verlängert

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und -chefs der Länder haben sich auf das weitere Vorgehen zur Eindämmung des Coronavirus verständigt. Leitschnur für die angepassten Regeln ist das Ziel, die Erfolge der letzten Wochen zu sichern.



Kanzlerin Merkel informierte gemeinsam mit Ministerpräsident Söder (l.), Bürgermeister Tschentscher (2.v.r.) und Finanzminister Scholz (r.) über den Bund-Länder-Beschluss.

*Foto: Bundesregierung/Steins*

Die seit Mitte März geltenden Kontaktbeschränkungen werden grundsätzlich bis zum 3. Mai 2020 verlängert.

- Der Schulbetrieb soll ab 4. Mai schrittweise wieder aufgenommen werden - zunächst prioritär für Abschlussklassen und qualifikationsrelevante Jahrgänge sowie die letzte Klasse der Grundschule.
- Prüfungen und Prüfungsvorbereitungen der Abschlussklassen dieses Schuljahres sollen wieder stattfinden können.
- Die Kultusministerkonferenz wird beauftragt, bis zum 29. April ein Konzept für weitere Schritte vorzulegen, wie der Unterricht insgesamt wieder aufgenommen werden kann.
- Die Notbetreuung wird fortgesetzt und auf weitere Berufs- und Bedarfsgruppen ausgeweitet.
- Geschäfte bis zu 800 qm Verkaufsfläche sowie, unabhängig von der Verkaufsfläche, Kfz-Händler, Fahrradhändler und Buchhandlungen können wieder öffnen. Dabei müssen sie Auflagen zur Hygiene, zur Steuerung des Zutritts und zur Vermeidung von Warteschlangen beachten.
- Friseurbetriebe sollen sich darauf vorbereiten, unter den gleichlautenden Auflagen sowie unter Nutzung persönlicher Schutzkleidung ab dem 4. Mai den Betrieb wieder aufzunehmen.
- Zusammenkünfte in Kirchen, Moscheen und Synagogen sowie religiöse Feierlichkeiten und Veranstaltungen sollen zunächst weiter nicht stattfinden.
- Die Bürgerinnen und Bürger bleiben aufgerufen, auf private Reisen und Besuche weiterhin zu verzichten.
- Großveranstaltungen bleiben mindestens bis zum 31. August 2020 untersagt.

Rechtzeitig vor dem 4. Mai werden die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder die Entwicklung erneut bewerten und weitere Maßnahmen beschließen.

Den Wortlaut des Beschlusses finden Sie [hier](#).

Einen ausführlichen Bericht finden Sie [hier](#).

Mittwoch, 15. April 2020



Die  
Bundesregierung

Neue Testverordnung in Kraft

## Schnelltests für Alten- und Pflegeheime

Pflegeheime und Krankenhäuser können Antigen-Schnelltests großzügig nutzen, um Personal, Besucher, Patienten und Bewohner regelmäßig auf das Corona-Virus zu testen. Damit trägt die neue Testverordnung dazu bei, in diesen Einrichtungen auch bei steigenden Infektionszahlen bestmöglichen Schutz zu gewährleisten und sichere Kontakte zu ermöglichen.



Die bekannten PCR-Tests bleiben aufgrund ihrer hohen Verlässlichkeit weiterhin essentieller Bestandteil der Teststrategie.

*Foto: picture alliance/AP Photo/Michael Probst*

Antigentest-Schnelltests sollen dazu beitragen, eine vollständige soziale Isolation von Bewohnern und Patienten möglichst zu vermeiden. Die Schnelltests ermöglichen es, mehr zu testen und Infektionen schneller zu erkennen. Deshalb eignen sie sich besonders für Besucher, Beschäftigte, Bewohner und Patienten von Pflegeheimen, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Fällt ein Schnelltest positiv aus, wird zusätzlich ein PCR-Test durchgeführt, um das Ergebnis zu überprüfen.

Weitere Informationen zu den Antigentests und Antworten auf häufige Fragen zur Teststrategie bietet das [↖ Bundesgesundheitsministerium](#).

## PCR-Test bleibt Standard

Die bekannten PCR-Tests bleiben aufgrund ihrer hohen Verlässlichkeit weiterhin essentieller Bestandteil der Teststrategie.

In erster Linie werden diese Personengruppen in Deutschland getestet:

- Personen mit Corona-typischen Symptomen – auch bei leichten Symptomen.
- Personen, die Kontakt zu einer infizierten Person hatten, zum Beispiel Mitglieder eines Haushalts oder Personen, die über die Corona-Warn-App als Kontaktpersonen identifiziert wurden.
- Personen in Arztpraxen, Schulen, Kita (Kindertagesstätte)s sowie in Asylbewerberheimen, wenn in der Einrichtung eine infizierte Person festgestellt wurde.
- Personen, die von einer Reise aus einem Risikogebiet zurückkehren.

In welchen Situationen PCR-Tests angezeigt sind und in welchen Antigen-Schnelltests, zeigt diese [↖ Grafik](#) des Gesundheitsministeriums.

Zudem ist der Wortlaut der überarbeiteten [↖ Testverordnung](#) auch online zugänglich.

Donnerstag, 15. Oktober 2020

**Telefonschaltkonferenz  
der Bundeskanzlerin mit den  
Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder  
am 6. Mai 2020**

**Beschluss**

**TOP 2      Maßnahmen zur Eindämmung der COVID19-Epidemie**

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder fassen folgenden Beschluss:

Die exponentielle Anstieg der Infektionszahlen Anfang März in Deutschland hat deutlich gemacht, was für ein hohes Ansteckungspotenzial das SARS-Cov2-Virus hat. Trotzdem ist es Deutschland in der Folge gelungen, durch einschneidende Beschränkungen die Zahl der täglichen Neuinfektionen wieder deutlich zu reduzieren. Auch nachdem seit dem 20. April schrittweise erste Öffnungsmaßnahmen durchgeführt wurden, ist die Zahl der Neuinfektionen niedrig geblieben. Stand heute ist keine erneut einsetzende Infektionsdynamik erkennbar. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Bürgerinnen und Bürger mit einem Höchstmaß an Eigenverantwortung das Kontaktverbot sowie die Hygiene- und Abstandsregeln eingehalten haben.

Deshalb gehen Bund und Länder heute einen erheblichen weiteren Öffnungsschritt, insbesondere um die Bildungschancen von jungen Menschen zu wahren, um den wirtschaftlichen Schaden, den das Eindämmen des Virus verursacht, weiter zu begrenzen und die freiheitseinschränkenden Maßnahmen für die Bürgerinnen und Bürger auf das unbedingt Notwendige zu begrenzen.

Damit haben Bund und Länder den Pfad zur schrittweisen Öffnung gemeinsam definiert. Wenn angesichts auch dieses zweiten großen Öffnungsschritts die Neuinfiziertenzahlen weiter niedrig bleiben, sollen die Länder in eigener Verantwortung vor dem Hintergrund landesspezifischer Besonderheiten und des jeweiligen Infektionsgeschehens die verbliebenen Schritte auf der Grundlage von Hygiene- und Abstandskonzepten der jeweiligen Fachministerkonferenzen gehen.

Mit jedem zusätzlichen Grad der Öffnung wird es umso wichtiger, dass Abstands- und Hygieneregeln weiter konsequent eingehalten werden, weil durch die zunehmende Zahl an Kontakten die Gefahr des Entstehens neuer Infektionsketten steigt. Diese müssen schnell erkannt und unterbrochen werden. Dazu leistet der öffentliche Gesundheitsdienst einen zentralen Beitrag, für den Bund und Länder allen Mitarbeitern in den Gesundheitsdiensten und den vielen Helfern in der Kontaktnachverfolgung herzlich danken.



Neben der Kontaktnachverfolgung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst kommt im Falle des Entstehens einer regionalen hohen Infektionsdynamik der rechtzeitigen Einführung örtlicher Beschränkungen eine große Rolle zu, um ein Übergreifen der Infektionsdynamik auf ganz Deutschland und damit die Wiedereinführung deutschlandweiter Beschränkungen zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder:

1. Die gemeinsamen Beschlüsse sowie die begleitenden ChefBK/CdS-Beschlüsse sowie die Entscheidungen des Corona-Kabinetts bleiben gültig, soweit im Folgenden nicht abweichende Festlegungen getroffen werden.
2. Die wichtigste Maßnahme gerade angesichts der Öffnungen bleibt noch für lange Zeit, Abstand zu halten. Deshalb bleibt es weiter entscheidend, dass Bürgerinnen und Bürger in der Öffentlichkeit einen **Mindestabstand von 1,5 Metern** einhalten. Diese Maßnahme wird ergänzt durch eine Maskenpflicht in bestimmten öffentlichen Bereichen. Die Kontaktbeschränkungen sollen grundsätzlich bis zum 5. Juni weiter gelten. Angesichts der niedrigen Infektionszahlen soll der **Aufenthalt im öffentlichen Raum** jedoch nicht nur alleine, mit den Angehörigen des eigenen Hausstandes oder einer weiteren Person sondern auch mit den Personen eines weiteren Hausstandes gestattet werden. Bereits getroffene Entscheidungen bleiben unberührt.
3. Gerade wenn weitreichende Öffnungen erfolgt sind, steigt die Gefahr einer dynamischen Entwicklung. Diese ist bereits zu Beginn der Pandemie häufig von lokalen Ereignissen befördert und dann weiterverbreitet worden. Deshalb bauen Bund und Länder weiter schnell abrufbare Unterstützungsmaßnahmen für besonders betroffene Gebiete auf und stimmen sich dabei zwischen den Krisenstäben von Bund und Ländern weiter eng ab.

Ab einer gewissen Relevanz muss auf eine regionale Dynamik mit hohen Neuinfektionszahlen und schnellem Anstieg der Infektionsrate sofort vor Ort mit **Beschränkungen** reagiert werden. Deshalb werden die Länder sicherstellen, dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit kumulativ mehr als 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage sofort ein konsequentes Beschränkungskonzept unter Einbeziehung der zuständigen Landesbehörden umgesetzt wird. Die Landesgesundheitsbehörden informieren darüber das Robert-Koch-Institut.

Bei einem lokalisierten und klar eingrenzbaeren Infektionsgeschehen, zum Beispiel in einer Einrichtung, kann dieses Beschränkungskonzept nur diese Einrichtung umfassen. Bei einem verteilten regionalen Ausbruchsgeschehen und unklaren Infektionsketten müssen allgemeine Beschränkungen regional wieder konsequent eingeführt werden. Diese Maßnahmen müssen aufrechterhalten werden, bis dieser Wert mindestens 7 Tage unterschritten wird.

Darüber hinaus sind auch Beschränkungen nicht erforderlicher Mobilität in die besonders betroffenen Gebiete hinein und aus ihnen heraus spätestens dann

geboten, wenn die Zahl weiter steigt und es keine Gewissheit gibt, dass die Infektionsketten bereits umfassend unterbrochen werden konnten.

4. Zur Unterstützung der schnellen und möglichst vollständigen Nachverfolgung von Kontakten ist der **Einsatz von digitalem „contact tracing“** eine wichtige Maßnahme. Der Bund hat für die Entwicklung der entsprechenden App inzwischen entschieden, einen dezentralen Ansatz zu verfolgen und den Einsatz dieser App durch die Bürgerinnen und Bürger nach dem Prinzip der „doppelten Freiwilligkeit“ zu ermöglichen. Das bedeutet, dass die europäischen und deutschen Datenschutzregeln strikt eingehalten werden und lediglich epidemiologisch relevante Kontakte der letzten drei Wochen anonymisiert ausschließlich auf dem Handy des Benutzers ohne die Erfassung des Bewegungsprofils gespeichert werden. Darüber hinaus soll nicht nur der Einsatz der App auf Freiwilligkeit basieren, sondern auch eine mögliche Datenweitergabe an das RKI zur Optimierung der App und für die epidemiologische Forschung soll nur freiwillig erfolgen. Gibt ein Bürger diese Daten nicht frei, hat das keinen negativen Einfluss auf seine Nutzungsmöglichkeiten der App. Die App wird transparent „open source“ bereitgestellt. Sobald eine breit einsetzbare Anwendungssoftware (App) vorliegt, wird es darauf ankommen, dass breite Teile der Bevölkerung diese Möglichkeit nutzen, um zügig zu erfahren, wenn sie Kontakt zu einer infizierten Person hatten, damit sie schnell darauf reagieren können. Bund und Länder werden dazu aufrufen.
5. Die **Schulen** sollen schrittweise eine Beschulung aller Schüler unter Durchführung entsprechender Hygienemaßnahmen bzw. Einhaltung von Abstandsregeln ermöglichen. Diese betreffen sowohl den Unterricht, als auch das Pausengeschehen und die Schülerbeförderung.  
Die Wiederaufnahme des Unterrichts in Form von teilweise Präsenzunterricht für Schülerinnen und Schüler hat begonnen und soll in weiteren Schritten gemäß dem Beschluss der Kultusministerkonferenz in der Zuständigkeit der Länder fortgesetzt werden. Ziel ist, dass in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen bis zu den Sommerferien jede Schülerin und jeder Schüler einmal die Schule besuchen kann. Parallel dazu sollen digitale Unterrichtskonzepte und -angebote weiterentwickelt werden.
6. Gemäß des Beschlusses der Jugendministerkonferenz vom 27.4.2020 wird die **Kinderbetreuung** durch eine flexible und stufenweise Erweiterung der Notbetreuung spätestens ab dem 11. Mai in allen Bundesländern eingeführt. Dabei wird sichergestellt, dass bis zu den Sommerferien jedes Kind am Übergang zur Schule vor dem Ende seiner Kita-Zeit noch einmal die Kita besuchen kann. Die Einzelheiten regeln die Länder.
7. Für **Krankenhäuser, Pflegeheime, Senioren- und Behinderteneinrichtungen** haben Bund und Länder bereits vereinbart, dass nach den jeweiligen lokalen Gegebenheiten und in den jeweiligen Institutionen besondere Schutzmaßnahmen unter Hinzuziehung von externem Sachverstand ergriffen werden. Dabei wurde betont, dass auch zu berücksichtigen ist, dass entsprechende Regularien nicht zu einer vollständigen sozialen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Vor diesem Hintergrund der niedrigen Infektionszahlen wird nunmehr beschlossen, dass in alle

Konzepte bzw. die erlassenen Allgemeinverfügungen zu den Kontaktbeschränkungen bezüglich dieser Einrichtungen eine Regelung aufgenommen werden soll, die jedem Patienten/Bewohner einer solchen Einrichtung die Möglichkeit des wiederkehrenden Besuchs durch eine definierte Person ermöglicht wird, sofern es aktuell kein aktives SARS-Cov-2-Infektionsgeschehen in der Einrichtung gibt.

8. Auch in der Pandemie wollen wir in Industrie und Mittelstand **sicheres Arbeiten** möglichst umfassend ermöglichen. Die Arbeitgeber haben eine besondere Verantwortung für ihre Mitarbeiter, um sie vor Infektionen zu schützen. Infektionsketten, die im Betrieb entstehen, sind schnell zu identifizieren. Deshalb haben Bund und Länder bereits beschlossen, dass jedes Unternehmen in Deutschland auch auf Grundlage einer angepassten Gefährdungsbeurteilung sowie betrieblichen Pandemieplanung ein Hygienekonzept umsetzen muss. Dies bleibt aktuell. Wir leben weiter in der Pandemie, deshalb müssen nicht erforderliche Kontakte in der Belegschaft und mit Kunden vermieden werden, allgemeine Hygienemaßnahmen umgesetzt und die Infektionsrisiken bei erforderlichen Kontakten durch besondere Hygiene- und Schutzmaßnahmen minimiert werden. Die Unternehmen sind weiterhin aufgefordert, wo immer dies umsetzbar ist, Heimarbeit zu ermöglichen. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden sowie die Unfallversicherungsträger beraten die Unternehmen dabei und führen Kontrollen durch. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dazu mit den Sozialpartnern, Ländern und DGUV ein Konzept mit den wesentlichen Regeln vorgelegt.
9. Alle **Geschäfte** können unter Auflagen zur Hygiene, zur Steuerung des Zutritts und zur Vermeidung von Warteschlangen wieder öffnen. Dabei ist wichtig, dass eine maximale Personenzahl (Kunden und Personal) bezogen auf die Verkaufsfläche vorgegeben wird, die einerseits der Reduzierung der Ansteckungsgefahr in den Geschäften durch Sicherstellung von Abständen dient, aber auch darauf abzielt, den Publikumsverkehr im öffentlichen Raum und im ÖPNV insgesamt zu begrenzen.
10. Der Sport- und Trainingsbetrieb im **Breiten- und Freizeitsport unter freiem Himmel** wird unter den Bedingungen, die im Beschluss der Sportministerinnen und Sportminister der Länder zum stufenweisen Wiedereinstieg in den Trainings- und Wettkampfbetrieb vorgesehen sind, wieder erlaubt.
11. Die Sonderstellung von Berufssportlerinnen und Berufssportlern erfordert – auch rechtlich – eine gesonderte Beurteilung. Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und -chefs der Länder halten die Fortsetzung des Spielbetriebes in der **1. und 2. Fußballbundesliga** für die dort startberechtigten 36 Vereine auf deren Kosten ab der zweiten Maihälfte für vertretbar. Die DFL legt die konkreten Spieldaten fest. Dabei sind die Ausführungen von BMAS, BMG und BMI zum erarbeiteten Schutzkonzept der DFL sowie die Maßgaben des Beschlusses der Sportministerinnen und Sportminister der Länder von 28.4.2020 zu berücksichtigen. Dem Beginn des Spielbetriebs muss, wie in dem geprüften

Konzept vorgesehen, eine Quarantänemaßnahme, gegebenenfalls in Form eines Trainingslagers, vorweggehen. Im Falle eventuell notwendiger Testungen für den Spielbetrieb ist sicherzustellen, dass aus dem Gesundheitswesen angemeldete Testbedarfe jederzeit mit Priorität behandelt werden. Der DFB wird gebeten, für die anderen Ligen tragfähige Zukunftskonzepte zu entwickeln.

12. Die Länder werden in eigener Verantwortung vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens und landesspezifischer Besonderheiten über die schrittweise Öffnung der **Gastronomie und des Beherbergungsgewerbes für touristische Nutzung** (insbes. Hotels, Pensionen und Ferienwohnungen) mit Auflagen auf der Grundlage von gemeinsamen Hygiene- und Abstandskonzepten der Wirtschaftsministerkonferenz entscheiden.
13. Die Länder werden in eigener Verantwortung vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens und landesspezifischer Besonderheiten über die schrittweise Öffnung der **Theater, Opern, Konzerthäuser und Kinos** mit Auflagen auf der Grundlage von gemeinsamen Hygiene- und Abstandskonzepten der Kulturministerkonferenz entscheiden.
14. Die Länder werden in eigener Verantwortung vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens und landesspezifischer Besonderheiten über die **schrittweise Öffnung der folgenden verbliebenen Bereiche** mit Auflagen auf der Grundlage von gemeinsamen Hygiene- und Abstandskonzepten der jeweiligen Fachministerkonferenzen entscheiden:
  - Vorlesungsbetrieb an Hochschulen
  - Übergang der Kinderbetreuung in den eingeschränkten Regelbetrieb gemäß Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz
  - Volkshochschulen, Musikschulen und sonstige öffentliche und private Bildungseinrichtungen im außerschulischen Bereich
  - Bars, Clubs und Diskotheken
  - Messen
  - Fahrschulen
  - Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege wie Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe
  - Sportbetrieb in allen öffentlichen und privaten Indoor-Sportanlagen, Schwimm- und Spaßbädern
  - Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen
  - Betrieb von sonstigen Sport- und Freizeiteinrichtungen sowie die Wiederaufnahme von Wettkampf- und Leistungssport
  - Kleinere öffentliche oder private Veranstaltungen oder Feiern sowie Veranstaltungen ohne Festcharakter

- Freizeitparks und Anbieter von Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen)
- Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnliche Einrichtungen
- Prostitutionsstätten, Bordelle und ähnliche Einrichtungen

15. Wie Bund und Länder bereits beschlossen haben, sind **Großveranstaltungen** wie z.B. Volksfeste, größere Sportveranstaltungen mit Zuschauern, größere Konzerte, Festivals, Dorf-, Stadt-, Straßen-, Wein-, Schützenfeste oder Kirmes-Veranstaltungen derzeit untersagt. Wegen der immer noch gegebenen Unsicherheit des Infektionsgeschehens ist davon auszugehen, dass dies auch mindestens bis zum 31. August so bleiben wird.

**Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den  
Regierungschefinnen und  
Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2020**

**BESCHLUSS**

**TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie**

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder fassen folgenden Beschluss:

Trotz der Maßnahmen, die Bund und Länder vor zwei Wochen vereinbart haben, steigt die Zahl der Infektionen mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) inzwischen in nahezu allen Regionen Deutschlands mit exponentieller Dynamik an. Dies hat dazu geführt, dass bereits in zahlreichen Gesundheitsämtern eine vollständige Kontaktnachverfolgung nicht mehr gewährleistet werden kann, was wiederum zu einer beschleunigten Ausbreitung des Virus beiträgt. Aktuell verdoppeln sich die Infiziertenzahlen etwa alle sieben und die Zahl der Intensivpatienten etwa alle zehn Tage. Nach den Statistiken des Robert-Koch-Institutes sind die Ansteckungsumstände im Bundesdurchschnitt in mehr als 75% der Fälle unklar. Zur Vermeidung einer akuten nationalen Gesundheitsnotlage ist es deshalb nun erforderlich, durch eine erhebliche Reduzierung der Kontakte in der Bevölkerung insgesamt das Infektionsgeschehen aufzuhalten und die Zahl der Neuinfektionen wieder in die nachverfolgbare Größenordnung von unter 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner in einer Woche zu senken. Ohne solche Beschränkungen würde das weitere exponentielle Wachstum der Infiziertenzahlen unweigerlich binnen weniger Wochen zu einer Überforderung des Gesundheitssystems führen und die Zahl der schweren Verläufe und der Todesfälle würde erheblich ansteigen. Wesentlich ist es dabei auch, jetzt schnell zu reagieren. Je später die Infektionsdynamik umgekehrt wird, desto länger bzw. umfassender sind Beschränkungen erforderlich.

Bund und Länder streben an, zügig die Infektionsdynamik zu unterbrechen, damit einerseits Schulen und Kindergärten verlässlich geöffnet bleiben können und andererseits in der Weihnachtszeit keine weitreichenden Beschränkungen im Hinblick auf persönliche Kontakte und wirtschaftliche Tätigkeit erforderlich sind. Familien und

Freunde sollen sich auch unter Corona-Bedingungen in der Weihnachtszeit treffen können. Dazu bedarf es jetzt erneut, wie schon im Frühjahr, einer gemeinsamen nationalen Anstrengung des Bundes und aller Länder.

Bund und Ländern ist bewusst, dass die Beschränkungen für die Bevölkerung eine große Belastung darstellen. Deshalb gebührt der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung großer Dank, die bisher und auch in Zukunft diese Maßnahmen mit Gemeinsinn und Geduld einhalten und besonders denjenigen, die für die praktische Umsetzung der Maßnahmen sorgen und natürlich auch denen, die im Gesundheitssystem ihren Dienst leisten.

Die Lage ist jetzt wieder sehr ernst. Vor uns liegen vier schwierige Wintermonate. Aber Bund und Länder sehen mit Zuversicht in die Zukunft. Die Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung und die einfachere Infektionskontrolle im Sommer geben uns die Hoffnung, dass Deutschland, wenn es gut durch diesen Winter kommt, im nächsten Jahr schrittweise die Pandemie überwinden und sich auch wirtschaftlich erholen kann.

Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder ergänzend zu ihren bisherigen Beschlüssen:

1. Ab dem 2. November treten deutschlandweit die im Folgenden dargelegten **zusätzliche Maßnahmen** in Kraft. Die Maßnahmen werden bis Ende November befristet. Nach Ablauf von zwei Wochen werden die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder sich erneut beraten und die durch die Maßnahmen erreichten Ziele beurteilen und notwendige Anpassungen vornehmen.
2. Wichtigste Maßnahme in der kommenden Zeit wird es sein, Abstand zu halten und **Kontakte zu verringern**. Die Bürgerinnen und Bürger werden angehalten, die Kontakte zu anderen Menschen außerhalb der Angehörigen des eigenen Hausstands auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren.
3. Der Aufenthalt in der Öffentlichkeit ist daher ab sofort nur mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes jedoch in jedem Falle maximal mit 10 Personen gestattet. Dies gilt verbindlich und Verstöße gegen diese **Kontaktbeschränkungen** werden entsprechend von den Ordnungsbehörden sanktioniert. Darüber hinausgehende Gruppen feiernder Menschen auf öffentlichen Plätzen, in Wohnungen sowie privaten Einrichtungen sind angesichts der ersten Lage in unserem Land inakzeptabel. Bund und Länder wirken bei den verstärkten Kontrollen zusammen.

4. Bürgerinnen und Bürger werden aufgefordert, generell auf nicht notwendige **private Reisen** und Besuche -auch von Verwandten- zu verzichten. Das gilt auch im Inland und für überregionale tagestouristische Ausflüge. Übernachtungsangebote im Inland werden nur noch für notwendige und ausdrücklich nicht touristische Zwecke zur Verfügung gestellt.
5. Institutionen und Einrichtungen, die der **Freizeitgestaltung** zuzuordnen sind, werden geschlossen. Dazu gehören
  - a. Theater, Opern, Konzerthäuser, und ähnliche Einrichtungen,
  - b. Messen, Kinos, Freizeitparks und Anbieter von Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen), Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnliche Einrichtungen,
  - c. Prostitutionsstätten, Bordelle und ähnliche Einrichtungen,
  - d. der Freizeit- und Amateursportbetrieb mit Ausnahme des Individualsports allein, zu zweit oder mit dem eignen Hausstand auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen,
  - e. Schwimm- und Spaßbäder, Saunen und Thermen,
  - f. Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen.
6. **Veranstaltungen**, die der Unterhaltung dienen, werden untersagt. Profisportveranstaltungen können nur ohne Zuschauer stattfinden.
7. **Gastronomiebetriebe** sowie Bars, Clubs, Diskotheken, Kneipen und ähnliche Einrichtungen werden geschlossen. Davon ausgenommen ist die Lieferung und Abholung mitnahmefähiger Speisen für den Verzehr zu Hause sowie der Betrieb von Kantinen.
8. **Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege** wie Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe werden geschlossen, weil in diesem Bereich eine körperliche Nähe unabdingbar ist. Medizinisch notwendige Behandlungen, zum Beispiel Physio-, Ergo und Logotherapien sowie Podologie/Fußpflege, bleiben weiter möglich. Friseursalons bleiben unter den bestehenden Auflagen zur Hygiene geöffnet.
9. Der **Groß- und Einzelhandel** bleibt unter Auflagen zur Hygiene, zur Steuerung des Zutritts und zur Vermeidung von Warteschlangen insgesamt geöffnet. Dabei ist sicherzustellen, dass sich in den Geschäften nicht mehr als ein Kunde pro 10 qm Verkaufsfläche aufhält.
10. **Schulen und Kindergärten** bleiben offen. Die Länder entscheiden über die erforderlichen Schutzmaßnahmen.



11. Für die von den temporären Schließungen erfassten Unternehmen, Betriebe, Selbständige, Vereine und Einrichtungen wird der Bund eine **außerordentliche Wirtschaftshilfe** gewähren, um sie für finanzielle Ausfälle zu entschädigen. Der Erstattungsbetrag beträgt 75% des entsprechenden Umsatzes des Vorjahresmonats für Unternehmen bis 50 Mitarbeiter, womit die Fixkosten des Unternehmens pauschaliert werden. Die Prozentsätze für größere Unternehmen werden nach Maßgabe der Obergrenzen der einschlägigen beihilferechtlichen Vorgaben ermittelt. Die Finanzhilfe wird ein Finanzvolumen von bis zu 10 Milliarden haben.
12. Jenseits der umfassenden temporären Beschränkungen führen bereits die bisherigen Maßnahmen dazu, dass einige Wirtschaftsbereiche auch in den kommenden Monaten erhebliche Einschränkungen ihres Geschäftsbetriebes hinnehmen müssen. Deshalb wird der Bund **Hilfsmaßnahmen für Unternehmen** verlängern und die Konditionen für die hauptbetroffenen Wirtschaftsbereiche verbessern (Überbrückungshilfe III). Dies betrifft zum Beispiel den Bereich der Kultur- und Veranstaltungswirtschaft und die Soloselbständigen. Außerdem wird der KfW-Schnellkredit für Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten geöffnet und angepasst.
13. Auch in der Pandemie wollen wir in Industrie, Handwerk und Mittelstand **sicheres Arbeiten** möglichst umfassend ermöglichen. Die Arbeitgeber haben eine besondere Verantwortung für ihre Mitarbeiter, um sie vor Infektionen zu schützen. Infektionsketten, die im Betrieb entstehen, sind schnell zu identifizieren. Deshalb muss jedes Unternehmen in Deutschland auch auf Grundlage einer angepassten Gefährdungsbeurteilung sowie betrieblichen Pandemieplanung ein Hygienekonzept umsetzen und angesichts der gestiegenen Infektionszahlen auch nochmals anpassen. Ziel ist u.a. nicht erforderliche Kontakte in der Belegschaft und mit Kunden zu vermeiden, allgemeine Hygienemaßnahmen umzusetzen und die Infektionsrisiken bei erforderlichen Kontakten durch besondere Hygiene- und Schutzmaßnahmen zu minimieren. Bund und Länder fordern die Unternehmen eindringlich auf, jetzt wieder angesichts der hohen Infektionszahlen, wo immer dies umsetzbar ist, **Heimarbeit oder das mobile Arbeiten zu Hause zu ermöglichen**. Die für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden sowie die Unfallversicherungsträger beraten die Unternehmen dabei und führen Kontrollen durch.

14. Steigende Infektionszahlen führen leider auch zu einem Anstieg an Infektionen in medizinischen Einrichtungen und bei **vulnerablen Gruppen**. Deren Schutz stellt eine besondere Herausforderung dar. Deshalb haben die zuständigen Stellen je nach den lokalen Gegebenheiten für die Krankenhäuser, Pflegeheime, Senioren- und Behinderteneinrichtungen besondere Schutzvorkehrungen ergriffen. Dabei wird stets berücksichtigt, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu einer vollständigen sozialen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Bei steigenden Infektionszahlen werden diese Maßnahmen entsprechend angepasst. Der Bund hat durch die neue Testverordnung sichergestellt, dass die Kosten der seit kurzem verfügbaren SARS-CoV2-Schnelltests für regelmäßige Testungen der Bewohner bzw. Patienten, deren Besucher und das Personal übernommen werden. Die verfügbaren Schnelltests sollen jetzt zügig und prioritär in diesem Bereich eingesetzt werden, um auch bei steigenden Infektionszahlen einen bestmöglichen Schutz zu gewährleisten und sichere Kontakte zu ermöglichen. Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe sowie vergleichbare Beratungseinrichtungen bleiben geöffnet. Die Krankenhäuser sollen weiterhin bei der Bereitstellung von Intensivbetten unterstützt werden. Die Gesundheitsminister von Bund und Ländern werden zeitnah praktikable Lösungen erarbeiten, die auch die Fortführung finanzieller Unterstützungen enthalten soll. Krankenhäuser, die aufgrund der Behandlung von SARS-CoV-2-Patienten besonders belastet sind, können wie in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgesehen sanktionsfrei von den Vorgaben abweichen.
15. Bund und Länder werden die Information über die geltenden Corona-Maßnahmen noch einmal verstärken und durch möglichst einheitliche Maßnahmen die Übersichtlichkeit erhöhen. Sie werden jedoch auch die **Kontrollen zur Einhaltung der Maßnahmen** flächendeckend verstärken und dabei auch mittels verdachtsunabhängiger Kontrollen, insbesondere im grenznahen Bereich, die Einhaltung der Quarantäneverordnungen überprüfen.
16. Bund und Länder sind sich darüber im Klaren, dass es sich um sehr einschneidende Maßnahmen handelt. Aber sie sind notwendig und sie sind mit Blick auf das **zu schützende Rechtsgut** der Gesundheit der Bevölkerung und zur Abwendung noch umfangreicherer wirtschaftlicher Schäden im Falle einer unkontrollierten pandemischen Entwicklung verhältnismäßig.

Protokollerklärung Thüringen:

1. Als Selbstorganisation der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder nimmt die MPK in der laufenden Pandemiebewältigung eine wichtige strukturierende Aufgabe wahr. Diese Aufgabe darf sie jedoch nicht überstrapazieren. Die MPK muss sich im Hinblick auf die Stärkung der Legislative bei der Pandemiebewältigung ihrer Funktion und den Grenzen ihrer Kompetenzen bewusst sein.
2. Der Freistaat Thüringen stimmt dem Bundestagspräsidenten ausdrücklich darin zu, dass durch das Parlament konkrete Ermächtigungsgrundlagen für besonders eingriffsintensive Maßnahmen wie z.B. Ausgangssperren, Kontaktverbote und die Verhängung eines sogenannten Lockdowns geschaffen werden müssen. Der Freistaat Thüringen erwartet deshalb, dass
  - a. der Deutsche Bundestag eine akute nationale Gesundheitsnotlage feststellt, der die von der Ministerpräsidentenkonferenz getroffenen Beschlüsse rechtfertigt, und
  - b. der Bundesrat in seiner nächsten Sitzung seinerseits die vorher vom Deutschen Bundestag getroffene Feststellung einer akuten nationalen Gesundheitsnotlage ebenfalls vornimmtDer Freistaat Thüringen erwartet zudem, dass der Deutsche Bundestag schnellstmöglich die notwendigen Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes abschließt.
3. Mit Blick auf das gemeinsame Ziel der Vermeidung einer Überforderung des Gesundheitssystems begrüßt der Freistaat Thüringen und trägt diejenigen Maßnahmen mit, die für eine wirksame Eindämmung des Infektionsgeschehens durch wissenschaftliche Erkenntnisse geeignet und verhältnismäßig sind und erwartet vom Bund diese evidenzbasierte Untersetzung der Maßnahmen.
4. Der Freistaat Thüringen erwartet vom Bund, dass er mittels seiner Finanzkraft und der ihm gegenüber den Ländern allein obliegenden Gestaltungsmöglichkeiten der steuerlichen Einnahmeseite dafür Sorge trägt, dass alle von den getroffenen Maßnahmen unmittelbar und mittelbar betroffenen Akteure, darunter insbesondere Solo-Selbständige, Selbständige, gemeinnützige Institutionen und weitere, wirksam unterstützt werden und weiterhin Maßnahmen getroffen werden, Schieflagen zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufzufangen.
5. Der Freistaat Thüringen erklärt, dass mit der Verabschiedung des MPK-Beschlusses kein Präjudiz das für parlamentarische Verfahren im Freistaat Thüringen verbunden ist.



Die  
Bundesregierung

Corona-Schutzmaßnahmen

## Weitere Test- und Maskenpflichten entfallen

Aufgrund der sich abschwächenden Pandemiewelle hat die Bundesregierung weitere Corona-Schutzmaßnahmen ausgesetzt: In Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt es seit dem 1. März 2023 keine Testpflicht mehr. Das Tragen einer Maske bleibt nur noch für Besucherinnen und Besucher verpflichtend.



Zum 1. März werden Beschäftigte und Bewohner in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen von der Maskenpflicht befreit.

*Foto: Florian Gaertner/Photothek via Getty Images*

Fast alle verbliebenen Test- und Maskenpflichten sind mit dem 1. März ausgelaufen. Das Bundeskabinett hatte dazu am 24. Februar die sogenannte „Erste Verordnung zur Änderung der Schutzmaßnahmenaussetzungsverordnung“ beschlossen. Beschäftigte sowie Bewohnerinnen und Bewohner in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind von der Test- und Maskenpflicht befreit. Lediglich für Besucherinnen und Besucher unter anderem in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen gilt weiterhin die Maskenpflicht.

## Abgeschwächte Pandemielage

Ursprünglich sollten alle Corona-Schutzmaßnahmen noch bis zum 7. April gelten. Angesichts der seit Wochen stabilen Infektionslage sind nun – nach dem Aussetzen der Maskenpflicht im Personenfernverkehr Anfang Februar – weitere Regelungen vorzeitig weggefallen.

Die Bundesregierung hatte diesen Schritt sorgfältig abgewogen und die Pandemieentwicklung im Herbst und Winter wissenschaftlich analysiert. Die bundesweiten Schutzmaßnahmen, die im Oktober eingeführt wurden, haben dazu beigetragen, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern.

## Freiwillig Maske tragen

Das Hausrecht der betroffenen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bleibt von dem Beschluss der Bundesregierung unberührt. Die Einrichtungen können nach den Begebenheiten vor Ort entscheiden, welche Schutzmaßnahmen insbesondere für die vulnerablen Gruppen notwendig sind. Zudem bleibt es jeder und jedem unbenommen, weiterhin freiwillig in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Maske zu tragen.

Mittwoch, 1. März 2023

## WEITERE INFORMATIONEN

Infektionsschutzgesetz

[Corona-Schutzmaßnahmen sind ausgelaufen](#)

---

Corona-Schutzmaßnahmen

[Keine Maskenpflicht mehr im Fernverkehr](#)

---

Themenseite

[Coronavirus in Deutschland](#)



# Stellungnahme

## des Deutschen Anwaltvereins durch den Ausschuss Arbeitsrecht

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur mobilen  
Arbeit (Mobile Arbeit-Gesetz – MAG) vom  
26.11.2020

Stellungnahme Nr.: 95/2020

Berlin, im Dezember 2020

### Mitglieder des Ausschusses

- Rechtsanwältin Dr. Nathalie Oberthür, Köln (Vorsitzende und Berichterstatlerin)
- Rechtsanwalt Dr. Christian Arnold, Stuttgart
- Rechtsanwältin Regina Bell, München
- Rechtsanwältin Dr. Susanne Clemenz, Gütersloh
- Rechtsanwalt Prof. Dr. Björn Gaul, Köln (Berichterstatter)
- Rechtsanwalt Roland Gross, Leipzig
- Rechtsanwalt Jürgen Markowski, Nürnberg
- Rechtsanwalt Benja Mausner, Stuttgart
- Rechtsanwalt Dr. Thomas Müller-Bonanni, Düsseldorf
- Rechtsanwältin Dr. Barbara Reinhard, Frankfurt
- Rechtsanwältin Dr. Ulrike Schweibert, Düsseldorf
- Rechtsanwalt Dr. Uwe Silberberger, Düsseldorf
- Rechtsanwalt Prof. Dr. Heinz Josef Willemsen, Düsseldorf

### Zuständig in der DAV-Geschäftsstelle

- Rechtsanwalt Max Gröning

**Deutscher Anwaltverein**  
Littenstraße 11, 10179 Berlin  
Tel.: +49 30 726152-0  
Fax: +49 30 726152-190  
E-Mail: [dav@anwaltverein.de](mailto:dav@anwaltverein.de)

**Büro Brüssel**  
Rue Joseph II 40, Boîte 7B  
1000 Brüssel, Belgien  
Tel.: +32 2 28028-12  
Fax: +32 2 28028-13  
E-Mail: [bruessele@eu.anwaltverein.de](mailto:bruessele@eu.anwaltverein.de)  
EU-Transparenz-Registernummer:  
87980341522-66

## Verteiler

---

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
  
- Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Wirtschaft und Energie des Deutschen Bundestages
  
- Landesministerien für Arbeit und Soziales
- Landesjustizministerien der Länder
  
- Europäische Kommission - Vertretung in Deutschland
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
- Deutscher Gewerkschaftsbund
- Deutscher Arbeitsgerichtsverband e.V.
- Deutscher Steuerberaterverband
- Bund der Richterinnen und Richter der Arbeitsgerichtsbarkeit
- Deutscher Richterbund
- Bundesverband der Freien Berufe
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Rechtsanwaltskammern in der Bundesrepublik Deutschland
  
- Bundesarbeitsgericht
- Landesarbeitsgerichte in der Bundesrepublik Deutschland
  
- Vorstand und Geschäftsführung des Deutschen Anwaltvereins
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
- Vorsitzende der Landesverbände des DAV
- Vorsitzende des FORUM Junge Anwaltschaft im Deutschen Anwaltverein
  
- Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA)
- Zeitschrift Recht der Arbeit
- Zeitschrift Arbeitsrechtliche Entscheidungen (AE)
- Redaktion Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)
- Süddeutsche Zeitung
- Juve Verlag



- Juris Newsletter
- Der Tagesspiegel
- Der Spiegel
- Legal tribune online
- NJW
- Netzpolitik.org

Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV versammelt mehr als 62.000 Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte sowie Anwaltsnotarinnen und Anwaltsnotare, die in 253 lokalen Anwaltvereinen im In- und Ausland organisiert sind. Er vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

---

Der DAV begrüßt zwar grundsätzlich das Ziel des Entwurfs, Mobile Arbeit in einen einheitlichen und verbindlichen Rechtsrahmen zu binden, um die Interessen der Arbeitsvertragsparteien an einer Flexibilisierung des Arbeitsortes mit dem gebotenen Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Einklang zu bringen. In der Praxis jedoch stellen sich eine Vielzahl von Fragen, auf die der Entwurf keine Antworten gibt. Mit einer gesetzlichen Regelung, die auf allen Seiten zu rechtlicher Verunsicherung führt, Unternehmen zudem ein erhebliches Mehr an Bürokratie auferlegt, andererseits den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern keine durchsetzbaren Ansprüche einräumt, ist das selbst gesteckte Ziel nicht erreicht. Der DAV regt daher an, die gesamte Thematik einer umfassenden Neubetrachtung zuzuführen, in der alle sich stellenden rechtliche Probleme ausgewogen und interessengerecht gelöst werden. Die regelungsbedürftigen Punkte sollen in der nachfolgenden Stellungnahme zu dem vorliegenden Entwurf mit angesprochen werden.

## **1. Definition der Mobilen Arbeit**

Mobile Arbeit i.S.v. § 111 GewO-E soll nur vorliegen, wenn die Mobile Arbeit „regelmäßig“ geleistet wird. Im Gegensatz zu lediglich anlassbezogener Mobiler Arbeit, die von der Regelung nicht erfasst werden soll, bezieht sich der Gesetzentwurf auf die regelmäßige, mithin planmäßig wiederkehrende Mobile Arbeit, wie zum Beispiel einmal oder mehrfach in der Woche oder zweimal im Monat an einem bestimmten Wochentag. Dabei soll es nicht darauf ankommen, ob regelmäßig ganztags oder nur stundenweise mobil gearbeitet wird. Dies ist im Hinblick auf die getroffenen Regelungen sachgerecht und erfasst die Arbeit im sogenannten Homeoffice ebenso wie unterwegs.

Problematisch erscheint aber, dass es für die Einbeziehung einer Tätigkeit genügen soll, wenn sie außerhalb der Betriebsstätte "unter Verwendung von

Informationstechnologie" erfolgt. Zu dieser Technologie gehört jede Hard- oder Software, mit der eine elektronische Datenverarbeitung erfolgt. Damit aber fällt eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer nicht nur bei der Verwendung von Laptop, Computer oder Tablet, sondern auch mit einem Mobiltelefon mit Apps und/oder E-Mails, das regelmäßig außerhalb des Betriebs verwendet wird, in den Anwendungsbereich von § 111 GewO-E. Es erscheint fraglich, ob dies gewollt ist. Denn in der Begründung werden reine Monteur- und Fahrertätigkeiten ausdrücklich ausgegrenzt, obwohl auch bei diesen Tätigkeiten Informationstechnologie (Mobiltelefon, GPS, E-Mail) benutzt wird. Gegebenenfalls könnte klargestellt werden, dass Mobile Arbeit voraussetzt, dass diejenigen Arbeiten, die der geschuldeten Arbeit das maßgebliche Gepräge geben, unter Nutzung von Informationstechnologie ausgeführt werden.

## **2. (Kein) Anspruch auf Mobile Arbeit**

Im Gegensatz zu einem früheren Entwurf des BMAS sieht der Gesetzentwurf keinen Rechtsanspruch des Arbeitnehmers auf Mobile Arbeit vor. Der Arbeitnehmer erhält vielmehr einen Anspruch auf einzelfallbezogene Erörterung seines Antrages auf Mobile Arbeit sowie auf eine (form- und fristgerechte) Begründung einer etwaig ablehnenden Antwort. Die ablehnende Entscheidung des Arbeitgebers soll ungeachtet des Begründungserfordernisses nicht an inhaltliche Vorgaben gebunden werden; allerdings soll der Antrag auf Mobile Arbeit vier Monate nach der ablehnenden Entscheidung wiederholt werden können. Zudem soll eine Verletzung der Erörterungs- oder Begründungspflicht dazu führen, dass die Mobile Arbeit kraft gesetzlicher Fiktion für einen Zeitraum von längstens sechs Monaten nach Maßgabe des Antrags des Arbeitnehmers zustande kommt. Diese Regelungstechnik wirft zahlreiche Detailfragen auf.

### **a) Anforderungen an den Antrag**

Der Antrag auf Mobile Arbeit soll nur für diejenige Arbeitsleistung gestellt werden können, die unter Einsatz von Informationstechnologie erbracht werden kann. Darüber hinausgehende Einschränkungen sieht das Antragsrecht des Arbeitnehmers nicht vor. Der Antrag kann daher wirksam auch dann gestellt werden, wenn die Mobile Arbeit objektiv unmöglich ist, etwa weil die erforderliche Informationstechnologie nicht vorhanden ist, wenn die notwendige Vertraulichkeit von Daten und

Geschäftsgeheimnissen bei einer Nutzung dieser Informationstechnologie außerhalb des Betriebs nicht gewährleistet werden kann oder wenn sie im Rahmen der betrieblichen Organisation nicht sachgerecht umgesetzt werden kann. Der Arbeitgeber kann in diesem Fall zwar die Mobile Arbeit ablehnen. Aufgrund der gesetzlichen Fiktion des Zustandekommens der Mobilen Arbeit bei einer Verletzung der Erörterungs- oder Begründungspflicht wäre der Arbeitgeber jedoch gegebenenfalls allein aufgrund eines prozeduralen Versäumnisses verpflichtet, die nicht sachgerechte Erbringung der Mobilen Arbeit zu ermöglichen, oder, im Falle der gänzlichen Unmöglichkeit von Mobiler Arbeit, die Vergütung des Arbeitnehmers gemäß § 615 Satz 1 BGB ohne Gegenleistung für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten fortzuzahlen.

#### **b) Wahrung der Antragsfrist**

Die Mobile Arbeit kann mit einer Frist von drei Monaten beantragt werden; in Anlehnung an die Regelungen zur Teilzeitarbeit soll dem Arbeitgeber ein Zeitraum von zwei Monaten eingeräumt werden, innerhalb dessen die Umsetzbarkeit des Antrages geprüft werden kann; eine ablehnende Entscheidung ist dem Arbeitnehmer spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn mitzuteilen. Anders als bei der Teilzeitarbeit muss der Arbeitgeber hier allerdings nicht nur eine anderweitige Verteilung des Arbeitsvolumens überprüfen, sondern ggf. einschneidende Veränderungen der betrieblichen Organisation vornehmen. So sind neben technischen, organisatorischen und datenschutzrechtlichen Aspekten insbesondere die Vorgaben des Arbeitsschutzes einzuhalten. Selbst wenn der Arbeitgeber keinen Telearbeitsplatz einrichtet, hat er bspw. im Hinblick auf die bei der Mobilen Arbeit genutzten Betriebsmittel – auch wenn sie durch den Arbeitnehmer bereitgestellt werden – die nach der Betriebssicherheitsverordnung vorgesehene Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und darf vor der gebotenen Sicherheitsüberprüfung die Nutzung der Betriebsmittel nicht gestatten. Dies wird in einem Zeitrahmen von zwei Monaten nicht immer sachgerecht abgeschlossen werden, insbesondere wenn der Arbeitgeber nicht bereits ohnehin Mobile Arbeit ermöglicht. Eine längere Antragsfrist würde die Überprüfung des Antrages unter Wahrung aller gesetzlichen Vorgaben besser ermöglichen und vermeiden, dass der Arbeitgeber allein aus Zeitdruck an sich umsetzbare Anträge auf Mobile Arbeit ablehnt.

### **c) Erneute Antragstellung**

Der Antrag auf Mobile Arbeit soll vier Monate nach dessen Ablehnung wiederholt oder erneut gestellt werden können. Dies führt zu erheblichem bürokratischen Aufwand.

### **d) Ablehnung des Antrages**

Die Ablehnung des Antrages auf Mobile Arbeit soll zwar begründet werden, an den Inhalt der Begründung werden allerdings keine Anforderungen gestellt. Die Ablehnung muss insbesondere nicht auf betriebliche Gründe gestützt werden oder auch nur billiges Ermessen wahren; ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs dürfen die Ablehnungsgründe lediglich nicht sachfremd oder willkürlich sein, so dass der Arbeitgeber nach allgemeinen rechtlichen Grundsätzen keine Gründe nennen dürfte, die diskriminierender Natur sind oder dem Maßregelungsverbot widersprechen.

Der Gesetzentwurf verzichtet damit nicht nur auf einen Anspruch auf Mobile Arbeit, sondern auch auf eine inhaltliche Überprüfbarkeit der Ablehnungsentscheidung. Aus Arbeitnehmersicht ist dies unbefriedigend. Zum Ausgleich hierfür soll der Position des Arbeitnehmers in der Verhandlung mit dem Arbeitgeber hinreichendes Gewicht dadurch verschafft werden, dass eine gesetzliche Fiktion begründet wird, nach der die Mobile Arbeit zustande kommt, wenn der Arbeitgeber seine Erörterungs- oder Begründungspflichten verletzt. Diese Fiktion wiederum führt zu einer erheblichen Belastung des Arbeitgebers insbesondere dann, wenn die Mobile Arbeit objektiv nicht sachgerecht umsetzbar ist.

Es ist zweifelhaft, ob mit dieser Systematik ein angemessener Interessenausgleich hergestellt wird. Zu erwägen wäre daher, auf die gesetzliche Fiktion einer Vertragsänderung zu verzichten und im Gegenzug die Ablehnungsentscheidung inhaltlich an die Wahrung billigen Ermessens i.S.v. § 315 Satz 1 BGB zu binden, wie dies bei der Festlegung des Arbeitsortes im Rahmen des Direktionsrechts ohnehin geboten ist. Das dürfte auch unionsrechtlichen Vorgaben entsprechen. Schließlich gebietet auch die Richtlinie (EU) 2019/1158 vom 20.06.2019 zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige in Art. 9 Abs. 2, dass bei der Prüfung und Beantwortung der Anträge von Arbeitnehmern auf flexible

Arbeitsregelungen „sowohl die Bedürfnisse des Arbeitgebers als auch des Arbeitnehmers berücksichtigt“ werden müssen.

### **e) Kosten der Mobilen Arbeit**

Die Ausstattung des Arbeitnehmers mit den für die Mobile Arbeit erforderlichen Betriebsmitteln einschließlich der erforderlichen Informationstechnologie und die Umsetzung der arbeitsschutzrechtlichen Maßnahmen kann erhebliche Kosten nach sich ziehen. Diese können zwar zur (auch ermessensgerechten) Ablehnung eines Antrages auf Mobile Arbeit führen, dürften aber gerade bei Eintritt einer gesetzlichen Fiktion virulent werden, wenn der Arbeitnehmer die Erstattung der Kosten der für die Mobile Arbeit erforderlichen Betriebsmittel gemäß § 670 BGB verlangt. Zwar mag die Mobile Arbeit bei Unternehmen mittelfristig zu Einsparungen (etwa von Büroflächen) führen, in absehbarer Zeit ist allerdings davon auszugehen, dass parallele Betriebsstrukturen unterhalten werden müssen. Zu erwägen wäre daher, diese Kostenlast, die nicht originär der betrieblichen Tätigkeit dient, durch finanzielle Anreize von staatlicher Seite zu unterstützen.

### **3. Persönliche Anspruchsvoraussetzungen**

Anders als die Ansprüche von Arbeitnehmern auf Teilzeitarbeit soll der Anspruch auf die Erörterung Mobiler Arbeit nicht an eine bestimmte Dauer der Betriebszugehörigkeit gebunden werden. Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass ein unmittelbar durchsetzbarer Anspruch des Arbeitnehmers auf Mobile Arbeit nicht begründet wird, einerseits nachvollziehbar. Andererseits begründet der Umgang mit Anträgen auf Mobile Arbeit einen nicht unerheblichen organisatorischen Aufwand, insbesondere wenn an der gesetzlichen Fiktion einer Vertragsänderung festgehalten werden soll. Der DAV regt deshalb an, den Antrag auf Mobile Arbeit entsprechend § 8 Abs. 1 TzBfG an eine Betriebszugehörigkeit des Arbeitnehmers von mindestens sechs Monaten zu binden. Dieser Zeitraum wird auch durch Art. 9 Abs. 4 Richtlinie (EU) 2019/1158 vom 20.06.2019 zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige eröffnet.

#### **4. Art der Mobilen Arbeit**

Der Antrag auf Mobile Arbeit ist rechtstechnisch dem Antrag auf Teilzeitarbeit nachgebildet. Ein Arbeitnehmer, der regelmäßig mobil arbeiten möchte, muss dem Arbeitgeber Beginn, Dauer, Umfang und Verteilung der Mobilen Arbeit spätestens drei Monate vor dem gewünschten Beginn in Textform mitteilen; Der Antrag muss dabei so hinreichend konkret sein, dass der Arbeitgeber mit einem bloßen „ja“ antworten kann, da anderenfalls die Fiktion einer Vertragsänderung nicht greifen könnte. Während sich der Antrag des Arbeitnehmers zunächst nur auf die mobile Erbringung der geschuldeten Arbeitsleistung bezieht, soll sich allerdings die Erörterung des Wunsches auf Mobile Arbeit auch auf die „Art der Mobilen Arbeit“ beziehen. Das ist nachvollziehbar, kommt es doch bei der Erörterung der Möglichkeiten einer einvernehmlichen Umsetzung des Antrags auch auf die Art der Tätigkeit an. In der folgenden Regelungssystematik bleibt allerdings unklar, welche Bedeutung die Erörterung der Art der Arbeit für den Antrag haben soll.

Gemäß § 111 Abs. 3 GewO-E soll bei einer Verletzung der Erörterungs- oder Begründungspflicht die mitgeteilte Mobile Arbeit als festgelegt gelten. Da die Mitteilung nach § 111 Abs. 1 GewO-E allerdings nicht die Art der Arbeit umfasst, kann auch keine automatische Änderung oder Einschränkung der Art der Arbeit erfolgen, wenn die Ablehnung nicht form- und fristgerecht erfolgt. Widersprüchlich ist deshalb § 111 Abs. 3 S. 3 GewO-E. Danach soll u. a. bei einer fehlenden Festlegung der Art der Arbeit durch die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer die geschuldete Arbeitsleistung von einem oder von Orten seiner oder ihrer Wahl erfolgen. Wenn mit "Art der Arbeit" tatsächlich der Inhalt der Arbeitsleistung gemeint ist, wovon auszugehen ist, weil die Festlegung des Ortes gesondert erwähnt wird, übersieht die Regelung, dass die Art der Arbeit nicht Gegenstand der Mitteilung nach § 111 Abs. 1 S. 1 GewO-E ist. Der DAV geht auch davon aus, dass dies in § 111 Abs. 1 S. 1 GewO-E auch nicht versehentlich ungeregelt geblieben ist. Andernfalls würde die Fiktion einer Vereinbarung zur Mobilen Arbeit gemäß § 111 Abs. 3 S. 2 GewO-E nicht nur hinsichtlich des Arbeitsortes, sondern auch hinsichtlich des Arbeitsinhalts in das Direktionsrecht des Arbeitgebers eingreifen und die vertraglich geschuldete Arbeit verändern. Ein derart weitreichender Eingriff in die betriebliche Organisation widerspräche § 111 Abs. 1 S. 2 GewO-E, nach dem die Mobile Arbeit auf die Verrichtung der "geschuldeten" Tätigkeit gerichtet ist, daran also offenbar keine Änderung bewirken soll. Eine Veränderung des Inhalts der zu leistenden

Arbeit als Folge eines Antrags auf Mobile Arbeit wäre auch zur Realisierung des Bedürfnisses nach einem flexiblen Arbeitsort nicht erforderlich; ein solcher Eingriff verhinderte auch die Anpassung der Arbeitsinhalte an etwaig veränderte betriebliche Bedürfnisse. Falls mit der "Art der Arbeit" in § 111 Abs. 3 GewO-E tatsächlich der Inhalt der Arbeitsleistung gemeint ist, regt der DAV deshalb an klarzustellen, dass die Art der bei Mobiler Arbeit geschuldeten Tätigkeit durch eine Vereinbarung oder die gesetzliche Fiktion zur Mobilen Arbeit unberührt bleibt und im Rahmen der arbeitsvertraglichen Vereinbarungen dem Direktionsrecht des Arbeitgebers nach § 106 S. 1 GewO-E unterliegt.

## **5. Arbeitsschutz**

Hinsichtlich des Arbeitsschutzes bei Mobiler Tätigkeit sieht § 111 Abs. 5 GewO-E lediglich vor, dass die Regelungen zum Arbeitsschutz unberührt bleiben. Unabhängig davon müsse der Arbeitgeber den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin vor Beginn der Mobilen Arbeit in Textform darüber informieren, wie seine oder ihre Sicherheit und Gesundheit gewährleistet wird.

Diese Regelung erscheint zum einen unvollständig, weil sie bereits bestehende Verpflichtungen verkürzt. Zum anderen entstehen mit dieser Regelung weitere Wertungswidersprüche zu aktuellen Regelungen des Arbeitsschutzes in §§ 3, 12 ff. ArbSchG, 1 Abs. 3 ArbeitsstättenV, 1 ff BetrSichV oder Ziff. 4.2.4 SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel. Einerseits wird dort in unionsrechtlich zutreffender Weise festgestellt, dass das ArbSchG und das Arbeitszeitgesetz auch bei Mobiler Arbeit im Homeoffice gelten. Andererseits geht § 1 Abs. 3 ArbStättV davon aus, dass der Arbeitgeber unter Berücksichtigung ihrer Eigenart nur bei Telearbeitsplätzen i. S. d. § 2 Abs. 7 ArbStättV eine Gefährdungsbeurteilung - und dies auch nur bei der erstmaligen Beurteilung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsplatzes - vornehmen müsse und nur insoweit eine Pflicht zur Unterweisung gemäß § 6 ArbStättV und zur Anwendung der unionsrechtlich begründeten Regelungen zu Bildschirmarbeitsplätzen (Anhang Nr. 6) bestünden, soweit der Arbeitsplatz von dem im Betrieb abweicht. Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Mobiler Arbeit erscheint es geboten, diesen Widerspruch bestehender Handlungsvorgaben im deutschen Recht aufzulösen. Dies gilt umso mehr, als man auch bei Mobiler Tätigkeit grundsätzlich von einer Anwendbarkeit der allgemeinen Grundsätze zum Arbeitsschutz und zur Arbeitszeit aus Richtlinie



89/391/EWG und Richtlinie 2003/88/EG auszugehen hat. Wenn mit § 111 Abs. 3 S. 1 GewO-E nur festgestellt wird, dass die Regelungen des Arbeitsschutzes "unberührt" bleiben, steht für die Arbeitsvertragsparteien ebenso wie Arbeitnehmervertreter und Aufsichtsbehörden die Frage im Raum, welche Bedeutung die durch § 1 Abs. 3 ArbeitsstättenV in Bezug auf den Telearbeitsplatz vorgenommene Einschränkung für die Mobile Arbeit nach § 111 GewO-E hat bzw. inwieweit §§ 3 ff., 12 ff. ArbSchG unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Mobiler Arbeit nicht auch bei dieser Einsatzform anwendbar sind. Dieser Wertungswiderspruch wird auch in § 111 Abs. 5 S. 2 GewO-E deutlich. Denn dort ist nur eine "Informationspflicht" des Arbeitgebers in Bezug auf notwendige Schutzmaßnahmen vorgesehen. Das aber verkürzt die gegenüber der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer bestehenden Schutzpflichten erheblich. Denn diese sehen nicht nur eine Information über etwaige Gefahren und notwendige Schutzmaßnahmen vor, sondern gehen auch von dem Erfordernis einer Unterweisung in Bezug auf etwaige Gefahren und notwendige Schutzmaßnahmen aus (Art. 10, 12 Richtlinie 89/391/EWG i. V.m. § 12 ArbSchG).

Der DAV regt deshalb an, § 111 Abs. 5 S. 2 GewO-E zu streichen. Anstelle von § 111 Abs. 5 S. 1 GewO-E sollten klarstellende Regelungen zur Anwendbarkeit arbeitsschutzrechtlicher Regelungen bei Mobiler Arbeit getroffen werden, die die aktuellen Widersprüche und unionsrechtlichen Umsetzungsdefizite im geltenden Arbeitsschutzrecht beseitigen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass Aufklärungs- und Hinweispflichten für die Fälle erheblich einzuschränken sind, in denen der Arbeitnehmer frei über den Ort der Arbeitsleistung bestimmt und nicht etwa regelmäßig vom Home-Office aus arbeitet.

## **6. Arbeitszeiterfassung**

Der Gesetzentwurf sieht in § 112 Abs. 1 GewO-E-E vor, dass die "gesamte Arbeitszeit" von Arbeitnehmern, die regelmäßig mobil arbeiten, künftig vollständig erfasst werden müssen. Die Erfassung von Arbeitszeiten sieht der Gesetzentwurf zu Recht als Schutz vor einer Entgrenzung der Arbeit und vor Überforderung der Arbeitnehmer an. Die Regelung erscheint aber aus mehreren Gründen anpassungsbedürftig.

Da die Aufzeichnungspflicht "für" Arbeitnehmer bestimmt wird, die mobil arbeiten, werden damit auch Arbeitszeiten außerhalb mobiler Tätigkeit erfasst. Das bewirkt ein

erhebliches Ungleichgewicht in Bezug auf die Dokumentationspflichten von Arbeitnehmern. Denn nur in Bezug auf die Arbeitnehmer, die (auch zeitweise) mobil arbeiten, gelten dann die Dokumentationspflichten. Da die sich aus dem Urteil des EuGH vom 14.05.2019 (Az. C-55/18, CCOO) ergebende Verpflichtung zur Einführung einer umfassenden Arbeitszeiterfassung auch außerhalb Mobiler Arbeit zu erfüllen ist, sollte auf eine isolierte Regelung für die Mobile Arbeit in § 112 GewO-E verzichtet werden und eine allgemeine Regelung im Arbeitszeitgesetz erfolgen. Dabei ist im Rahmen des unionsrechtlichen Gestaltungsspielraums auch zu prüfen, ob und ggf. in welchem Umfang es sachgerecht sein könnte, für bestimmte Unternehmens- oder Arbeitnehmergruppen im Rahmen der von der Richtlinie 2003/88/EG vorgegebenen Möglichkeiten Ausnahmen vorzusehen. Diese könnten dann auch für die Mobile Arbeit gelten, insbesondere wenn sie tatsächlich mit einer autonomen Arbeitszeitbestimmung i.S.v. Art. 17 Abs. 1 der Richtlinie einhergeht.

Soweit die Dokumentation am Tag der Arbeitsleistung erfolgen soll, erscheint dies zu eng. Tagesübergreifende Arbeiten (z. B. Schichtsysteme, Bereitschaftsdienste) werden dadurch nicht berücksichtigt. Darüber hinaus dürfte es gerade bei Mobiler Arbeit nicht unproblematisch sein, Arbeitszeiten jeweils innerhalb von 24 Stunden zu erfassen. Angemessen für eine verlässliche Arbeitszeitdokumentation erscheint eine Frist von 7 Kalendertagen.

Darüber hinaus spricht der Entwurf zwar von einer Erfassung der "gesamten Arbeitszeit", nennt aber nur Beginn, Ende und Dauer der Arbeitszeit. Die Feststellungen des EuGH dürften auch eine Pflicht begründen, die wöchentliche Arbeitszeit, die Verteilung auf die einzelnen Wochentage und die Ruhepausen zu erfassen, weil auch diesbezüglich unionsrechtliche Vorgaben zum Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bestehen. Es wird angeregt, diese unionsrechtliche Vorgabe schon aus systematischen Gründen bei einer allgemeinen Regelung der arbeitszeitrechtlichen Dokumentationspflichten im Arbeitszeitgesetz zu berücksichtigen.

Das Gesetz sieht zwar in zulässiger Weise das Recht zur Delegation der Dokumentation vor; der Arbeitgeber bleibt allerdings verantwortlich. Dass daraus nicht nur Unterweisungspflichten, sondern auch Überwachungspflichten resultieren, wird nicht erwähnt.

## 7. Reichweite der gesetzlichen Unfallversicherung

Der Unfallversicherungsschutz mobil arbeitender Arbeitnehmer ist im Vergleich zu den Beschäftigten innerhalb der betrieblichen Organisation eingeschränkt. Insbesondere Wege zur Nahrungsaufnahme und zum Toilettengang sind im Home-Office und bei Mobiler Arbeit nicht versichert. § 8 Abs. 1 SGB VII soll deshalb um folgende Regelung ergänzt werden: „Wird die versicherte Tätigkeit im Haushalt der Versicherten oder an einem anderen Ort ausgeübt, besteht Versicherungsschutz in gleichem Umfang wie bei Ausübung der Tätigkeit auf der Unternehmensstätte.“ Diese vergleichsweise vage Definition des „erweiterten Arbeitsunfalls“ wird sich im Wege richterlicher Rechtsanwendung ausfüllen lassen; sie entspricht der bereits seit längerem in der Rechtsprechung (vgl. BSG vom 18.06.2013 – B 2 U 7/12 R) angedeuteten Erwartung, dass bei fehlender Einbindung in die betriebliche Organisation auch bei Mobiler Arbeit aus Gleichheitsgründen jedenfalls täglich ein Weg zur Nahrungsaufnahme unter Versicherungsschutz stehen müsse. Eine unfallversicherungsrechtliche Gleichstellung der Mobilen Arbeit mit der Tätigkeit im Betrieb wird darüber hinaus durch die Unterstellung des Wegeunfalls gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII unter den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung erreicht; gerade bei Mobiler Arbeit an wechselnden Arbeitsstätten wird allerdings die Frage, ob der Unfall auf einem „unmittelbaren Weg“ eingetreten ist, im Einzelfall nur schwer zu beantworten sein.

Der DAV begrüßt darüber hinaus ausdrücklich, dass die bislang bestehende Lücke im Versicherungsschutz bei dem Verbringen von Kindern aus dem Home-Office in fremde Obhut geschlossen werden soll. Das BSG hatte bislang für diese Fälle eine analoge Anwendung des § 8 Abs 2 Nr. 2 lit.a SGB VII, der das Abweichen von dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte zum Verbringen eines Kindes in die außerhäusliche Betreuung unter Versicherungsschutz stellt, in Ermangelung einer planwidrigen Regelungslücke abgelehnt (BSG vom 30.01.2020 – B 2 U 19/18 R). Gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 2a SGB VII-E soll künftig auch das „Zurücklegen des unmittelbaren Weges nach und von dem Ort, an dem Kinder von Versicherten nach Nummer 2 Buchstabe a fremder Obhut anvertraut werden, wenn die versicherte Tätigkeit an dem Ort des gemeinsamen Haushalts ausgeübt wird“, unter Versicherungsschutz stehen. Dabei greift die Regelung allerdings zu kurz, indem sie voraussetzt, dass die berufliche Tätigkeit an dem „Ort des gemeinsamen Haushalts“ ausgeübt wird. Mobile Arbeit wird nach dem Gesetzentwurf gerade dadurch definiert,

dass sie auch außerhalb der regelmäßigen Wohnstätte des Arbeitnehmers erbracht werden kann, etwa in Co-Working-Spaces, in einem Ferienhaus oder an jedem anderen beliebigen Ort. Das Bedürfnis, Kinder zur Ermöglichung der beruflichen Tätigkeit in fremde Obhut zu verbringen, ist insoweit von dem Ort der Arbeitsleistung unabhängig, eine sachliche Rechtfertigung für eine diesbezügliche Differenzierung erschließt sich nicht. Der DAV regt deshalb an, den zweiten Halbsatz der Neuregelung („wenn die versicherte Tätigkeit an dem Ort des gemeinsamen Haushalts ausgeübt wird“) zu streichen.



---

**Schriftliche Stellungnahme**  
Deutsche Rentenversicherung Bund

---

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 28. November 2022 zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer  
Gesetze**  
20/3900

**Siehe Anlage**

# Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund

vom 24. November 2022

zu dem

**Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten  
Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze**

**(8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG)**

**der Bundesregierung**

BT-Drs. 20/3900

vom 12. Oktober 2022

## **I. Allgemeine Anmerkungen**

Der Gesetzentwurf befasst sich vor dem Hintergrund der geänderten technischen Rahmenbedingungen im Bereich der Digitalisierung in wesentlichen Teilen mit der Fortentwicklung der rechtlichen Grundlagen insbesondere für die beitrags- und melderechtlichen Regelungen im Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV). Ziel dieser Regelungen ist es, bereits bestehende Verfahren der Sozialversicherung weiterzuentwickeln und neue Verfahren im Sinne der Digitalisierung und Entbürokratisierung voranzutreiben. Hierfür sollen elektronische Meldewege weiter ausgestaltet und optimiert werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) setzt sich ebenfalls für die Digitalisierung und Entbürokratisierung von Verwaltungsprozessen und für den Ausbau elektronischer Meldewege aus. Die in dem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen sind hierfür zielführend und die gesetzlichen Regelungen tragen zur Rechtssicherheit bei. Die Deutsche Rentenversicherung ist insbesondere von den Regelungen zum Hinzuverdienstrecht betroffen.

Zu dem Gesetzentwurf nimmt die DRV Bund wie folgt Stellung:

## **II. Regelungen zum Hinzuverdienst**

Der Gesetzentwurf gestaltet das Recht des Hinzuverdienstes neben der Rente neu. Bei vorgezogenen Altersrenten werden die Hinzuverdienstgrenzen vollständig abgeschafft und bei Renten wegen Erwerbsminderung werden sie deutlich angehoben. Der Hinzuverdienstdeckel entfällt.

## **III. Bewertung der Regelungen zum Hinzuverdienst**

Mit dem Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten wird eine Flexibilisierung des Rentenzugangs, eine weitere Steigerung der Erwerbsquote Älterer und eine Verwaltungsvereinfachung angestrebt. Die geplanten Änderungen führen dazu, dass das Ende der Erwerbsphase und der Rentenbeginn stärker voneinander entkoppelt werden. Dies ermöglicht sowohl eine Verlängerung der Erwerbsphase als auch einen früheren Rentenbeginn, der flexibler als bisher mit einer Erwerbstätigkeit

verbunden werden kann. Allerdings ergeben sich hieraus auch finanzielle Mehrbelastungen für die Deutsche Rentenversicherung insbesondere dann, wenn vorgezogene Altersrenten abschlagsfrei in Anspruch genommen werden können. Der Gesetzentwurf benennt Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 Mio. EUR pro 1.000 durchschnittlicher vorgezogener Altersrenten. Dabei sind, wie nachfolgend noch dargestellt wird, die konkreten finanziellen Auswirkungen davon abhängig, wie viele Rentenbezieher, die ohnehin weitergearbeitet hätten, sich unter Geltung des neuen Rechts dazu entschließen, neben ihrer Erwerbstätigkeit die Rente zu beziehen.

Die Anhebung der Hinzuverdienstgrenzen bei den Renten wegen Erwerbsminderung verfolgt das Ziel, Rentenbeziehenden besser als bisher einen Weg zur Rückkehr in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Bessere Möglichkeiten zur Kombination von Rente wegen Erwerbsminderung und Beschäftigung können für diejenigen Personen eine Brücke bzw. einen Anreiz zur teilweisen oder vollständigen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben darstellen, deren Gesundheitszustand eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt oder eine Ausweitung der bisherigen Erwerbstätigkeit zulässt. Die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt kommt der Erreichung dieses Ziels entgegen.

### **Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten**

Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurde die Hinzuverdienstgrenze bei vorgezogenen Altersrenten für die Zeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze auf das 14fache der monatlichen Bezugsgröße angehoben. Diese Anhebung ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Ohne die nun vorgesehene Anschlussregelung würde die Hinzuverdienstgrenze bei vorgezogenen Altersrenten ab 1. Januar 2023 wieder 6.300 Euro betragen. Mit der vorübergehenden Anhebung der Hinzuverdienstgrenze bei den vorgezogenen Altersrenten wollte es der Gesetzgeber - vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie - diesem Personenkreis erleichtern, den Bezug einer Altersrente mit Erwerbstätigkeit zu verbinden und damit auch der Arbeitskräfteknappheit entgegenzuwirken.

Welche konkreten Anreize der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen auf die vorzeitige Inanspruchnahme von Altersrenten bei den hierfür in Frage kommenden Personengruppen hat und mit welchen Effekten auf das Erwerbsverhalten der Betroffenen zu rechnen ist, hängt von zahlreichen individuellen und arbeitsmarktbezogenen Faktoren sowie der wirtschaftlichen Entwicklung ab. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Rentenbeziehenden die neuen Möglichkeiten nutzt und entweder den Rentenbeginn vorzieht und



dennoch erwerbstätig bleibt oder die Erwerbstätigkeit über den ohnehin angestrebten Rentenbeginn hinaus verlängert bzw. ausweitet oder eine Kombination aus beidem anstrebt. Dafür können unterschiedliche, auch steuerliche Motive ausschlaggebend sein. Bei abschlagsfreien Altersrenten für besonders langjährig Versicherte ist der Anreiz für einen vorgezogenen Rentenbeginn besonders stark.

Durch den Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen bei den vorgezogenen Altersrenten wird sich der Verwaltungsaufwand für die Rentenversicherungsträger verringern, da die jährliche Überprüfung des erzielten Hinzuverdienstes und die Rückforderung überzahlter Renten entfällt.

### **Anhebung der Hinzuverdienstgrenzen bei den Renten wegen Erwerbsminderung**

Mit der deutlichen Anhebung der Hinzuverdienstgrenzen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und dem Wegfall des Hinzuverdienstdeckels werden Anreize gesetzt, neben der Erwerbsminderungsrente eine Beschäftigung aufzunehmen bzw. den Umfang einer bereits ausgeübten Beschäftigung auszuweiten. Für Personen mit Wiedereingliederungspotential kann dies eine Chance sein, dauerhaft wieder im Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

Da das Verfahren der Spitzabrechnung bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beibehalten wird, wird weiterhin jährlich zu prüfen sein, ob die Hinzuverdienstgrenzen eingehalten werden und ob gegebenenfalls überzahlte Beträge zurückgefordert werden müssen. Auch wird häufiger als bisher zu prüfen sein, ob sich die ausgeübte Beschäftigung noch im Rahmen des festgestellten Leistungsvermögens bewegt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine deutliche Ausweitung der Erwerbstätigkeit eine Rückkoppelung auf den Grundanspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben kann. Danach kann der Anspruch auf die Rente wegen Erwerbsminderung entfallen, sofern im jeweiligen Einzelfall die ausgeübte Beschäftigung das festgestellte Restleistungsvermögen von unter drei oder unter sechs Stunden überschreitet.

### **Finanzielle Auswirkungen der Neuregelungen**

Die Finanzwirkungen der geplanten Änderungen sind, wie oben bereits angedeutet, vor allem davon abhängig, wie sich die Betroffenen vor dem Hintergrund der neuen Hinzuverdienstregelungen verhalten werden. Relevante Verhaltensänderungen betreffen

- den Zeitpunkt der (Teil-)Beendigung der Erwerbsphase,
- den Zeitpunkt des Renteneintritts,
- den Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit und damit die Höhe des anzurechnenden Einkommens und
- den gewählten Teilrententeil.

Mit den bisherigen Regelungen zum Hinzuverdienst ist derzeit ein zeitliches Nacheinander von Erwerbseinkommen oberhalb der Minijobgrenze und Rentenbezug die Regel. Dieser Zusammenhang wird durch die Aufhebung der Hinzuverdienstgrenze aufgehoben. Die Finanzwirkungen unterscheiden sich je nachdem, ob es sich um abschlagsbehaftete oder abschlagsfreie Renten handelt.

Bei abschlagsbehafteten Altersrenten wird die durch den früheren Rentenbeginn entstehende längere Rentenlaufzeit individuell grundsätzlich durch versicherungsmathematisch kalkulierte Rentenabschläge kompensiert. Entsprechend werden im Einzelfall die zunächst anfallenden Mehrausgaben für die Rentenversicherung aufgrund des vorgezogenen Rentenbeginns durch die dauerhaft mit Abschlägen behaftete niedrigere Rente im Laufe der Zeit ausgeglichen. Werden mehrere Jahrgänge von Rentenzugängen betrachtet, erweitert sich das Bild: In jedem Zugangsjahr treten neue Jahrgänge mit vorgezogenen Renten hinzu. Bei abschlagsbehafteten Altersrenten wird ein Ausgleich von Mehrausgaben (durch vorgezogenen Rentenbeginn) und Minderausgaben (durch Abschläge) in einer Periode erreicht, wenn alle betreffenden Altersrenten im Rentenbestand abschlagsbehaftet sind. Bis zu diesem Zeitpunkt übersteigen die Mehrausgaben durch den früheren Rentenbeginn die Minderausgaben durch die Abschläge.

Diese Zusammenhänge gelten jedoch für abschlagsfreie Altersrenten nicht. Das betrifft Altersrenten für besonders langjährig Versicherte und Altersrenten für schwerbehinderte Menschen, die zwischen der speziellen abschlagsfreien Altersgrenze für diese Renten und der Regelaltersgrenze beginnen. Die Regelung setzt damit für Versicherte, die bis zur Regelaltersgrenze arbeiten wollen, erhebliche Anreize, den Rentenbezug vorzuziehen, während sie dem Arbeitsmarkt weiterhin zur Verfügung stehen. Für die Rentenversicherung entstehen in diesen Fällen dauerhafte Mehrausgaben, die im Laufe des Rentenbezugs nicht kompensiert werden.

Die im Gesetzentwurf genannte Größenordnung für die Mehrausgaben von 15 Mio. EUR pro 1.000 vorgezogene Altersrenten und Mehreinnahmen von 7 Mio. EUR pro

1.000 zusätzlichen Beitragszahlern pro Jahr kann nachvollzogen werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt die im Gesetzentwurf geäußerte Auffassung, dass eine genaue Bezifferung der Mehrausgaben angesichts der unklaren Verhaltenswirkungen und damit ungewissen Fallzahlen nicht möglich ist. Letzteres gilt auch für die Beitragsmehreinnahmen, die bei einer potenziellen Verlängerung der Erwerbsphase entstehen.

Die im Gesetzentwurf genannten zusätzlichen Aufwendungen von geschätzt 50 Mio. EUR bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann nachvollzogen werden. Diese Schätzung basiert auf dem Volumen der Ruhensbeträge bei den rund 14.000 Erwerbsminderungsteilrenten und den rund 3.500 Erwerbsminderungsrenten, die nicht gezahlt werden (sog. Nullrenten), im Rentenbestand am 31. Dezember 2021. Diese Mehrausgaben entstehen, wenn sich aufgrund der gesetzlichen Neuregelung – bei gleichem Umfang der Erwerbstätigkeit – häufiger eine Erwerbsminderungsvollrente oder grundlegend höhere Erwerbsminderungsteilrentenanteile ergeben. Mehreinnahmen können durch die Steigerung der Erwerbstätigkeit durch die Anhebung der Hinzuverdienstgrenzen entstehen.

Festzustellen ist damit, dass durch die Anhebung der Hinzuverdienstgrenzen sowohl Mehrausgaben als auch Mehreinnahmen entstehen können. Mehrausgaben werden durch den teilweisen Wegfall der Anrechnung des Hinzuverdienstes und ein mögliches Vorziehen des Rentenbeginns bewirkt, Mehreinnahmen durch die mögliche Ausweitung der Erwerbstätigkeit. Die Beitragsmehreinnahmen relativieren sich in allen Fällen bei Hinzuverdienst im Übergangsbereich, da dort im Verhältnis höhere Rentenanwartschaften entstehen. Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die beschriebenen Effekte eintreten, ist abhängig von den tatsächlichen Auswirkungen der Neuregelungen auf das Verhalten der Betroffenen. Dabei stehen Beitragsmehreinnahmen immer auch höhere Rentenanwartschaften gegenüber, die bei Altersrenten relativ kurzfristig zu höheren Rentenausgaben führen. Einem früheren Rentenbeginn stehen zum Teil langfristig höhere Rentenabschläge gegenüber. Bei abschlagsfreien Altersrenten ist dagegen eher von einem häufigeren Vorziehen des Rentenbeginns auszugehen.

Im Hinblick darauf, dass eine genaue Bezifferung der Mehrausgaben angesichts der unklaren Verhaltenswirkungen und damit ungewissen Fallzahlen nicht möglich ist, befürwortet die Deutsche Rentenversicherung die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Evaluation der Regelungen zum Hinzuverdienstrecht. Danach soll bis zum 31. Dezember 2027 evaluiert werden, ob die mit der Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten und der Einführung höherer Hinzuverdienstgrenzen für

Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten formulierten Ziele erreicht worden sind. Bei den vorgezogenen Altersrenten soll insbesondere untersucht werden, ob vermehrt eine Erwerbstätigkeit neben dem Rentenbezug aufgenommen wird oder vermehrt Beschäftigte einen vorzeitigen Renteneintritt wählen. Damit können gegebenenfalls Bedarfe für gesetzliche Anpassungen festgestellt werden.

### **Umsetzung des neuen Hinzuverdienstrechts**

Die Umsetzung des neuen Hinzuverdienstrechts erfordert eine Anpassung der Berechnungsprogramme im IT-System der Deutschen Rentenversicherung. Mit der Umsetzung wird am 1. Januar 2023 begonnen. Die Überprüfung aller hinzuverdienstabhängigen Teilrenten wird in der ersten Jahreshälfte 2023 abgeschlossen werden.

Für zukünftige Gesetzgebungsverfahren wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass insbesondere die digitale und verwaltungsarme Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen einen ausreichenden zeitlichen Vorlauf benötigt. Dieser ist einerseits im Hinblick auf die in diesen Bereichen bereits gebundenen und kurzfristig nicht erweiterbaren personellen Kapazitäten besonders im IT-Bereich als auch insoweit erforderlich, als neue Verfahren vorher getestet und nur zu geplanten technischen Einsatzterminen produktiv eingesetzt werden können.

### **IV. Ergänzung der Regelung des § 28q Absatz 1 SGB IV**

In der Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 4. Juli 2022 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) eine Ergänzung der Regelung des § 28q Abs. 1 Satz 5 SGB IV um die nach § 212 Abs. 5 Satz 3 des Sechsten Buches gespeicherten Daten angeregt (s. S. 35 – 36 der Stellungnahme). Diese Ergänzung, die nicht in den Geszentwurf übernommen wurde, ermöglicht eine gezieltere Prüfung bei den Einzugsstellen hinsichtlich der Feststellung der Beitragsansprüche. Es sollte deshalb eine entsprechende Ergänzung der Regelung vorgenommen werden.

## **Schriftliche Stellungnahme**

Deutscher Gewerkschaftsbund

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 3. Mai 2021  
um 15:30 Uhr zum

- a) Antrag der Abgeordneten Johannes Vogel (Olpe), Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
Arbeitsrecht updaten – Moderner Rechtsrahmen für orts- und zeitflexibles Arbeiten -  
BT-Drucksache 19/23678
- b) Antrag der Abgeordneten Jessica Tatti, Susanne Ferschl, Simone Barrientos, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
Für ein Recht auf gute Arbeit im Homeoffice - BT-Drucksache 19/26298
- c) Antrag der Abgeordneten Beate Müller-Gemmeke, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Recht auf Homeoffice einführen – Mobiles Arbeiten erleichtern - BT-Drucksache 19/13077

**siehe Anlage**

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu:

Antrag der Fraktion der FDP, BT-Drucksache 19/23678

Antrag der Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 19/26298

Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 19/13077

Aus Anlass der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales  
des Deutschen Bundestags

29.04.2021

## **Rahmenbedingungen für orts- und zeitflexibles Arbeiten, Homeoffice und mobile Arbeit**

Deutscher Gewerkschaftsbund  
DGB Bundesvorstand

### **I. Zu den Anträgen im Allgemeinen:**

**Abteilung Recht**

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen jede Aktivität, die darauf gerichtet ist, gute Arbeitsbedingungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei ortsflexiblen Arbeiten, inklusive Homeoffice, zu schaffen. Die drei vorliegenden Anträge unterbreiten Vorschläge für die Ausgestaltung eines solchen notwendigen rechtlichen Rahmens für mobiles Arbeiten. Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN stammt jedoch aus dem Jahr 2019, berücksichtigt also noch nicht die aktuellen Erfahrungen mit der massiven Zunahme mobilen Arbeitens im Zuge der Corona-Pandemie. Hingegen greifen die Anträge der Fraktion DIE LINKE sowie der FDP die Erfahrungen der letzten Monate auf – ziehen hieraus allerdings unterschiedliche Schlussfolgerungen.

rec@dgb.de

Telefon: 030-24060-0  
Henriette-Herz-Platz 2  
10178 Berlin

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie haben zu einer deutlichen Ausweitung von Arbeit außerhalb der betrieblichen Arbeitsplätze geführt. Ein knappes Viertel der Beschäftigten leistete im Januar 2021 ihre Arbeit ausschließlich oder überwiegend von zuhause aus; weitere 14 % an wechselnden Orten (HBS 2021). Nach Angaben des BMAS arbeiteten zuletzt 49 % der Beschäftigten überwiegend oder zeitweise im Homeoffice; davon 56 % mehr als 80 % der Arbeitszeit. Diese Erfahrungen haben die Potenziale des mobilen Arbeitens, aber auch die damit verbundenen Herausforderungen und Risiken besonders deutlich gemacht. So ist mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice bei weit mehr Tätigkeiten möglich, als noch vor einem Jahr vielfach von Arbeitgebern oder Dienstherren behauptet. Ungeregelt führt es aber oft zu unbezahlten Überstunden und kann die Gesundheit der Beschäftigten sowie deren Privatleben belasten. Zugleich haben insbesondere die Erfahrungen unter den Corona bedingten Einschränkungen einmal mehr deutlich gemacht, dass sich das mobile Arbeiten im Homeoffice mit der zeitgleichen Betreuung von Kindern nicht vereinbaren lässt. Und es gibt es Anzeichen, dass Unternehmen gezielt mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice ausweiten wollen, um Büroflächen zu reduzieren und Kosten einzusparen.

[www.dgb.de/recht](http://www.dgb.de/recht)

Mit diesen Erfahrungen setzen sich die Anträge in unterschiedlichem Umfang auseinander.



## II. Zum Antrag der Bundestagsfraktion der FDP

### a. Allgemeine Einschätzung

Der Antrag der Fraktion der FDP greift die Erfahrungen der letzten Monate auf, also die als Folge der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung rapide Zunahme der digitalen und vernetzten, örtlich wie zeitlich flexiblen Arbeit. Diese Erfahrungen zeigen, so der Antrag, dass die Schutzregeln des Arbeitsrechts und des Arbeitsschutzes zu starr seien und abgebaut gehören. Dabei zitiert die FDP in ihrem Antrag allerdings Erhebungen aus der Zeit lange vor der Corona-Pandemie, etwa auf die aus dem Jahr 2016 stammenden Daten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), welche belegen, dass über 90 % der Beschäftigten, die Homeoffice nutzen, diese Arbeitsform als einen Beitrag zu mehr Vereinbarkeit von Beruf und Familie betrachten. Auch hinsichtlich der Verbreitung von Homeoffice beruft sich der Antrag auf Daten aus dem Jahr 2016. Die aktuellen Erfahrungen vieler Beschäftigten, die seit mehreren Monaten durchgehend oder jedenfalls zum großen Teil mehr oder weniger freiwillig von zuhause aus arbeiten, finden in der Antragsbegründung hingegen keine Berücksichtigung. Einschlägige Erhebungen zeigen aber, entgegen der Grundannahme des Antrags der FDP, wie wichtig den Beschäftigten nach den Erfahrungen der letzten Monate klarer Schutz- und Regelungsrahmen ist, um der Entgrenzung der Arbeit im Homeoffice entgegenzuwirken. Unterschiedliche aktuelle empirische Erhebungen (WSI Report 65, April 2021, boeckler.de) zeigen zwar eine hohe allgemeine Zufriedenheit, jedoch gleichzeitig deutlich erhöhte Belastungen, die insbesondere Frauen betreffen (Homeoffice-Paradox).

### b. Arbeitsschutz (Ziff. 1)

Die FDP fordert in ihrem Antrag (unter **Ziff. 1**) eine Klarstellung, dass bei mobiler Arbeit zwar das Arbeitsschutzgesetz, nicht aber die Arbeitsstättenverordnung einschlägig ist. Diese Klarstellung lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ab. Bereits nach der geltenden Rechtslage gilt die Arbeitsstättenverordnung nur bei vertraglich vereinbarter Telearbeit entsprechend der Definition des § 2 Abs. 7 ArbStättV, somit in den Fällen, in den auf Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung zwischen den Arbeitsvertragsparteien ein Arbeitsplatz in den privaten Räumlichkeiten des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber vollständig eingerichtet wird. Die Fallkonstellationen des sog. mobilen Arbeitens unterhalb der Anforderungen des § 2 Abs. 7 ArbStättV sind von dem Geltungsbereich der Verordnung gar nicht erfasst, so dass eine entsprechende Klarstellung nicht erforderlich ist – im Gegenteil, es wäre sinnvoll zu prüfen, inwieweit mobile Arbeit inklusive Homeoffice in den Geltungsbereich der Arbeitsstättenverordnung aufgenommen werden kann. Sie unterliegen aber sehr wohl den allgemeinen Vorgaben des Arbeitsschutzrechts. Auch hiergegen richtet sich erkennbar die Kritik des Antrags, indem es heißt, der Arbeitgeber solle nicht den Lichteinfall am häuslichen Arbeitsplatz kontrollieren. Diese Kritik können der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften nicht nachvollziehen. Es ist richtig und wichtig, dass Arbeitgeber im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG) verpflichtet sind (und bleiben), die Arbeitsbedingungen unter Arbeitssicherheitsgesichtspunkten am Arbeitsplatz im Home-



office zu beurteilen. Dies beinhaltet zwar keine Kontrollpflicht des Homeoffice-Arbeitsplatzes, erfordert aber eine genaue Befragung zu den häuslichen Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Unterweisung der Mitarbeiter auch hinsichtlich der Vorgaben der Betriebssicherheitsverordnung für Arbeitsmittel oder der Ausrichtung des Arbeitsplatzes. Gerade dort, wo ein fest eingerichteter Bildschirmarbeitsplatz fehlt, müssen besonders sorgfältig potenzielle Gesundheitsgefährdungen erkannt und im Rahmen einer ordnungsgemäßen Unterweisung von Beschäftigten minimiert werden. Schließlich liegt es im Interesse beider Arbeitsvertragsparteien, dass auch im häuslichen Bereich sichere und gesunde Arbeitsbedingungen herrschen, damit die Arbeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen und der damit verbundenen Ausfallkosten für Unternehmen erbracht werden kann. Umso verständlicher ist es, dass in vielen Betrieben die Pflicht zur Gefährdungsbeurteilung missachtet wird, während die Arbeit von zuhause aus von Beschäftigten oft als besonders belastend empfunden wird („Report 2020: Mehr als Homeoffice – Mobile Arbeit in Deutschland“ und „Homeoffice im öffentlichen Dienst“, beide DGB-Index Gute Arbeit).

### **c. Rechtsanspruch auf Erörterung (Ziff. 2)**

In ihrem Antrag unter **Ziff. 2** fordert die FDP einen „Rechtsanspruch auf Erörterung“ der Möglichkeiten des mobilen Arbeitens – offensichtlich als eine Alternative zu dem Rechtsanspruch auf mobiles Arbeiten. Auch diesen Vorschlag lehnen der DGB und seine Mitgewerkschaften ab. Denn selbst wenn man mit dem Wortlaut des Antrags davon ausgehen würde, dass es sich hier um einen echten Rechtsanspruch der Beschäftigten (also deren gerichtlich durchsetzbare Rechtsposition) handeln sollte, ermöglicht dieser den Beschäftigten lediglich die Durchsetzung der Erörterung, nicht aber auf die Durchsetzung der Bestimmung des Arbeitsortes. Damit verbliebe die Entscheidung über den Arbeitsort nach einer durchgeführten Erörterung – selbst bei Tätigkeiten, die ohne weiteres von zuhause aus erledigt werden können – in der ausschließlichen Entscheidungshoheit des Arbeitgebers. Das erscheint nicht sachgerecht. Der DGB und seine Mitgliedgewerkschaften fordern deshalb die Einführung eines Rechts auf selbstbestimmtes mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice für Beschäftigte, durchzusetzen über einen individuellen Rechtsanspruch, das durch Tarifverträge und Mitbestimmung in Betrieben und Verwaltungen (mittels Betriebs- oder Dienstvereinbarung) auszugestalten ist und den Arbeits- und Gesundheitsschutz sicherstellt.

### **d. Arbeitszeit (Ziff. 3)**

In ihrem Antrag zu **Ziff. 3** fordert die FDP Lockerungen des Arbeitszeitgesetzes durch den Wechsel von der Höchsttagesarbeitszeit hin zu einer wochenweisen Berechnung der höchstzulässigen Arbeitszeiten. Die auf der Grundlage des geltenden Arbeitszeitgesetzes bereits vorhandenen Gestaltungsspielräume sind völlig ausreichend, um weitgehende und nötige Flexibilität für beide Seiten des Arbeitsverhältnisses zu sichern. Das belegen u. a. die aktuellen Tarifabschlüsse unserer Mitgliedsgewerkschaften, die im Rahmen des geltenden Rechts vielfältige Bedürfnisse der Beschäftigten und der Arbeitgeber bei der Ausgestaltung der Arbeitszeit berücksichtigen.





Das Arbeitszeitgesetz ermöglicht in jedem einzelnen Arbeitsverhältnis (auch ohne Tarifvertrag) bis zu zehn Stunden reine Arbeitszeit am Tag an sechs Werktagen (60 Stunden pro Woche, s. § 3 ArbZG), wenn innerhalb eines halben Jahres ein Ausgleich auf durchschnittlich 48 Stunden wöchentlich (= acht Stunden werktäglich) erfolgt. Der Zeitraum, innerhalb dessen die tägliche Höchstarbeitszeit vereinbart werden kann, ist lediglich durch die Ruhezeit von elf Stunden begrenzt. Damit können alle Arbeitgeber – auch die nicht tarifgebundenen – mit ihren Beschäftigten innerhalb eines Tages im Zeitraum von 13 Stunden (24 - 11 Stunden Ruhezeit) jetzt schon je zehn Stunden reiner Arbeitszeit an sechs Tagen in der Woche über mehrere Wochen vereinbaren, ohne in einen Konflikt mit dem geltenden Arbeitszeitrecht zu geraten.

Innerhalb dieses weiten Zeitraums lässt sich nach geltendem Recht auch der durch familiäre Anforderungen begründete Wunsch von Beschäftigten verwirklichen, die Arbeit vorzeitig zu beenden, um am Nachmittag und Abend Zeit mit den Kindern verbringen zu können und anschließend zu Hause weiterzuarbeiten. Dieses vielfach bemühte Beispiel, das auch im Antrag der FDP genannt wird, zeugt allerdings von einer gewissen Realitätsferne: Die Statistiken und Erhebungen zeigen eindeutig, dass (a) viele Beschäftigte gar nicht die Möglichkeit haben, über die Lage der Arbeitszeit zu bestimmen, (b) aber die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten ihre Arbeit deshalb mit nach Hause nimmt, weil sie die große Menge der Arbeitsaufgaben in der dafür vorgesehenen Zeit nicht bewältigen kann. Arbeit am Feierabend resultiert vor allem aus Arbeitsverdichtung/Arbeitsmenge und ist selten eine Folge selbstbestimmter Arbeits- und Zeiteinteilung. Die Beschäftigtenbefragung des DGB-Index Gute Arbeit zeigt, dass mobiles Arbeiten überdurchschnittlich häufig mit sehr langen Arbeitszeiten verbunden ist. Etwa ein Sechstel der mobil Beschäftigten arbeitet länger als 48 Stunden pro Woche. Der hohe Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Arbeitszeit, den die mobilen Beschäftigten in der Befragung erkennen lassen, schlägt sich nicht in weniger belastenden Arbeitszeiten nieder. Offenbar wird der bestehende Handlungsspielraum durch hohe Arbeitsbelastungen konterkariert: Von den Beschäftigten, die ihrer Arbeit an einem festen Arbeitsplatz nachgehen, fühlen sich 46 % bei der Arbeit (sehr) häufig gehetzt. Bei den verschiedenen mobilen Formen liegt der Anteil der Beschäftigten mit Arbeitshetze zwischen 54 und 62 %.<sup>1</sup> Diese Problemlage hat sich in der aktuellen Situation aufgrund des Wegfalls bzw. der Einschränkung der Betreuungsinfrastruktur noch einmal drastisch verschärft. Eine noch weiterreichende Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens entspricht weder aktuell noch generell den Bedürfnissen der Beschäftigten.

---

<sup>1</sup> DGB-Index Gute Arbeit (2020): Report 2020. Mehr als Homeoffice – Mobile Arbeit in Deutschland, S. 11.

Beschäftigte, die aufgrund der Corona-Pandemie ab März 2020 ihre Arbeit erstmals im Homeoffice erledigt haben, wurden in den Auswertungen für diese mobile Arbeitsform nicht berücksichtigt. Die Daten und Aussagen über die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Homeoffice beziehen sich auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die auch schon vor Corona von zu Hause aus gearbeitet haben.



Der Antrag der FDP verkennt, dass das Arbeitszeitgesetz ein Arbeitsschutzgesetz ist und die Beschäftigten vor Überbelastung schützen soll. Erholung lässt sich nach arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen nicht aufschieben (Arbeitszeitbefragung: Pendeln, Telearbeit, Dienstreisen, wechselnde und mobile Arbeitsorte, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2020) und bedarf gesetzter Grenzen. Kaum ein anderer Arbeitsschutzaspekt ist so gut erforscht wie der Acht-Stundentag und die Notwendigkeit von Pausen- und Erholungszeiten. Eine Verabschiedung eines seit über 100 Jahren bestehenden Eckpunktes in der Arbeitsgestaltung, wie die Begrenzung der täglichen Arbeitszeit, ist nicht verantwortbar.

#### **e. Erweiterung der Tariföffnungsklauseln (Ziff. 4)**

Kritisch zu bewerten ist die **unter Ziff. 4** geforderte Lockerung der tariflichen Öffnungsklauseln im Arbeitszeitgesetz. Die im geltenden ArbZG vorhandenen Tariföffnungsklauseln ermöglichen jetzt schon weitreichende Arbeitszeitflexibilität. Über Tarifverträge können sowohl die tägliche Arbeitszeit verlängert als auch die tägliche Ruhezeit verkürzt werden – die bestehenden Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Arbeitszeit sind dabei ausreichend, das zeigen auch zahlreiche Tarifabschlüsse der DGB-Mitgliedsgewerkschaften der letzten Jahre. Die Arbeitszeitflexibilität stand in den letzten Jahren auf der tarifpolitischen Agenda mehrerer DGB-Mitgliedsgewerkschaften und hat zu mehreren erfolgreichen Abschlüssen geführt. Tarifverträge unserer Mitgliedsgewerkschaften regeln Arbeitszeiten jenseits eines Acht- oder Zehn-Stunden-Arbeitstages oder bestimmen Arbeitszeitkorridore, innerhalb deren die tägliche Arbeitszeit bedarfsorientiert oder von den Beschäftigten individuell bestimmt abgeleistet werden kann (u. a. Manteltarifvertrag Chemie, Tarifvertrag Telekom u.v.a.m.). Mehrere Tarifverträge ermöglichen jetzt schon eine Verkürzung der Ruhezeit (u. a. Tarifvertrag zum Mobilen Arbeiten 2018 Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg, TV Chemie Moderne Arbeitswelten 2019). Weitergehender Flexibilisierungsbedarf besteht nicht und ist im Sinne der Gesundheit der Beschäftigten abzulehnen.

#### **f. Erweiterung der gesetzlichen Unfallversicherung (Ziff. 5)**

Der Vorschlag zu **Ziff. 5**, die gesetzliche Unfallversicherung so anzupassen, dass auch mobiles Arbeiten durch die entsprechenden Regelungen abgedeckt wird, wird grundsätzlich begrüßt. Der DGB teilt die Auffassung, dass Beschäftigte auch bei der Arbeit von zuhause aus vollständig vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung profitieren müssen und dürfen nicht schlechter gestellt werden als Beschäftigte, die ihre Tätigkeit in den Räumen der Arbeitsgeber ausüben. Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, welche im Homeoffice die Wege zur Toilette oder zur Nahrungsaufnahme in der Küche als eigenwirtschaftliche Tätigkeiten und damit nicht versichert definiert, sollte durch den Gesetzgeber an die für Betriebe geltenden Maßstäbe angepasst werden.



Zur unfallversicherungsrechtlichen Gleichstellung des Arbeitens im Homeoffice mit dem Arbeiten im Betrieb oder der Dienststelle gehört auch, dass der Weg vom Homeoffice zur Kindertagesstätte und zurück unter den Unfallversicherungsschutz fallen muss.

Der Einschätzung, dass auch bei Haftungs- und Datenschutzfragen die betrieblichen Maßstäbe gelten sollen, ist grundsätzlich zuzustimmen.

### **g. Digitalisierung der Betriebsratsarbeit (Ziff. 6)**

Der Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Betriebsratswahlen und der Betriebsratsarbeit in einer digitalen Arbeitswelt (Betriebsrätemodernisierungsgesetz), zu dem der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften bereits Stellung genommen haben, sieht eben diese Regelungen für Betriebsratssitzungen bzw. Beschlussfassungen mithilfe von Video- und Telefonkonferenzen vor. Dies muss unter der Maßgabe erfolgen, dass die Präsenzsitzung der „Normalfall“ bzw. die virtuellen Formate die „Ausnahmen“ bleiben und zudem der Betriebsrat unzweifelhaft allein darüber entscheidet, welche Sitzungsform gewählt wird, der Arbeitgeber demnach nachhaltig daran gehindert wird, Einfluss auf diese Entscheidung auszuüben, bspw. aus Kostengründen. Für eine detaillierte Bewertung verweisen wir auf die o. a. Stellungnahme.

## **III. Zum Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE**

### **a. Allgemeine Einschätzung**

Der Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE enthält eine Vielzahl an Reformvorschlägen, mit dem gute Arbeit im Homeoffice erreicht werden soll. Sowohl die Einschätzung der Situation der Beschäftigten im Homeoffice als auch die darauf aufbauenden Gestaltungsvorschläge stimmen mit der Einschätzung und den Vorschlägen des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften weitgehend überein. Der Antrag ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Einzelnen sind jedoch einige der Vorschläge korrekturbedürftig.

### **b. Individuellen Rechtsanspruch auf Homeoffice (Ziff. 1 lit. a – c)**

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Forderung nach einem gesetzlich geregelten, individuellen Rechtsanspruch auf Homeoffice für Beschäftigte (**unter 1**), bei welchem der betriebliche Arbeitsplatz beibehalten (**lit. a**), Homeoffice für Beschäftigte freiwillig bleibt und das Rückkehrrecht auf den betrieblichen Arbeitsplatz gesichert ist (**lit. b**). Denn die Grundlage des gesetzlichen Rahmens für mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice muss zwingend die Gewährleistung sein, dass die Beschäftigten die Entscheidung über mobiles Arbeiten frei vom Zwang treffen und mit einer Ankündigungsfrist widerrufen können. Nur so bleibt der arbeitsrechtliche Grundsatz erhalten, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, für die fremdbestimmte und fremdnützliche Arbeit der Arbeitnehmer\*innen die Arbeitsorganisation zu übernehmen und damit sowohl die Arbeitsmittel als auch den Arbeitsplatz in der Arbeitsstätte zur Verfügung stellen muss. Ansonsten besteht die Gefahr,



dass zunehmend Arbeiten nur noch im Homeoffice getätigt werden, Arbeitsplätze im Betrieb wegfallen und eine Freiwilligkeit dann de facto nicht gegeben ist.

Den Beschäftigten darf aufgrund des Wunsches, der Inanspruchnahme, der Ablehnung oder der Beendigung des selbstbestimmten mobilen Arbeitens kein Nachteil entstehen. Der Grundsatz der Freiwilligkeit muss der Maßstab sein und eine – wenn auch schleichende – Umwandlung selbstbestimmter, zeitweiliger mobiler Arbeit inklusive Homeoffice zu einer längerfristigen, unfreiwilligen Arbeit im Privatbereich der Beschäftigten ist auszuschließen. Da der Anspruch auf mobile Arbeit inklusive Homeoffice ausdrücklich kein „Entweder-oder“ bedeuten darf, ist der betriebliche Arbeitsplatz weiterhin vorzuhalten. Die Ablehnung der gewünschten Ausgestaltung soll nur möglich sein, wenn diese aus dringenden betrieblichen Gründen nicht realisierbar ist. Das entspricht dem Vorschlag zu **lit. c**.

#### **c. Ausstattung des Arbeitsplatzes und Kostenübernahme (Ziff. 1 lit. d- e)**

Die Forderung nach Finanzierung der Ausstattung des häuslichen Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber (**lit. d**) und die Kostenübernahme für entstandene Aufwendungen (**lit. e**) ist schlussfolgerichtig: Der Arbeitgeber hat dem Arbeitnehmer die erforderlichen Arbeitsmittel auf seine Kosten zur Verfügung zu stellen, dies umfasst unter anderem auch die Kosten für die Anschaffung der Arbeitsmittel sowie für deren Wartung, Reparaturen und Pflege.

Auch bei freiwilliger Arbeit im Homeoffice muss beachtet werden, dass zu den grundsätzlich typischen Merkmalen des Arbeitsverhältnisses gehört, dass die Arbeit fremdbestimmt und fremdnützlich sowie durch den Arbeitgeber organisiert wird, so dass er verpflichtet ist, die Arbeitsmittel und die Arbeitsstätte zur Verfügung zu stellen.

Stellt der Arbeitgeber dem im Homeoffice tätigen Mitarbeiter die erforderlichen Arbeitsmittel trotz seiner grundsätzlichen Verpflichtung nicht zur Verfügung, kann der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber diejenigen Aufwendungen ersetzt verlangen, die er im Hinblick auf seine Arbeitspflicht einerseits für erforderlich halten durfte und die andererseits im überwiegenden Interesse des Arbeitgebers lagen. Hinzukommt der Aspekt, ob Arbeitsmittel notwendig sind um ein sicheres und gesundes Arbeiten zu gewährleisten. Die für ein solches Arbeiten notwendige Ausstattung ergibt sich theoretisch aus der auf mobile Arbeit angepassten Gefährdungsbeurteilung. Da diese Rechtsvorschrift jedoch nahezu ungestraft von der Hälfte der deutschen Unternehmen vernachlässigt wird, wissen die meisten Beschäftigten noch nicht einmal welche Arbeitsmittel in ihrem Falle notwendig sind für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung.

#### **d. Qualifizierungsangebote (Ziff. 1 lit. f)**

Zu begrüßen ist der Vorschlag, wonach der Arbeitgeber verpflichtet wird, die Beschäftigten im Homeoffice durch entsprechende Schulungsangebote zu unterstützen (**lit. f**). Der DGB



teilt die Auffassung, dass Arbeitgeber die Selbstorganisation der Beschäftigten für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten durch Unterweisungs- und Qualifizierungsangebote innerhalb der Arbeitszeit unterstützen muss und insbesondere die Führungskräfte qualifiziert um ein gutes „Führen auf Distanz“ zu ermöglichen.

#### **e. Arbeitszeit und Zeiterfassung (Ziff. 2 lit. a)**

Zu begrüßen sind weitergehende Vorschläge unter **Ziff. 2** des Antrags. Richtigerweise weist der Antrag darauf hin, dass die geleistete Arbeitszeit – auch bei mobiler Arbeit inklusive Homeoffice – zu erfassen, zu dokumentieren und vollumfänglich zu vergüten ist (**lit. a**). Die Verpflichtung des Arbeitgebers oder Dienstherrn zur vollständigen Erfassung der Arbeitszeiten folgt – auch über den Bereich des mobilen Arbeitens hinaus – unmittelbar aus dem Unionsrecht (Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 14. Mai 2019 (C- 55/18). Bei der Ausgestaltung des gesetzlichen Ordnungsrahmens für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten dürfen keine Ausnahmen von dieser grundsätzlichen Verpflichtung geschaffen werden.

Der DGB hat zu dieser Frage im Rahmen der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales am 14. September 2020 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE, BT-Drs. 19/17134 sowie der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 19/20585 Position bezogen, wir verweisen auch auf unsere detaillierte schriftliche Stellungnahme.

#### **f. Beschäftigtendatenschutz (Ziff. 2 lit. b)**

Zutreffend ist die Forderung nach einem eigenständigen Gesetz zum Schutz von Beschäftigtendaten (**lit. b**). In einem solchen eigenständigen Gesetz sind sämtliche arbeitnehmerbezogenen daten(schutz)rechtlichen Aspekte des Arbeitslebens zu berücksichtigen. Dazu gehört auch, dass die Verwendung von Daten, die unter Verletzung des Datenschutzrechts erhoben wurden nicht gegen die Beschäftigten verwendet werden dürfen und zudem zulasten des Schädigers pönalisierende Wirkung haben.

#### **g. Unfallversicherung (Ziff. 2 lit. c)**

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen auch die Forderung nach Erweiterung des Schutzes der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Ziel, sämtliche Fallkonstellationen der Homeoffice-Arbeit entsprechend dem betrieblichen Schutz anzugleichen (**lit. c**, s. dazu ausführlich zum Antrag der FDP, dort zu Ziff. 5).

#### **h. Erweiterung der Mitbestimmungsrechte (Ziff. 2 lit. d)**

Zu begrüßen ist auch der Vorschlag zur Erweiterung der Mitbestimmungsrechte (**lit. d**), wobei der Schwerpunkt aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften vor allem



auf dem zwingenden Mitbestimmungsrecht für Betriebsräte bei der Einführung und Ausgestaltung mobiler Arbeit liegen muss. Das geplante Mitbestimmungsrecht im Entwurf des Betriebsrätemodernisierungsgesetzes geht hier aus Sicht des DGB nicht weit genug (vgl. Stellungnahme zum Betriebsrätemodernisierungsgesetz). Da bei der Arbeit an selbstbestimmten Orten und mit flexiblen Arbeitszeiten die besondere Gefahr der Entgrenzung und Überlastung besteht, sind zudem Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte bei einer Arbeitssteuerung über Zielvorgaben hinsichtlich der systematischen Überprüfung der inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen zu erweitern. Zudem müssen Mitbestimmungsrechte bei der Personalplanung sowie hinsichtlich der Arbeitsinhalte und der Personalbemessung (§§ 90, 91, 92 BetrVG) erweitert werden.

### **i. Ehegattensplitting**

Der DGB hält die geltende einkommensteuerrechtliche Ausgestaltung der Besteuerung von Ehepaaren familien- und gleichstellungspolitisch weder für gerecht noch für zeitgemäß. Sie hat in der gegenwärtigen Form erhebliche Auswirkungen auf die Beteiligung von Männern und Frauen am Erwerbsleben und damit auf die Verteilung der Einkommen zwischen ihnen. Die ungleiche Beteiligung an der bezahlten Erwerbsarbeit geht einher mit der ungleichen Verteilung der unbezahlten Reproduktionsarbeit im Haushalt, bei Unterstützung und Pflege von Angehörigen sowie Betreuung und Erziehung von Kindern. Deshalb strebt der DGB eine grundlegende Reform der Besteuerung von Ehepaaren an. Maßgebliches Ziel des DGB ist die bedarfsgerechte Förderung aller Kinder und Jugendlichen sowie die gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen an der Erwerbs- und Familienarbeit. Die dafür nach Auffassung des DGB erforderlichen Schritte sind im steuerpolitischen Gesamtkonzept des DGB näher beschrieben.<sup>2</sup>

### **j. Flankierende Maßnahmen: Recht auf Nichterreichbarkeit (Ziff. 3 lit. a)**

Die unter **Ziff. 3** geforderten flankierenden Maßnahmen sind differenziert zu bewerten: Es ist zwar richtig, dass Beschäftigte im Homeoffice ein Recht auf Nichterreichbarkeit brauchen (**lit. a**). Hier besteht aber in erster Linie ein Rechtsdurchsetzungsproblem. Beschäftigte in Deutschland – auch diejenigen im Homeoffice – haben nach der geltenden Rechtslage das Recht, außerhalb der vereinbarten Arbeitszeit für ihre Arbeitgeber nicht erreichbar zu sein. Denn ohne gesonderte Vereinbarung sind Beschäftigte nicht verpflichtet, außerhalb der vereinbarten Arbeitszeit dem Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen. Die digitalen und elektronischen Erreichbarkeitmöglichkeiten (mobile Endgeräte etc.) führen jedoch zu erhöhten Erreichbarkeitserwartungen mancher Arbeitgeber, wodurch in der Praxis dieser Grundsatz oft missachtet wird. Daher sind Vorschläge zu begrüßen, die darauf zielen, die

---

<sup>2</sup> Steuerpolitisches Gesamtkonzept des DGB, 2021, S. 13ff.  
<https://www.dgb.de/-/0Fe>



Durchsetzung des (bestehenden, aber oft nicht beachteten) Rechts auf Nichterreichbarkeit zu stärken.

**k. Wiedereinführung der Unterweisung (Ziff. 3 lit. b), Anti-Stress-Verordnung (Ziff. 3 lit. c)**

Die Forderung der Wiedereinführung der Unterweisung der Beschäftigten (**lit. b**) verkennt, dass Arbeitgeber bereits nach dem geltenden § 12 ArbSchG verpflichtet sind, Beschäftigte nach einer durchgeführten Gefährdungsbeurteilung zu unterweisen – das gilt im Betrieb genauso wie im Homeoffice. Auch hier handelt es sich um ein Rechtsdurchsetzungsproblem und kein Regelungsdefizit.

Die Forderung nach Einführung einer Anti-Stress-Verordnung (**lit. c**) wird begrüßt. In der aktuellen Situation zeigt sich deutlich, wie wichtig eine konkrete Regelung wäre, die das Ziel des Arbeitsschutzgesetzes, psychische Belastungen zu minimieren, konkretisiert. Gerade in Verbindung mit mobiler Arbeit treten verstärkt belastende Faktoren wie etwa die soziale Isolation, erschwerte Gestaltung sozialer Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten oder Belastung im Zusammenhang mit der Arbeitsmenge und Geeignetheit von Arbeitsaufgaben, die Arbeitgeber auf Grundlage einer verbindlichen Regelung stärker in den Blick nehmen müssten.

**I. IT-Sicherheit und Datenschutz (Ziff. 3 lit. d)**

Zuzustimmen ist schließlich auch der Forderung, dass Arbeitgeber die IT-Sicherheit und den Datenschutz im Homeoffice sicherstellen müssen (**lit. d**) und die Beschäftigten (nicht nur, aber auch in Bezug auf den durch ein eigenständiges Beschäftigtendaten-Schutzgesetz geschaffenen Rahmen) im Gebrauch der Betriebsmittel geschützt werden müssen.

**IV. Zum Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis90/DIE GRÜNEN**

**a. Allgemeine Einschätzung**

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN fordert in ihrem Antrag einen gesetzlichen Ordnungsrahmen zur Verwirklichung von guten Arbeitsbedingungen im Homeoffice und beim mobilen Arbeiten an einem selbstgewählten Ort. Der Antrag ähnelt in vielen Punkten dem Antrag der Fraktion DIE LINKE, so dass auf die zu diesem Antrag vorgenommene Bewertung verwiesen wird. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Vorschläge des Antrags der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN.

**b. Recht auf mobiles Arbeiten (Ziff. 1 – 3)**

Die Vorschläge zu **Ziff. 1 - 3** entsprechen weitgehend den Vorschlägen zu 1 lit. a) - c) des Antrags der Fraktion die LINKE (s. Bewertung dort) und sind zu begrüßen. Zu konkretisieren wäre allerdings, dass für die Durchsetzung des Rechts auf mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice ein individueller Rechtsanspruch einzuführen wäre.





### **c. Arbeitsausstattung und Arbeitsschutz (Ziff. 4 und 5)**

Zutreffend ist die Forderung unter **Ziff. 4** des Antrags, wonach geregelt werden soll, dass die benötigten mobilen Arbeitsgeräte bei Bedarf von den Unternehmen gestellt bzw. gewartet werden und dann den gängigen Arbeitsschutzanforderungen entsprechen müssen (s. Bewertung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE). Die unter **Ziff. 5** genannten Anforderungen betreffend der Anwendbarkeit des Arbeitsschutzes (s. Bewertung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE zu Ziff. 1 lit. d und e sowie der Fraktion der FDP zu Ziff. 1), insb. die Verpflichtung zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, gelten bereits, werden aber oft nicht eingehalten. Der Vorschlag von konkretisierenden und klarstellenden Hinweisen ist sinnvoll, sollte daher mit Vorschlägen zur Sanktionierung von Verstößen seitens der Arbeitgeber bei Nichteinhaltung bzw. Verbesserung der Durchsetzung unterlegt werden. Sonst bleibt es bei der bisherigen, sehr unbefriedigenden Situation, dass Beschäftigte mit unzureichender technischer Arbeitsausstattung und unzureichenden Kommunikationswegen arbeiten, bis sie erkranken.

### **d. Arbeitszeit und Arbeitszeiterfassung (Ziff. 6)**

Der Antrag weist zutreffend darauf hin (**Ziff. 6**), dass das Arbeitszeitgesetz beim mobilen Arbeiten gilt und die Rechtsprechung des EuGH nachvollzogen werden muss. Zur Bewertung verweisen wir auf die Ausführungen zu Ziff. 2 lit. a des Antrags der Fraktion DIE LINKE. Wir verweisen zudem auf unsere detaillierte Stellungnahme aus Anlass der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales am 14. September 2020 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE, BT-Drs. 19/17134 sowie der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 19/20585.

### **e. Erweiterung der Mitbestimmungsrechte (Ziff. 7)**

Begrüßt werden die Forderungen nach Erweiterung der Mitbestimmungsrechte für Betriebs- und Personalräte bezogen auf die Menge der Arbeit bzw. die Zielvorgaben (**Ziff. 7**). In erster Linie ist aber ein zwingendes Mitbestimmungsrecht für Betriebsräte bei der Einführung und Ausgestaltung mobiler Arbeit notwendig, welches vom Antrag nicht genannt wird. Dieses Mitbestimmungsrecht muss über den Entwurf des Betriebsrätemodernisierungsgesetz hinausgehen, welches lediglich ein Mitbestimmungsrecht für die „Ausgestaltung“, nicht für die „Einführung“ mobiler Arbeit vorsieht und dies nur, wenn diese mittels Informations- und Kommunikationstechnik erbracht wird.

### **f. Weitere Forderungen (Ziff. 8)**

Die Forderungen unter **Ziff. 8** des Antrags (Unfallversicherung, Haftungsfragen, Datenschutz und Beschäftigtendatenschutzgesetz) werden begrüßt. Zur Bewertung verweisen wir auf die Bewertung des Antrags der FDP (Ziff. 5) sowie – betreffend des Beschäftigtendatenschutzes auf die Bewertung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE zu Ziff. 2 lit. b.





## **V. Abschließende Bemerkung**

Der DGB hat im November 2020 ein Positionspapier beschlossen, das zeigt, welchen gesetzlichen Rahmen wir in Zukunft für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten brauchen. Dieses Papier fügen wir der Stellungnahme bei.



**DGB-Bundesvorstand**

23. November 2020

**Positionspapier des DGB für einen gesetzlichen Ordnungsrahmen  
für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice**

Die Digitalisierung eröffnet den Beschäftigten neue Möglichkeiten für mehr Arbeitszeit- und Arbeitsortsouveränität. Um diese in der betrieblichen Praxis besser realisieren zu können, fordern der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften einen gesetzlichen Gestaltungsrahmen für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten – inklusive Homeoffice. Viele Beschäftigte wollen zumindest zeitweise unabhängig vom festen Arbeitsplatz arbeiten und sich die Arbeitszeit selbstbestimmter einteilen können. Dies erspart zum Beispiel belastende Pendelzeiten und kann die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben vereinfachen. Jedoch besteht auch in Beschäftigungsverhältnissen, in denen mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice grundsätzlich möglich ist, noch immer eine ausgeprägte Anwesenheitskultur, die mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice erschwert. Häufig haben Beschäftigte keinen oder nur geringen Einfluss auf die Bestimmung der Lage der Arbeitszeit. Dies beeinträchtigt die Arbeitszeitsouveränität. Darüber hinaus erschwert die mangelnde Ausstattung mit digitalen Endgeräten selbstbestimmtes mobiles Arbeiten.

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie haben zu einer deutlichen Ausweitung von Arbeit außerhalb der betrieblichen Arbeitsplätze geführt. Bis zu 35 % der Beschäftigten leisteten im April 2020 ihre Arbeit überwiegend oder teilweise von Zuhause aus. Diese Erfahrungen haben die Potenziale des mobilen Arbeitens, aber auch die damit verbundenen Herausforderungen und Risiken besonders deutlich gemacht. So ist mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice bei weit mehr Tätigkeiten möglich, als noch vor einigen Monaten vielfach von Arbeitgebern oder Dienstherren behauptet. Ungeregelt führt es aber oft zu unbezahlten Überstunden und kann die Gesundheit der Beschäftigten sowie deren Privatleben beeinträchtigen. Gleichzeitig haben insbesondere die Erfahrungen unter den Corona bedingten Einschränkungen einmal mehr deutlich gemacht, dass sich das mobile Arbeiten im Homeoffice mit der zeitgleichen Betreuung von Kindern nicht vereinbaren lässt. Gleichzeitig gibt es Anzeichen, dass Unternehmen gezielt mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice ausweiten wollen, um Büroflächen zu reduzieren und Kosten einzusparen.

Wenn mobiles Arbeiten aber als Sparinstrument zu Lasten der Beschäftigten eingesetzt wird, verkehrt sich der eigentliche Charakter des mobilen Arbeitens inklusive Homeoffice als Möglichkeit für mehr Arbeitszeit- und Arbeitsortssouveränität von Beschäftigten in sein Gegenteil. Die Erfahrungen und Entwicklungen aus der Corona-Krise müssen bei einem gesetzlichen Regelungsrahmen Berücksichtigung finden. Gleichzeitig müssen aber auch berufliche Tätigkeiten, die grundsätzlich auch mobiles Arbeiten von Hause erfordern wie beispielsweise von Lehrkräften, beachtet werden.

Mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice verspricht nicht nur größere, individuelle Freiheiten bei der Arbeitszeit- und Arbeitsortgestaltung, sondern wirft auch eine Reihe von Gestaltungsfragen hinsichtlich der Belastungssituation auf. So muss die mobile Arbeit inklusive Homeoffice zwingend mit einem Ordnungsrahmen verbunden werden und den Arbeits- und Gesundheitsschutz gewährleisten, um Fehlbelastungen und Überlastungen, unbezahlte Mehrarbeit und permanente Erreichbarkeit zu vermeiden. Nur so kann aus der neuen Flexibilität durch digitale Möglichkeiten auch tatsächlich mehr persönliche Arbeitszeit- und Arbeitsortssouveränität werden. Die Tarifvertragsparteien haben in jüngsten Tarifverträgen innovative Regelungen für mobiles Arbeiten gefunden. Diese tariflichen Ansätze bieten eine gute Orientierung für einen gesetzlichen Rahmen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften schlagen deshalb einen **gesetzlichen Ordnungsrahmen für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten** – inklusive Homeoffice – vor, der im Rahmen der Mitbestimmung und durch Tarifverträge zu flankieren und zu konkretisieren ist. Der hier vorgeschlagene Ordnungsrahmen bezieht sich auf selbstbestimmte mobile Arbeit und schließt zeitweise Arbeit in Privaträumen mit ein (Homeoffice). Er bezieht sich somit nicht auf betrieblich oder dienstlich vorgegebene Arbeitsformen oder Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Eigenart außerhalb der Betriebsstätten oder Dienststellen zu erbringen sind (Kundendienst, Montage, Transport etc.) oder die mobile Arbeit im Rahmen von Dienstreisen.

Zum **gesetzlichen Ordnungsrahmen** für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten gehören:

## **1. Recht auf selbstbestimmtes mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice**

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern die Einführung eines Rechts auf selbstbestimmtes mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice für Beschäftigte, das durch Tarifverträge und Mitbestimmung in Betrieben und Verwaltungen (mittels Betriebs- oder Dienstvereinbarung) auszugestalten ist. Dieses Recht ist nicht auf Arbeiten mit mobilen Endgeräten beschränkt.

Zur Durchsetzung des Rechts auf selbstbestimmtes mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice ist ein gesetzlicher Rechtsanspruch der Beschäftigten einzuführen, dessen Einzelheiten und Durchsetzung der Ausgestaltung durch die Tarifvertrags- und Betriebsparteien offen steht. Die Anwendung von tarifvertraglichen Regelungen soll nur bei unmittelbarer Geltung des Tarifvertrags möglich sein. Abweichende Regelungen dürfen nur zu einer Verbesserung des Rechtsrahmens zugunsten der Beschäftigten zulässig sein. Bei dem Antrag auf Flexibilisierung des Arbeitsortes sind die gewünschte Lage der Arbeitszeit sowie deren Rhythmus, also Häufigkeit und ggfs. wechselnde Zeiträume für mobiles Arbeiten, zu berücksichtigen. Die Arbeitgeber und Dienstherren können den Antrag ablehnen, wenn die gewünschte Ausgestaltung aus dringenden betrieblichen Gründen nicht möglich ist. Als Regelungsorte eignen sich die Gewerbeordnung bzw. die Beamten-gesetze.

## **2. Sicherung der Freiwilligkeit der Beschäftigten**

Die Grundlage des gesetzlichen Rahmens für mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice ist die Gewährleistung, dass die Beschäftigten die Entscheidung über mobiles Arbeiten frei vom Zwang treffen und mit einer Ankündigungsfrist widerrufen können. Den Beschäftigten darf aufgrund des Wunsches, der Inanspruchnahme, der Ablehnung oder der Beendigung des selbstbestimmten mobilen Arbeitens kein Nachteil entstehen. Der Grundsatz der Freiwilligkeit muss der Maßstab sein. Aufgrund des alternierenden bzw. temporären Charakters ist der betriebliche Arbeitsplatz weiterhin vorzuhalten, denn der Anspruch auf mobile Arbeit inklusive Homeoffice bedeutet ausdrücklich kein Entweder-oder. Eine – wenn auch schleichende – Umwandlung selbstbestimmter, zeitweiliger mobiler Arbeit inklusive Homeoffice zu einer längerfristigen, unfreiwilligen Arbeit im Privatbereich der Beschäftigten ist auszuschließen.

Arbeitgeber sind nicht berechtigt, im Rahmen des Weisungsrechts die Arbeit von Zuhause anzuordnen. Der Wohnraum der Beschäftigte ist vor den Eingriffen der Arbeitgeber grundrechtlich (Art. 13 GG) geschützt. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind nicht verpflichtet, auch nicht im Rahmen der nebenvertraglichen Rücksichtnahmepflichten, ihren Wohnraum für Betriebszwecke zur Verfügung zu stellen. Betriebliche Arbeitsschutzkonzepte müssen gewährleisten, dass notwendige Arbeit im Betrieb und in der Verwaltung auch in Pandemiezeiten ohne gesundheitliche Gefährdungen der Beschäftigten aufrechterhalten werden kann. Auf der anderen Seite sind Regelungen auszubauen, die sicherstellen, dass im Falle erneuter Schließungen von Kitas, Schulen und Pflegeeinrichtungen Beschäftigte nicht mit der Doppelbelastung durch Erwerbsarbeit und die Betreuung von Kindern oder Pflegebedürftigen allein gelassen werden. Stattdessen müssen sie ausreichend abgesichert werden.

### **3. Arbeitszeiterfassung**

Die geleistete Arbeitszeit ist – auch bei mobiler Arbeit inklusive Homeoffice – zu erfassen, zu dokumentieren und vollumfänglich zu vergüten. Die Verpflichtung des Arbeitgebers oder Dienstherrn zur vollständigen Erfassung der Arbeitszeiten folgt – auch über den Bereich des mobilen Arbeitens hinaus – unmittelbar aus dem Unionsrecht (Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 14. Mai 2019 (C-55/18)). Bei der Ausgestaltung des gesetzlichen Ordnungsrahmens für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten dürfen keine Ausnahmen von dieser grundsätzlichen Verpflichtung geschaffen werden. Die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsrechte der Beschäftigten ist auszuschließen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sollten darüber hinaus die Möglichkeit erhalten, über die erfolgte Arbeitszeitdokumentation informiert zu werden. Ebenso muss die Herausgabe einer Kopie der Arbeitszeitdokumentation vorgesehen sein.

### **4. Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen**

Die gesetzlichen Vorgaben zu täglichen Höchstarbeitszeiten sowie zu Ruhezeiten nach dem Arbeitszeitgesetz/den Arbeitszeitverordnungen sowie die vereinbarten Arbeitszeiten nach Tarif- und Arbeitsvertrag gelten auch beim selbstbestimmten mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice uneingeschränkt und sind von den Arbeitgebern und Dienstherrn zu beachten. Zur Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen ist Arbeitszeiterfassung notwendig und unionsrechtlich geboten (bestätigt durch EuGH C-55/18).

## **5. Keine Experimente mit dem Arbeitszeitgesetz**

Auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Regelungen sind jetzt schon innovative und zukunftsweisende Tarifverträge vereinbart worden, die auch mobiles Arbeiten inklusive Homeoffice regeln und Ausgestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten stärken. Eine Lockerung insbesondere des Arbeitszeitgesetzes lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ausdrücklich ab.

## **6. Stärkung der Nicht-Erreichbarkeit**

Das Verschwimmen der Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben stellt beim mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice eine besondere Herausforderung dar. Die Beschäftigten sind auch bei mobilen Arbeiten außerhalb der vereinbarten Arbeitszeit nicht verpflichtet, erreichbar zu sein (Recht auf Nicht-Erreichbarkeit). Dennoch steigen durch die digitalen Zugriffsmöglichkeiten die Erwartungen der Arbeitgeber und Dienstherren an die Beschäftigten, auch außerhalb der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit verfügbar zu sein, um kurzfristig Arbeitsaufgaben zu erledigen. Solchen erweiterten Verfügbarkeitsersparungen seitens der Arbeitgeber und Dienstherren ist entgegenzuwirken. Werden die Grenzen der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit der Beschäftigten auf diese Weise durch die Arbeitgeber missachtet, sind Sanktionsmöglichkeiten zu stärken.

## **7. Arbeits- und Gesundheitsschutz**

Auch beim mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice muss die Arbeit so gestaltet werden, dass sie den ergonomischen Anforderungen nach dem Stand der Technik und der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Dies gilt u. a. für die Arbeitsmittel wie mobile Endgeräte, die Arbeitsumgebung, die Arbeitsaufgaben und die Arbeitszeit. Das Arbeitsschutzgesetz und das Arbeitszeitgesetz gelten auch beim selbstbestimmten mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice uneingeschränkt und enthält Vorgaben, die gesundes Arbeiten auch beim ortsflexiblen Arbeiten ermöglichen: Auch beim selbstbestimmten mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice sind Arbeitgeber nach § 3 Abs. 1 ArbSchG verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Das muss nach allgemeinen Grundsätzen passieren (§ 4 ArbSchG). Unter Beachtung der besonderen Umstände des mobilen Arbeitens inklusive Homeoffice lassen sich im Rahmen der nach § 5 ArbSchG verpflichtend durchzuführenden

Gefährdungsbeurteilung die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes ermitteln und Beschäftigte im Rahmen der Unterweisung nach § 12 Abs. 1 ArbSchG zu ihrer Einhaltung verpflichten. Die Unterweisungspflicht des Arbeitgebers muss sich auf die einzuhaltende Arbeitszeiten, Arbeitspausen, deren Dokumentation sowie die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsumgebung und die Nutzung der Arbeitsmittel erstrecken. Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung sind die spezifischen Belastungsdimensionen der jeweiligen Arbeitsform zu berücksichtigen. Hierzu gehören insbesondere die potenziellen psychischen und körperlichen Belastungen, die aus den ggf. erschwerten Bedingungen außerbetrieblicher Arbeit und der ggf. eingeschränkten sozialen Kontakte resultieren können. Dazu müssen die Beschäftigten unmittelbar sowie die Interessenvertretungen im Rahmen ihrer Mitbestimmungsrechte aus § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG und den personalvertretungsrechtlichen Regelungen nach § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG eingebunden werden. Beim mobilen Arbeiten inklusive Homeoffice sind Arbeitgeber und Dienstherrn zur Erfüllung ihrer arbeitsschutzgesetzlichen Pflichten in besonders hohem Maße auf die Mitwirkung der Beschäftigten angewiesen. Auch dazu enthält das Arbeitsschutzgesetz bereits entsprechende Regelungen (s. § 15 Abs. 1 S. 1 ArbSchG, § 16 Abs. 2 S. 1 ArbSchG), so dass Beschäftigte verpflichtet werden können, sowohl die für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung erforderlichen Informationen zu liefern als auch die erforderlichen Arbeitsschutzvorgaben entsprechend der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers und Dienstherrn einzuhalten. Zu berücksichtigen sind die Besonderheiten des mobilen Arbeitens inklusive Homeoffice im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Durch entsprechende Schutzmaßnahmen ist eine menschengerechte Arbeitsgestaltung zu gewährleisten. Dafür muss auch geprüft werden, inwieweit mobile Arbeit inklusive Homeoffice in den Geltungsbereich der Arbeitsstättenverordnung aufgenommen werden kann. Beschäftigte müssen auch bei der Arbeit von Zuhause aus vollständig vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung profitieren. Sie dürfen nicht schlechter gestellt werden als Beschäftigte, die ihre Tätigkeit in den Räumen der Arbeitgeber ausüben. Die geltende Rechtslage im Unfallversicherungsrecht, dies zeigt auch die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit, muss durch den Gesetzgeber angepasst werden.

## **8. Arbeitsausstattung verbessern, Kostenübernahme klären und klare Haftungsregeln schaffen**

Auch bei mobiler Arbeit inklusive Homeoffice muss gewährleistet werden, dass die Beschäftigten ausreichend vom Arbeitgeber/Dienstherrn mit adäquaten dienstlichen, technischen Arbeits- und Endgeräten ausgestattet werden. Der Arbeitgeber/Dienstherr muss die Kosten in Bezug auf für mobiles Arbeiten benötigte Arbeitsmittel (z.B. externer Bildschirm, Tastatur) übernehmen und wird zur zweckgebundenen Beteiligung an den Kosten für ergonomische Arbeitsplatzgestaltung bei regelmäßig vereinbartem mobilen Arbeiten verpflichtet. Insoweit und solange der Arbeitgeber/ Dienstherr nicht zur Übernahme aller entstehenden Kosten für das Arbeiten zu Hause verpflichtet ist, müssen die Lohnsteuerpflichtigen alle anfallenden Werbungskosten unbürokratisch - z.B. durch ausreichend bemessene Pauschalen - geltend machen können. Es muss geregelt werden, dass die Haftungsprivilegien von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei Sach- und Personenschäden während der gesamten mobilen Arbeit und im Homeoffice vollumfänglich gelten. Beschäftigte dürfen beim Ausfall von digitalen Arbeitsgeräten oder Internet- oder Telefonverbindungen beim mobilen Arbeiten im Vergleich zu den Beschäftigten im Betrieb keine Nachteile erleiden. Dazu muss klar geregelt werden, dass die gesamte Ausstattung in die Risikosphäre/Verantwortung des Arbeitgebers fällt.

## **9. Flankierende Mitbestimmungsrechte**

Die Mitbestimmungsrechte der Betriebs- und Personalräte in den von mobiler Arbeit inklusive Homeoffice besonders betroffenen Bereichen müssen verbessert werden. Dafür ist vor allem ein zwingendes Mitbestimmungsrecht für Betriebsräte bei der Einführung und Ausgestaltung mobiler Arbeit einzuführen. Da bei der Arbeit an selbstbestimmten Orten und mit flexiblen Arbeitszeiten die besondere Gefahr der Entgrenzung und Überlastung besteht, sind die Arbeitsaufgaben durch die Arbeitgeber oder Dienstherrn stets so zu bemessen, dass diese in der vereinbarten Arbeitszeit zu leisten sind. Diesbezüglich sowie bei einer Arbeitssteuerung über Zielvorgaben sind die Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte hinsichtlich der systematischen Überprüfung der inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen zu erweitern. Zur Festlegung objektiverer Vorgaben sind (a) ein individueller Anspruch auf eine Aufgabenbeschreibung und (b) ein korrespondierendes erzwingbares Mitbestimmungsrecht des Betriebs- bzw. Personalrats notwendig.



Um der zunehmenden Arbeitsverdichtung infolge digitaler Arbeit entgegenzuwirken, müssen auch die Mitbestimmungsrechte bei der Personalplanung sowie hinsichtlich der Arbeitsinhalte und der Personalbemessung, wie zum Beispiel bei regelmäßiger Überschreitung der tariflich vereinbarten Arbeitszeiten, gestärkt werden. Um die Beschäftigten bei arbeitsorganisatorischen Veränderungen zu schützen, bedarf es einer Stärkung der Mitbestimmungsrechte von Betriebs- und Personalräten durch die gesetzliche Verankerung eines umfassenden Mitbestimmungsrechts in allen Fragen der Arbeitsorganisation, das sich auch auf Arbeitsinhalte und Personalbemessung bezieht (§§ 90, 91, 92 BetrVG). Darüber hinaus ist das Mitbestimmungsrecht nach § 91 BetrVG so zu vereinfachen, so dass es immer schon dann greift, wenn arbeitsorganisatorische Veränderungen nachteilige Folgen für die Beschäftigten haben. Darüber hinaus sollten die Arbeitgeber und Dienstherren die Selbstorganisation der Beschäftigten für selbstbestimmtes mobiles Arbeiten durch Unterweisung- und Qualifizierungsangebote innerhalb der Arbeitszeit unterstützen. Neben der Unterweisung sind auch Coaching- und Qualifizierungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber oder Dienstherren für den Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln, die Arbeitsorganisation mobil und im Homeoffice und kollaborative Arbeitsformen erforderlich. Dazu sind die Mitbestimmungsrechte durch ein generelles Initiativrecht bei der Ein- und Durchführung der betrieblichen Berufsbildung/Fortbildung zu stärken. Um den besonderen Anforderungen des mobilen Arbeitens umfassend gerecht zu werden und insbesondere auch zu verhindern, dass damit berufliche oder sonstige Nachteile verbunden sind, bedarf es der Einführung eines erzwingbaren Mitbestimmungsrechts in § 87 BetrVG bezüglich des Arbeitsortes und zur Durchsetzung der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern insbesondere bei Einstellung, Beschäftigung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und beruflichem Aufstieg sowie zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit. Mobile Endgeräte müssen ebenso arbeits-, gesundheits- und datenschutzrechtlichen Aspekten entsprechen wie alle anderen Arbeitsmittel. Ergonomie, gute Bedienbarkeit, ausreichende Schulungen für den Umgang mit mobilen Geräten und mobiles Arbeiten sowie Datenschutz müssen gewährleistet sein. Das erfordert zunächst eine Klarstellung, dass das Mitbestimmungsrecht bezüglich Arbeits- und Gesundheitsschutz nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG in vollem Umfang auch für mobiles Arbeit und Homeoffice gilt. Mobiles Arbeiten und Verfügbarkeit elektronischer Daten dürfen insbesondere nicht zur Zunahme von Verhaltens- und Leistungskontrollen führen. Für eine wirkungsvolle Beteiligung der Interessenvertretungen bedarf es deshalb – frühzeitig einsetzender – erweiterter Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte bei der Konzeption und Nutzung digitaler Arbeitsmittel.

Deshalb ist das Mitbestimmungsrecht nach § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG bei der Einführung und Anwendung technischer Überwachungseinrichtungen zu einem generellen Initiativ- und Mitbestimmungsrecht bei der Verarbeitung jeglicher personenbezogener Beschäftigtendaten weiterzuentwickeln. Entsprechende Anpassungen für Personalräte sind auch im Bundespersonalvertretungsrecht und den Personalvertretungsgesetzen der Länder vorzunehmen. Bei Nichtbeachtung des Datenschutzes müssen Schadensersatz- und Sanktionsregelungen sichergestellt werden; gesetzliche Sachvortrags- und Beweisverwertungsverbote sind in diesem Kontext nötig.

## **10. Kontaktmöglichkeiten und Interessenvertretung**

Der persönliche Kontakt zwischen den Beschäftigten und der Interessenvertretung (Betriebsräte, Personalräte, Jugend- und Auszubildendenvertretungen, Schwerbehindertenvertretungen, Gleichstellungsbeauftragten) sowie zum gesamten betrieblichen und dienstlichen Umfeld ist auch bei mobiler Arbeit inklusive Homeoffice zu gewährleisten. Dafür sind digitale Möglichkeiten/Kommunikationsmittel (durch die Arbeitgeber/Dienstherren ausreichend zur Verfügung zu stellen. Betriebs- und Personalräte gehören zu den Personengruppen, die auch unter eingeschränkten Bedingungen das herkömmliche Zugangsrecht zum Betrieb / zur Verwaltung haben, um nicht nur digital, sondern auch physisch ansprechbar zu sein. Die Betriebs- und Personalräte brauchen zur Erfüllung ihrer Aufgaben und für den kontinuierlichen Austausch mit der Belegschaft zwingend auch den Zugang zu betrieblichen Kommunikationsmitteln. In der Praxis kommt es aber immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten über die „Erforderlichkeit“ der Kostentragung nach § 40 Abs. 2 BetrVG durch den Arbeitgeber in Bezug auf digitale betriebliche Kommunikationsmittel. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass Betriebs- und Personalräte das Recht auf eine Vertretung im Intranet des Betriebs und auf Information der Beschäftigten via E-Mail oder firmenintern genutzten Messenger-Diensten zusteht. Das Gleiche gilt für die zeitgemäße Ausstattung mit dienstlichen Computern, Laptops und anderen dienstlichen digitalen Endgeräten.

## **11. Digitale Zugangsrechte für Gewerkschaften**

In der digitalen Arbeitswelt brauchen Gewerkschaften zeitgemäße digitale Kommunikationswege in die Betriebe und Verwaltungen. Dafür müssen die Zugangsrechte effektiv ausgestaltet und an die fortschreitende Digitalisierung angepasst werden. Um die Beschäftigten in der heute oft fragmentierten oder digital organisierten Arbeitswelt (besser) erreichen können, ist zusätzlich zu den herkömmlichen Zutrittsrechten ein digitales Zutrittsrecht für Gewerkschaften gesetzlich zu verankern. Dazu sollen Gewerkschaften die Möglichkeit erhalten, in autonomer inhaltlicher Verantwortung gewerkschaftliche Informationen im Intranet zu hinterlegen und präsent zu sein (eigener Intranet-Auftritt). Dies ist insbesondere wichtig für mobil arbeitende Beschäftigte, die aufgrund der räumlichen Entfernung vom Betrieb oder der Dienststelle nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, gewerkschaftliche Informationen zu erhalten.

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**20(14)48(16)**

gel. VB zur öffent. Anh am  
29.08.2022 - COVID-19-SchG  
25.08.2022

SOZIALVERBAND

**VdK**

DEUTSCHLAND



## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der  
Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor  
COVID-19

(COVID-19-SchG, BT-Drucksache 20/2573)

sowie

zu den Anträgen „Gut vorbereitet für den Herbst –  
Pandemiemanagement verbessern“ (BT-Drucksache 20/2564)  
der Fraktion der CDU/CSU und „Auf sich verändernden  
Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen“ (BT-  
Drucksache 20/2581) der Fraktion Die Linke

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, 25.08.2022

*Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.*

*Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.*

*Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.*

## **1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung**

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) arbeitet an einer Formulierungshilfe für ein Gesetz „aus der Mitte des Bundestages“ insbesondere zum Schutz der vulnerablen Gruppen vor COVID 19. Für den VdK relevante Änderungen sind:

- Die Ermächtigungsgrundlagen für die Coronavirus-Impfverordnung und Coronavirus-Testverordnung, die Geltungsdauer der Coronavirus-Impfverordnung sowie die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte werden bis zum 30. April 2023 verlängert.
- Im Infektionsschutzgesetz wird eine Grundlage für nationale Präventionsprogramme geschaffen, mit der die Strukturen für Impf- und Testkampagnen aufrechterhalten werden können. Eine Kostenbeteiligung des Bundes (zum Beispiel für Testungen) wird ermöglicht.
- Der Infektionsschutz in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe wird durch besondere Regelungen gestärkt: Es werden Verordnungsermächtigungen vorgesehen, die eine bundesweite Festlegung bestimmter Mindestschutzstandards zur Infektionsprävention und Hygiene in diesen Einrichtungen ermöglichen. Die Länder erhalten eine ergänzende Ermächtigungsgrundlage, um im Pflegebereich Regelungen zu Hygiene und Infektionsschutz zu treffen, zum Beispiel die Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen.
- Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, regelmäßig die Anzahl der belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen pro Krankenhaus zu melden.
- Es wird eine verpflichtende anonymisierte Erfassung aller durchgeführten PCR-Tests vorgesehen.

Zwei Änderungen stammen aus einer Formulierungshilfe des BMG für Änderungsanträge der Regierungsfractionen, die noch nicht in den Anhörungsunterlagen enthalten, aber sehr relevant sind:

- Das Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Schließung einer Kita/Schule oder Einrichtung zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen wird bis zum 7. April 2023 verlängert. Die angehobene Zahl der Kinderkrankengeld-Gesamttagge für ein oder mehrere Kinder soll für 2022, aber nicht mehr ab 2023 gelten.

- Es wird klargestellt, dass Zeiten einer Absonderung aufgrund einer Absonderungsverordnung der Bundesländer nicht auf den Jahresurlaub anzurechnen ist.

Weiterhin sollen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesonderte Vergütungsvereinbarungen für eine weitere Verschärfung der Pandemie führen, um auf Mindereinnahmen reagieren zu können.

## 2. Bewertung des Sozialverbands VdK

Wegen der Kürze der Stellungnahmefrist nimmt der VdK nur in allgemeiner Form zu den Regelungen des Gesetzentwurfs, der Formulierungshilfe des BMG für Änderungsanträge der Regierungsfractionen und zu den Anträgen der Fraktionen von CDU/CSU und Die Linke Stellung.

Der VdK begrüßt jede Maßnahme zum **Schutz der Risikogruppen**. Der VdK hat viele Mitglieder, die aufgrund ihres hohen Lebensalters, Pflegebedürftigkeit, Behinderungen oder chronischer Krankheiten dem Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes oder des Todes nach einer Infektion ausgesetzt sind. Diese Gruppen können viele Maßnahmen zum Schutz selbst ergreifen. Aber in einer Pandemie sind sie auf den allgemeinen Schutz der gesamten Bevölkerung angewiesen. Zum Beispiel hat eine Studie der Universität Göttingen vom Dezember 2021 gezeigt, dass der beste Schutz vor einer Infektion in Innenräumen besteht, wenn beide Menschen eine Schutzmaske tragen. Deshalb sorgen sich die Risikogruppen sehr um die eigene Gesundheit oder die von pflegebedürftigen Angehörigen.

Die im Juni 2022 wieder steigenden Infektionszahlen sind ein klarer Nachweis, dass die Aufhebung der Maskenpflicht im Einzelhandel und weitere Lockerungen zu mehr Infektionen, trotz der warmen Temperaturen und Verlagerung von Aktivitäten nach draußen, führen. Gerade asymptomatische Infektionen werden nicht erkannt und auf diese Weise weitergegeben, auch wenn Kontakt zu den Risikogruppen besteht.

Der VdK fordert daher, eine **Maskenpflicht für den Einzelhandel** und alle öffentlich zugänglichen Räume im Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu regeln. Es ist kein wesentlicher Grund erkennbar, warum es diese Pflicht für Fernverkehrszüge und Flugverkehr in § 28b IfSG gibt, aber nicht für den Einzelhandel. Der Aufenthalt in einem Geschäft ist regelmäßig kürzer als in einer längeren Bahnfahrt. Aber auch das gemeinsame Warten vor einer Supermarktkasse kann völlig ausreichen, um sich mit der hochinfektiösen Omikron-Variante und den Untervarianten anzustecken.

Minimum muss hierbei eine Ermächtigung der Bundesländer zur Einführung einer Maskenpflicht sein. Dabei sollte nicht auf die sogenannte Hotspot-Regelung oder vergleichbare Mechanismen zurückgegriffen werden. Diese Regelung hat sich nicht bewährt, wie man am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern sieht: Das Oberverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern hat die Regelung am 22. April 2022 außer Kraft gesetzt. Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern hatte diese Bestimmung zwar unzureichend umgesetzt, aber diese Entscheidung und der politische Disput um die Hotspot-Regelung zwischen Bund und Ländern haben die Untauglichkeit gezeigt.



Der VdK fordert weiterhin die konsequente **Fortführung der kostenfreien Bürgertests**. Die Bürgertests sind ein Messinstrument in der Pandemie, da sie einen niedrigschwelligen Zugang für die Bürgerinnen und Bürger zu Schnelltests erlauben und somit das breiteste Bild vom Infektionsgeschehen geben, damit Gesetzgeber und Regierungen von Bund und Ländern mit geeigneten Maßnahmen reagieren können. Außerdem verhindern kostenfreie Tests an weit verbreiteten Teststellen die Weitergabe von unerkannten Infektionen, zum Beispiel vor dem Besuch der Großeltern oder anderer Risikogruppen. Mit der eingeführten Kostenbeteiligung von drei Euro in diesen Fällen ist eine Hürde aufgebaut worden, die zu weniger Tests führen wird.

Die Eigenbeteiligung von drei Euro beim Besuch von Risikogruppen, Veranstaltungen in Innenräumen oder zur Überprüfung nach einer Warnung der Corona-Warn-App (neuer § 4a Abs. 1 Nr. 6 und 7 Coronavirus-Testverordnung) benachteiligt Menschen mit kleinem Einkommen. Diese Menschen müssen ohnehin die zusätzlichen Belastungen, zum Beispiel durch immer neue Schutzmasken sowie durch die eingetretene Inflation, stemmen. Nun sollen auch noch Eigenbeteiligungen für Bürgertests dazu kommen, die über dem Preis der im Handel erhältlichen Selbsttests liegen. Dies wird negative Folgen für die Bereitschaft zum Testen haben. Außerdem wird die Zahl der Testzentren durch die geringere Nachfrage schrumpfen, was wiederum zu weniger Tests führt.

Die Kosteneinsparung durch weniger Bürgertests wird auf diesem Weg zu mehr Todesfällen durch Corona führen, da mehr unerkannte Infektionen zu befürchten sind. Auch Kosten in Milliardenhöhe dürfen aber nicht Menschenleben vorgehen.

Der VdK erinnert zudem an seine Forderungen zur **Testpflicht für Besucherinnen und Besucher vor jedem Besuch von Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfe**, die in dieser Einrichtung angeboten werden müssen. Die Regelung des § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 2a IfSG reicht zum Schutz der Risikogruppen in diesen Einrichtungen nicht aus. Entweder ist die Nutzung dieser Ermächtigung durch die Bundesländer oder die Umsetzung durch die Einrichtungen selbst mangelhaft. Viele VdK-Mitglieder berichten von möglichen Tests in den Einrichtungen nur an bestimmten Tagen oder gar nur an einem Tag. Oder die Besucher werden auf die Bürgertests verwiesen. Oder es gibt gar keine Tests. Folge ist, dass die Besucher nur zum Teil Selbsttests durchführen und oft eben gar nicht getestet wird. Es muss verpflichtende Tests vor jedem Besuch geben.

Eine verpflichtende Testung ist schon deshalb angezeigt, da die Pflegeeinrichtungsträger selbst über die nachlassende Aufmerksamkeit der Besucher hinsichtlich der Einhaltung der Schutzmaßnahmen berichten. Die in Baden-Württemberg gegründete „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“, in der neben dem Landesgesundheitsministerium, Pflegekassen und Leistungserbringerverbände vertreten sind, hat das ebenso als ein zunehmendes Problem identifiziert. Um den Beteiligten deutlich zu machen, dass die gepflegten und betreuten Personen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe weiterhin einer gefährdeten Gruppe angehören, ist die Testpflicht neben der Maskenpflicht aufrechtzuerhalten.

Dabei ist es nicht sachgerecht, lediglich eine Testpflicht für die Besucherinnen und Besucher in einem Testzentrum zu regeln. Der Test muss in der jeweiligen Einrichtung angeboten werden. Die Einrichtungen können diese Testungen mehr als ausreichend refinanzieren. Und



gerade auf dem Land ist es für Angehörige wegen wenig Testzentren und großen Entfernungen oft unmöglich, einen zeitgerechten Bürgertest zu bekommen.

Der VdK begrüßt die Verlängerung des **Kinderkrankengeldes** bei Schließung der Betreuungseinrichtung des Kindes bis zum 7. April 2023, zumindest in der Regelung in § 45 Abs. 2a Satz 3 ff. SGB V. Dies ist notwendig, um Eltern die Möglichkeit der Kinderbetreuung ohne wesentliche finanzielle Einbußen auch im weiteren Verlauf der Pandemie zu geben. Es ist mit einem Ansteigen der Infektionen in den kommenden Herbst- und Wintermonaten zu rechnen, was auch Kitas, Schulen und Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen betreffen wird.

Der VdK begrüßt ebenso, dass es keine Einschränkungen bei den Voraussetzungen für das Kinderkrankengeld geben soll, wie es in der ersten Formulierungshilfe des BMG wenigstens für die Parallelvorschrift des § 56 Abs. 1a IfSG vorgesehen war.

Der VdK begrüßt auch die Verlängerung der Gesamttage (30 Tage bzw. 60 Tage für Alleinerziehende für ein Kind sowie 65 bzw. 130 Tage für mehrere Kinder) an Kinderkrankengeld für Alleinerziehende für das Jahr 2022. Der VdK lehnt jedoch die Reduzierung der Gesamttage an Kinderkrankengeld auf 20 bzw. 40 Arbeitstage für ein Kind und 45 bzw. 90 Tage für mehrere Kinder in 2023 ab. Es ist nicht erkennbar, warum es weniger einschränkende Maßnahmen in der Kinderbetreuung in 2023 geben sollte als zuvor. Ohnehin ist die Begrenzung von Tagen mit Kinderkrankengeld sehr kritisch zu hinterfragen, da es die Eltern nicht in der Hand haben, wie lange ihre Kinder krank sind.

Der VdK fordert darüber hinaus die Entfristung der Möglichkeit, dieses Kinderkrankengeld zu erhalten. Keiner weiß, wie es mit dem Corona-Infektionsgeschehen weitergehen wird und ob es nicht langfristig immer wieder zu Einrichtungsschließungen oder anderen präventiven Maßnahmen, wie die Verlängerung von Schulferien zur präventiven Eindämmung des Infektionsgeschehens, geben wird. Ebenso kann es künftig weitere epidemische Lagen aufgrund von anderen Krankheitserregern geben, für die allgemeine Vorsorge zu treffen ist. Dann muss es nicht – wie seit zweieinhalb Jahren – hektische Gesetzesänderungen im Dreimonats-Takt geben.

Weiterhin fordert der VdK, auch die Parallelregelung des § 56 Abs. 1a IfSG zu verlängern. Die Änderung in § 45 Abs. 2a SGB V sichert den gesetzlich Versicherten das Kinderkrankengeld bei Schließung der Betreuungseinrichtung. Privat versicherte Menschen sind auf die Entschädigung nach § 56 Abs. 1a IfSG angewiesen. Hier ist zu beachten, dass gerade Selbständige mit kleineren Betrieben, etwa im Veranstaltungsbereich, schon genug unter den Einbußen durch Lockdown und Kontaktbeschränkungen seit März 2020 finanziell gelitten haben. Auch hier ist eine Verlängerung der Entschädigung für die Kinderbetreuung wegen einer geschlossenen Kita, Schule oder Betreuungseinrichtung geboten.

Der VdK begrüßt die Klarstellung, dass **Zeiten einer Absonderung nicht auf den Jahresurlaub anzurechnen** sind. Auch ohne Krankheitssymptome ist eine Quarantäne keine Freizeit und dient nicht der Erholung, da der Betroffene sich seinen Aufenthalt und seine Beschäftigung in dieser Zeit nicht frei aussuchen kann. Die Unterscheidung nach einer Absonderung gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 IfSG liegt aber nicht auf der Hand. Der VdK regt hier eine weitere Prüfung an.



Der VdK regt weiterhin an, den Begriff „Erholungsurlaub“ zu verwenden. Dieser Begriff wird auch im Bundesurlaubsgesetz und den Gesetzen für Beamte, Soldaten und Richter verwendet und stellt klar, um welchen Urlaub es geht.

### 3. Zu den Anträgen der Fraktionen von CDU/CSU sowie Die Linke

Der Sozialverband VdK nimmt hier wegen der Kürze der Stellungnahmefrist lediglich zu ausgewählten Punkten aus den beiden Anträgen Stellung.

Der VdK unterstützt die Forderungen nach einem **Pandemiemanagementkonzept** (CDU/CSU) bzw. nach einem **Stufenplan** für Schutzmaßnahmen (Die Linke). Ein klarer Fahrplan und eine gute Kommunikation sind wesentliche Bausteine für eine Krisenbewältigung. Beides fehlt leider in der gesamten bisherigen Corona-Pandemie. Maßnahmen werden überstürzt getroffen, rückgängig gemacht oder zu spät eingeführt. Die Maßnahmen unterscheiden sich dabei noch von Bundesland zu Bundesland und manchmal sogar von Landkreis zu Landkreis. Beispiele dafür sind die Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht oder die Einführung, Abschaffung und Wiedereinführung der kostenlosen Bürgertests.

Die Kommunikation der Maßnahmen und ihres Hintergrundes ist in den meisten Fällen schon deshalb schlecht, weil die zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder überfordert sind und keine Expertise darin haben.

All diese Uneinheitlichkeit und unzureichende Kommunikation haben zu einer immer mehr abnehmenden Akzeptanz der Maßnahmen in der Bevölkerung gesorgt. Viele Mitglieder des VdK haben beklagt, dass die einzelnen Maßnahmen und ihr Sinn nicht mehr verständlich seien und sie deshalb die Befolgung von Regeln in Frage stellen.

Soweit beide Fraktionen auf gezielte, auch kostenlose und unbürokratische **Tests** (CDU/CSU) sowie kostenlose Schnelltests und „engmaschiges Testen“ in Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen für vulnerable Gruppen (Die Linke) abzielen, sieht sich der VdK in seinen Forderungen nach der Wiedereinführung der kostenfreien Bürgertests und nach einer eindeutigen Testpflicht in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen bestätigt.

Ganz richtig adressiert der Antrag der Bundestagsfraktion Die Linke die Gruppe der pflegenden Angehörigen und der zuhause gepflegten Menschen. Diese Zielgruppe bedarf im weitergehenden Pandemiemanagement weit größerer Aufmerksamkeit. Studien wie die des Sozialverbands VdK<sup>1</sup> im Jahr 2021 und des ZQPs<sup>2</sup> aus dem Jahr 2020 zeigen eklatante Verschlechterungen in der Versorgungssituation und in der Gestaltung des Lebensalltags. Für fast ein Drittel hat sich die Pflegesituation im ersten Pandemiejahr verschärft. Für das Jahr 2021 gaben schon um die 45 Prozent der Pflegenden an, unter einer sehr viel höheren Belastung zu leiden. Und auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wurde über die Dauer herausfordernder. Das **Pflegeunterstützungsgeld** weiterhin bei 20 Tagen zu belassen, ist nur ein kleiner Baustein in der Entlastung pflegender Angehöriger. Die Inanspruchnahme dürfte

---

<sup>1</sup> Sozialverband VdK (Hrsg.)(2021): VdK-Pflegestudie Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit; 1. Zwischenbericht

<sup>2</sup> ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.)(2020): Pflegenden Angehörige in der COVID-19-Krise, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung



schon während der zurückliegenden Pandemiezeit nicht hoch gewesen sein. Grund ist, dass damit nur eine kurze zeitliche Überbrückung möglich ist. Mitunter waren in der Pandemie aber Tagespflegen über Monate geschlossen oder haben niemanden mehr aufgenommen. Kurzzeitpflegeplätze wurden gar nicht mehr angeboten. Der VdK plädiert dafür, dass die Regelungen der Pflegezeiten insgesamt auf den Prüfstand gestellt werden müssen und es eine Möglichkeit gibt, dass Pflegenden regulär finanziell abgesichert werden. Bis dahin sollte aber der erleichterte Zugang zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und zum Pflegeunterstützungsgeld beibehalten und ausgebaut werden. Es muss die Möglichkeit der mehrmaligen jährlichen Inanspruchnahme geben – auch vor dem Hintergrund des weiterhin steigenden Fachkräftemangels, der die Organisation der pflegerischen Versorgung jetzt und in Zukunft wesentlich erschwert.

Der VdK bekräftigt die Forderung nach einem **Entlastungsbudget** der Fraktion Die Linke. Der VdK hat in seiner Nächstenpflege-Kampagne 56.000 Pflegebedürftige und pflegende Angehörige befragt. Ein zentrales Ergebnis war, dass die Leistungen der Pflegekassen wie Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege viel zu wenig in Anspruch genommen werden. Gründe sind unzureichende Angebote oder hohe Zuzahlungen zu den Pflegeleistungen. Das verschlechtert die finanzielle und pflegerische Situation dieser Familien.

Daher fordert der VdK noch weitergehender als der vorliegende Antrag, ein einheitliches Budget, in das alle entlastend wirkenden Ansprüche von Tagespflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie der Entlastungsbetrag einfließen. Dann können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Leistungen in Anspruch nehmen, die ihnen auch nutzen. In Zeiten, in denen professionelle Angebote zum Beispiel aufgrund coronabedingter Schließungen nicht mehr zur Verfügung stehen, ist es somit den Betroffenen möglich, sich anderweitige Hilfen zu organisieren. Zudem hat die Pandemie am Beispiel des Entlastungsbetrags und der Senkung der Zugangsvoraussetzung für die Anerkennung der Dienste gezeigt, dass ein niedrighschwelliger Zugang die Inanspruchnahme wesentlich beeinflusst. Mit dem Budget muss es möglich sein, dass auch die Personen bezahlt werden, die die Betroffenen schnell und verlässlich unterstützen und entlasten können: Die Nachbarin, jemand aus dem Freundeskreis, Ehrenamtliche.

Der VdK fordert ebenso wie die Fraktion Die Linke eine **Vermögensabgabe** zur Finanzierung der Pandemie. Die Pandemie hat nicht nur den Staat viel Geld gekostet, sie hat auch die Armen in Deutschland noch ärmer gemacht und die Reichen noch reicher. Das Vermögen der zehn reichsten Menschen im Land ist seit Beginn der Pandemie laut einer Studie der Organisation Oxfam von rund 144 Milliarden auf etwa 256 Milliarden US-Dollar gewachsen. Dieser Unterschied wird durch die inzwischen immer weiter steigende Inflation noch befeuert. Es muss dringend einen Ausgleich zwischen arm und reich geben. Dafür ist eine Vermögensabgabe das richtige Mittel, die Menschen und Betriebe mit großem Vermögen heranzieht.

Oliver Stettes, 13.04.2023

## Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen

Wer das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht, kann ein Erwerbseinkommen in unbegrenzter Höhe beziehen. Eine Anrechnung auf die Rente erfolgt nicht. Bei vorzeitigem Altersrentenbezug gab es hingegen bis Anfang des Jahres eine Hinzuverdienstgrenze. Sie wurde zunächst im Zuge der Corona-Pakete deutlich angehoben und ist seit dem 1. Januar 2023 nun komplett weggefallen. Welchen Beitrag kann der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen auch bei frühzeitigem Rentenbezug zur Fachkräftesicherung leisten? Dies ist die zentrale Frage angesichts der gegenwärtigen Situation.

Schließlich wird der demografische Wandel zunehmend zum Stresstest für den Arbeitsmarkt, wenn in den kommenden Jahren die Baby-Boomer-Generation in den Ruhestand geht. Die Anzahl derer, die als Nachwuchskräfte nachrücken, reicht nicht aus, um die Jahrgänge zu ersetzen, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Es gibt daher zahlreiche Vorschläge, wie einem drohenden Arbeitskräftemangel in der Zukunft begegnet werden könnte. Einer der vielen Ansatzpunkte bleibt die Steigerung der Erwerbsbeteiligung unter den älteren rentennahen Jahrgängen, auch wenn sie zum Beispiel unter den 60- bis 64-Jährigen in den letzten Dekaden bereits massiv gestiegen ist. So waren 61 Prozent der Personen dieser Altersklasse im Jahr 2021 erwerbstätig, 17 Prozentpunkte mehr als im Jahr 2011 (Statistisches Bundesamt: Erwerbstätigkeit älterer Menschen ). Die Erwerbstätigenquote liegt damit aber noch 15 Prozentpunkte unterhalb jener der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung insgesamt (Statistisches Bundesamt: Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2021 ).

Es ist daher zu begrüßen, wenn die Bundesregierung in ihrer Fachkräftestrategie das Ziel betont, ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu verhindern und ältere Erwerbstätige so lange wie möglich und individuell gewünscht im Erwerbsleben zu halten. Aus ihrer Sicht stellt der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen auch bei vorgezogenen Altersrenten ein adäquates Instrument dar, um durch mehr Flexibilität beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand dem bestehenden Arbeits- und Fachkräftemangel entgegenzuwirken (BT-Drs. 20/3900 ).

Vor der COVID-19-Krise lag die Hinzuverdienstgrenze bei vorzeitigem

Altersrentenbezug noch bei 6.300 Euro im Jahr. Sie begrenzte damit den monetären Arbeitsanreiz im Grunde auf die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung. Die Idee dahinter: Die gesetzliche Rente soll das Lohneinkommen ersetzen, nicht ergänzen. Im Zuge der Corona-Pakete hatte sie jedoch, wenn auch befristet bis zum 31.12.2022, die Hinzuverdienstgrenze deutlich angehoben auf 46.060 Euro im Jahr. Seit dem 1. Januar 2023 ist sie nun komplett weggefallen.

### Vermutete Wirkungen

Die Bundesregierung geht offensichtlich von folgenden zwei Annahmen zur Wirkungsweise dieser Maßnahme aus:

1. Personen, die derzeit eine vorgezogene Altersrente beziehen, gehen zukünftig verstärkt einer Erwerbstätigkeit nach, die den Umfang eines Minijobs übersteigt. In der Folge steigt das Arbeitsangebot.
2. Personen, die über einen vorzeitigen Rentenbezug nachdenken, erhalten einen zusätzlichen Anreiz, den endgültigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben mindestens bis zum regulären Renteneintrittsalter zu verzögern. Durch die lukrative Dopplung von fortgeführter Erwerbstätigkeit und Rentenbezug wird das Arbeitsangebot stabilisiert.

In beiden Fällen wäre damit ein positiver Beitrag zur Fachkräftesicherung geleistet. Um die Aussichten zu überprüfen, ob sich die erste Annahme erfüllen wird, bietet sich ein Blick auf die Erwerbstätigkeit jenseits des gesetzlichen Renteneintrittsalters an. Denn bei dieser existierte auch bislang keine Hinzuverdienstgrenze. Verschiedene Studien auf Personenebene signalisieren, dass ein Minijob die dominierende Beschäftigungsvariante unter den Rentenbeziehern im Alter jenseits der 65 Jahre ist (z.B. Romeu Gordo et al. 2022 oder Westermeier 2019 ). Dass sich das Arbeitsangebotsverhalten von Beziehern einer vorzeitigen und denen einer Regelaltersrente so unterscheidet, dass die Aufhebung der Hinzuverdienstgrenze für Erstere eine größere Ausweitung des Erwerbsumfangs nach sich zieht, ist grundsätzlich denkbar. Allerdings ist ein damit verbundener Wechsel zum Beispiel aus einem Minijob in eine große Teilzeit- oder sogar in eine Vollzeitbeschäftigung bzw. die Wiederaufnahme einer Arbeit aus Inaktivität doch eher unwahrscheinlich. Denn dieser Personenkreis hatte sich ja bereits zuvor, z.B. aus Gründen von Krankheit, Überlastung, Pflege oder aufgrund individueller Präferenzen, für den vorzeitigen Renteneintritt und das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entschieden.

Die zweite Wirkungsannahme rückt die Frage in den Mittelpunkt, wie sich der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen auf die Entscheidung einer Person für oder gegen einen vorzeitigen Renteneintritt unter Inkaufnahme von Abschlägen in der Zukunft auswirken wird. Hilfreich ist es, sich eine fiktive Person anzuschauen, die zunächst einmal indifferent ist zwischen dem Bezug einer vorgezogenen Rente mit entsprechenden Abschlägen und einem regulären Renteneintritt zu einem späteren Zeitpunkt. Der vorzeitige Bezug einer Altersrente bei Fortsetzung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses im gleichen Umfang wird durch die Abschaffung der Hinzuverdienstgrenzen attraktiver, denn dem Erwerbseinkommen steht ohne Abzüge ein zusätzliches Renteneinkommen bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze an der Seite. Für einen begrenzten Zeitraum ersetzt die gesetzliche Rente nicht länger das Erwerbseinkommen, sie tritt hinzu. Zudem erhöhen die von Versicherten und Arbeitgebern im fortlaufenden Beschäftigungsverhältnis gezahlten Beiträge die Rentenauszahlungen in den jeweiligen Folgejahren.

Im Vergleich zur Situation vor dem Wegfall der Hinzuverdienstschwelle bedeutet das:

Der Umfang des individuellen Arbeitsangebots bleibt gleich hoch. Für die Fachkräftesicherung ist damit entsprechend nichts gewonnen.

In der Rentenversicherung entsteht ein finanzieller Mehraufwand. Dieser muss von allen Beitragszahlern getragen werden.

Einzig der oder die sozialversicherungspflichtig Beschäftigte freut sich über einen unverhofften Einkommenszuwachs.

#### Negative Arbeitsangebotsanreize werden gestärkt

Es ist allerdings eher unwahrscheinlich, dass dieser Einkommenszuwachs keinen zusätzlichen Effekt auf die Arbeitsangebotsentscheidung dieser Person bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze ausübt. Die Bereitschaft, trotz Abschlägen in Rente zu gehen und Einkommenseinbußen gegenüber der Fortsetzung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses in Kauf zu nehmen, ist bereits heute relativ groß – im Jahr 2021 traf dies auf ein Viertel der Altersrentenzugänge zu. Mit der neuen Regelung ist es grundsätzlich möglich, die mit einer Reduzierung der Arbeitszeit einhergehende proportionale Entgeltkürzung in den Jahren vor dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters durch die vorzeitige Altersrentenzahlungen auszugleichen. Daran ändern auch Abschläge von 0,3 Prozent pro Monat nichts, genauso wenig wie der Verzicht auf die Zahlung weiterer die

## Anwartschaft erhöhender Arbeitnehmerbeiträge.

Welche Folgen diese Kompensationsmöglichkeit auf das Arbeitsangebot rentennaher Jahrgänge haben wird, lässt sich zwar ohne Weiteres nicht quantitativ abschätzen, weil die konkreten Wirkungen auf die Nettoeinkommen von der jeweiligen Haushaltskonstellation abhängen und zusätzlich nicht-monetäre Faktoren die Arbeitsangebotsentscheidungen beeinflussen (Anger et al. 2018 , Romeu Gordo et al. 2022 ). Doch das Risiko ist groß, dass diese besondere Form der Altersteilzeit die Fachkräftebasis eher verknappen wird, als zur deren Sicherung beizutragen. Da kann das Interesse der Unternehmen an der Aufrechterhaltung der Beschäftigungsverhältnisse rentennaher Jahrgänge im bisherigen Erwerbsumfang so groß sein, wie es will. Die im Gesetz geplante Evaluation wird Ende 2027 erste Aufschlüsse darüber geben, ob sich der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen für die Fachkräftesicherung als kontraproduktiv bewahrheiten wird. Befürchtet werden muss dies allemal.

### Literatur

Anger, Silke; Trahms, Annette und Christian Westermeier (2018). Soziale Motive überwiegen, aber auch Geld ist wichtig. IAB-Kurzbericht 24/2018. <https://doku.iab.de/kurzber/2018/kb2418.pdf>

Romeu Gordo, Laura; Gundert, Stefanie; Engstler, Heribert; Vogel, Claudia und Julia Simonson (2022). Rentnerinnen und Rentner am Arbeitsmarkt: Erwerbsarbeit im Ruhestand hat vielfältige Gründe – nicht nur finanzielle. IAB-Kurzbericht, 8/2022, S.3. <https://doku.iab.de/kurzber/2022/kb2022-08.pdf>

Westermeier, Christian (2019). Ältere am Arbeitsmarkt: Eine stabile Beschäftigung vor dem Rentenalter begünstigt die Weiterarbeit. IAB-Kurzbericht 15/2019, S.3. <https://doku.iab.de/kurzber/2019/kb1519.pdf>

---

Oliver Stettes 2023, Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen, in: sozialpolitikblog, 13.04.2023, <https://www.difis.org/blog/?blog=58>





**Dr. Oliver Stettes**

Oliver Stettes leitet beim Institut der deutschen Wirtschaft (IW Köln) das Themencluster Arbeitswelt und Tarifpolitik.





# Beratungen zum Versorgungsangebot bei Long-COVID und Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen

Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf Spätsymptome einer COVID-19-Erkrankung (Long-COVID bzw. Post-COVID) sollen besser und schneller versorgt werden. Dafür wird neben einer interdisziplinären und standardisierten Diagnostik ein zeitnaher Zugang zu einem vielfältigen Therapieangebot benötigt.

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, bis spätestens 31. Dezember 2023 in einer neuen Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte zu beschließen, bei denen der Verdacht auf Long-COVID besteht. Verankert wurde dieser Auftrag mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz in § 92 Abs. 6c SGB V.

Festgehalten ist im Gesetz zudem, dass der G-BA seine Regelungen für Versicherte öffnen kann, bei denen zwar kein Verdacht auf Long-COVID besteht – aber der Verdacht auf eine Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder Symptomatik hat.

## Beratungsverfahren

Der G-BA hat unmittelbar mit Gesetzesauftrag die beschlussvorbereitenden Beratungen aufgenommen. Dafür zuständig ist der eigens eingerichtete Unterausschuss „Post-COVID und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik“.

In ihrer Stellungnahme ([PDF 220,89 kB](#)) zum Referentenentwurf des Gesetzes vom 8. November 2022 hatten die unparteiischen Mitglieder des G-BA den Gesetzesauftrag ausdrücklich begrüßt. Sie wiesen allerdings auch auf den Umstand hin, dass aufgrund derzeit fehlender Erkenntnisse zu einer sicheren Diagnose und guten Therapie ein schrittweises Verfahren zur Umsetzung des Gesetzesauftrags

notwendig sei: Im ersten Schritt sollten vor allem Vorgaben bezüglich einer strukturierten Diagnostik und Überweisung beschlossen werden.

Voraussichtlich im September 2023 wird der G-BA die stellungnahmeberechtigten Organisationen und Verbände bitten, ihre Einschätzungen zum Entwurf der neuen Richtlinie abzugeben.

Spätestens im Dezember 2023 soll die neue Richtlinie zur Versorgung von Post-COVID (postCOV-RL) beschlossen werden. Sie tritt in Kraft, wenn das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet.



## WEGFALL DER TEST- UND MASKENPFLICHT IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

# Infektiologin: „Jetzt ist der Zeitpunkt für Normalität“

BERLIN | 16.02.2023

**Die Corona-Infektionslage hat sich beruhigt. Nun entfallen die gesetzlichen Vorgaben für die Test- und Maskenpflicht von Beschäftigten in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen zum 1. März. Dazu im Interview PD Dr. Irit Nachtigall, Helios Fachgruppenleiterin Infektiologie und Dr. Olaf Kannt, Medical Consultant bei Helios.**

### TEILEN

~~helios/presse/pressemitteilungen/detail/news/infektiologin-  
/pressemittellungen/detail/news/infektiologin-  
mailto:kontakt@helios.de?subject=Infektiologin: Jetzt ist der  
zeitpunkt-fuer-normalitaet/)~~

## Warum ist jetzt ein guter Moment, die Corona-Schutzmaßnahmen wie Test- und Maskenpflicht wegfallen zu lassen?

*PD Dr. Irit Nachtigall:* „Die Coronafälle in den Krankenhäusern in Deutschland sind inzwischen so stark gesunken - vor allem auf den Intensivstationen - und die meisten Menschen sind entweder geimpft oder haben eine Coronainfektion durchgemacht. Das Drohszenario einer Vielzahl an schweren Krankheitsverläufen sowie einer Überlastung unserer Krankenhäuser und Intensivstationen besteht nicht mehr. Glücklicherweise hat das Coronavirus in den letzten Wochen auch keine bedrohlichen Mutationen hervorgebracht. Zudem ist auch die diesjährige Grippeperiode bereits abgeflacht.“





**„Jetzt ist der Zeitpunkt für Normalität im Krankenhausbetrieb. Es besteht keine wissenschaftliche Notwendigkeit mehr für die Schutzmaßnahmen wie Tests bei Asymptomatischen oder einer kollektiven Maskenpflicht.“**

PD Dr. Irit Nachtigall, Helios Fachgruppenleiterin Infektiologie

### **Wird uns Corona dennoch weiter begleiten?**

*PD Dr. Irit Nachtigall:* „Wir müssen nun zuversichtlich zurück zur Normalität kommen, da das Virus uns nicht mehr verlassen wird. Das Infektionsgeschehen von SARS-CoV-2 ist „endemisch“ geworden. Das bedeutet, dass Corona in unserer Region kontinuierlich auftritt, ähnlich der saisonalen Grippe.“

### **In welchen Bereichen sind weiterhin Schutzmaßnahmen nötig?**



**„Das Tragen von Atemschutzmasken im Umgang mit vulnerablen Personen oder bei sonstiger infektionshygienischer Notwendigkeit wird selbstverständlich im Krankenhaus wie in der Vor-Pandemiezeit fortgeführt.“**

Dr. Olaf Kannt, Medical Consultant bei Helios

“Wir bei Helios folgen hier den aktuellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI. Auch wird es weiterhin möglich sein, bei klinischer Notwendigkeit Patientinnen und Patienten sowie unser Personal auf Infektionskrankheiten testen zu lassen“, ergänzt Dr. Kannt.

### **Wird in Zukunft privat noch jemand Maske tragen?**

*PD Dr. Irit Nachtigall:* „Natürlich steht es allen frei, weiterhin Maske zu tragen oder sich zu testen. Ich appelliere hier an die Eigen- und Fremdverantwortung. Es gibt viele gute Gründe für diese Schutzmaßnahme: zum Beispiel, wenn man Personen mit geschwächtem Immunsystem trifft oder selbst erkältet ist und andere schützen möchte. Menschen in Asien machen das schon lange aus Respekt vor dem Leben der anderen.“

*Das Bundesgesundheitsministerium hat kommuniziert, dass zum 1. März 2023 deutschlandweit Masken- und Testpflichten für Beschäftigte und Bewohner:innen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen entfallen. Für Besucher:innen dieser Einrichtungen gilt die Maskenpflicht weiterhin bis zum 7. April.*

**Birgit Gugath**

PRESSESPRECHERIN



E-MAIL

[E-Mail senden \(mailto:birgit.gugath@helios-gesundheit.de\)](mailto:birgit.gugath@helios-gesundheit.de)

TELEFON

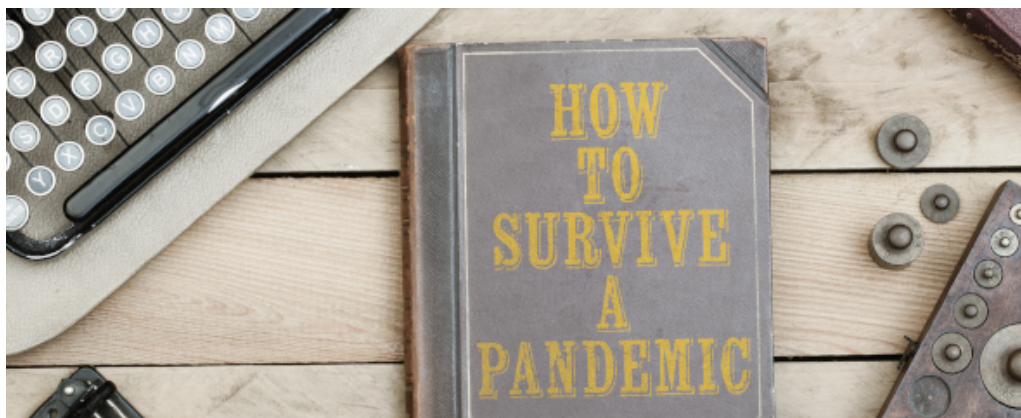
+49 173 28 12 169

➤ **Hier finden Sie unsere Pressemitteilungen (<https://www.helios-gesundheit.de/unternehmen/aktuelles/>)**



## „Es wird weitere, vielleicht noch gefährlichere Pandemien geben“

Die Corona-Pandemie ist noch nicht vorbei, trotzdem sollten wir uns schon jetzt auf künftige Pandemien einstellen. Ein Blick darauf, was Infektionsforschung dazu beitragen kann.



© MichaelJBerlin / Adobe Stock

Zu Beginn der Pandemie fehlten Masken und Schutzausrüstung für medizinisches Personal. Die Kapazitäten der Gesundheitsämter reichten für die Kontaktverfolgung nicht aus. Engpässe in den Krankenhäusern, Lockdowns, Schulschließungen und später die Impfstoffknappheit – es gab viele Dinge, die nicht optimal gelaufen sind. Die Folgen und Kollateralschäden müssen aufgearbeitet, aber auch Vorsorge getroffen werden. „Die Corona-Pandemie hat uns deutlich und zum Teil auch schmerzlich vor Augen geführt, wo es hakt“, sagt Prof. Dirk Heinz, Wissenschaftlicher Geschäftsführer am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI). „Sämtliche Bereiche unserer Gesellschaft müssen dazulernen und sich besser organisieren: Notfallpläne, Leitlinien, verbesserte Infrastrukturen ausarbeiten. Und Forschung und Entwicklung sollten weiter stark vorangetrieben werden – damit wir bei einer erneuten Pandemie besser gewappnet sein werden.“

Denn eines ist sicher: Die nächste Pandemie wird kommen. Wann ist ungewiss, und auch, mit welchem Erreger wir es dann zu tun haben werden. „Potenziell gefährliche Kandidaten sollten wir genau im Blick behalten und beobachten, ob und wie sie sich verändern“, sagt Heinz. „Und wir müssen besser erforschen, über welche Wege Krankheitserreger zu uns kommen. Unter welchen



Dirk Heinz leitet seit 2011 das HZI als Wissenschaftlicher Geschäftsführer © HZI / Verena Meier

### MAGAZIN-DOWNLOAD



Titelseite des HZI-Magazins "InFact", Ausgabe 02/2021 © Adobe Stock/ Przemyslaw Koch

### ANSPRECHPARTNER

Dr. Andreas Fischer  
Wissenschaftsredakteur (Stellv. Pressesprecher)



☎ 0531 6181-1405  
0531 6181-1499  
✉ E-Mail schreiben  
BETEILIGTE GRUPPEN

Epidemiologie- Dr. Berit

Bedingungen sie etwa von Tieren auf den Menschen überspringen.“ Daran soll künftig das Helmholtz-Institut für One Health (HIOH) in Greifswald forschen, das derzeit als ein weiterer Standort des HZI aufgebaut wird.

## Schnell und gezielt handeln

„Wichtig ist auch, dass wir Infektionsgeschehen in anderen Ländern künftig ernster nehmen und früher reagieren“, sagt Dr. Berit Lange, Leiterin der Klinischen Epidemiologie am HZI. „Bislang herrschte fälschlicherweise das Gefühl vor, dass Infektionskrankheiten für uns in Deutschland oder Europa keine wirkliche Gefahr darstellen. Das ist aber leider nicht so. Wir müssen uns bewusst sein: Es wird weitere, vielleicht noch gefährlichere Pandemien geben.“ Wenn ein neuer Erreger auftaucht und eine Pandemie droht, kommt es vor allem auf Schnelligkeit an. „Wartet man ab, wird es mehr Ansteckungen, mehr schwere Erkrankungen und mehr Tote geben“, sagt Lange. „Es müssen natürlich auch die richtigen, auf den jeweiligen Erreger zugeschnittenen Maßnahmen ergriffen werden, um die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu schützen.“ Das heißt: Je mehr man zu Beginn einer Pandemie über den Erreger weiß – wie er übertragen wird oder wie lang die Inkubationszeit ist – umso besser und gezielter kann man handeln.

Damit das dort gelingt, wo es notwendig ist, müssen zentrale gesellschaftliche Bereiche über wirksame Pandemiepläne verfügen. „Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Bildungs- und Arbeitssektor nicht hinreichend vorbereitet waren“, sagt Berit Lange. „Nun ist es an der Zeit, gezielt nachzubessern und Pandemiepläne und Leitlinien für Betriebe und Schulen auszuarbeiten, um im Pandemiefall einen effektiven Infektionsschutz sicherzustellen, Lockdowns möglichst zu vermeiden bzw. ihre Folgen besser abfedern zu können.“



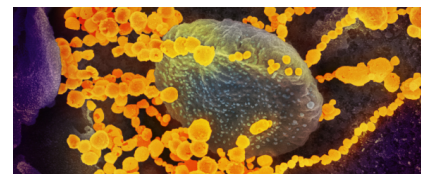
Berit Lange ist Ärztin und Epidemiologin am HZI. © HZI / Jan Brinkmann

Wo finden die meisten Infektionen statt? Wie viele Personen steckt ein Infizierter im Schnitt an? Wird der Erreger ansteckender, tödlicher? „Das sind wichtige epidemiologische Fragen, die mithilfe detaillierter Kontaktnachverfolgung und zeitnaher Auswertung der Daten beantwortet werden können“, sagt Lange. Gerade die Kontaktverfolgung sei eines der zentralen Instrumente zur Eindämmung einer Pandemie. „Für die Zukunft müssen dringend behördliche Kapazitäten und Infrastrukturen weiter ausgebaut werden, um Ansteckungsherde schnell zu erkennen und mit gezielten Maßnahmen regional eindämmen zu können.“ Während der Corona-Pandemie hilft bereits das durch das HZI und Partner entwickelte digitale System SORMAS dabei, das Management von Kontaktpersonen und Infektionsketten sowie den digitalen Austausch zwischen den Gesundheitsämtern zu verbessern. SORMAS wurde 2014 im Zuge der Ebola-Epidemie in Westafrika entwickelt und 2020 entsprechend an SARS (Schweres akutes respiratorisches Syndrom)-CoV-2 angepasst.

Lange

Vakzinologie und  
angewandte Mikrobiologie-  
Prof. Dr. Carlos A. Guzmán

SARS-COV-2 / COVID-19



© NIAID-RML

Mehr über aktuelle Entwicklungen der Forschung und Antworten auf die wichtigsten Fragen finden Sie in unserem Informationsportal [\[weiterlesen\]](#)



## Vorsprung durch Bevölkerungsstudien

Um dem Infektionsgeschehen nicht immer hinterherzulaufen, können breit angelegte epidemiologische Bevölkerungsstudien helfen, sich einen Vorsprung zu verschaffen: Regelmäßig durchgeführte Blutuntersuchungen und Tests von Studienteilnehmenden geben Aufschluss über durchgemachte Infektionen und Ansteckungen. Ergänzende Befragungen zu Kontakten zeigen auf, wo zu diesem Zeitpunkt besonders viele Ansteckungen stattfinden, etwa am Arbeitsplatz, in der Schule oder im privaten Bereich, und welche Altersgruppen betroffen sind. Unter Leitung von Prof. Gérard Krause und Berit Lange wurde aktuell eine große » bevölkerungsbasierte Studie (MuSPAD) veröffentlicht, die das Infektionsgeschehen und die Dunkelziffer in mehreren Regionen Deutschlands im Zeitraum zwischen Juli 2020 und August 2021 abbildet. „Die Daten sind wichtig, um Maßnahmen sinnvoll und zielgerichtet einsetzen und das Infektionsgeschehen möglichst gut über die Zeit abbilden zu können“, sagt Lange. „Aber in der Art, wie wir solche Studien noch schneller und parallel zum Geschehen durchführen, können wir sicher noch dazulernen. Zum Beispiel vom Office of National Statistics in Großbritannien, das ein regelmäßiges, landesweites und sehr großes Populations-Panel während der Corona-Pandemie eingeführt und erfolgreich umgesetzt hat.“

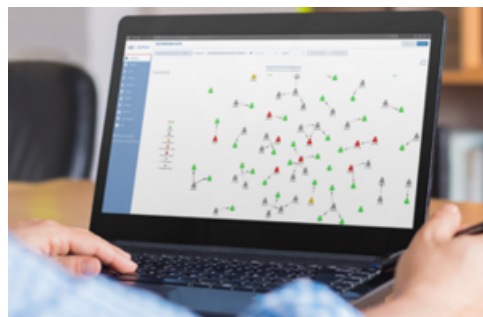
## Impfstoffforschung und Aufklärung

Zielgerichtete und effektive Maßnahmen während einer pandemischen Bedrohung sind wichtig. Den besten Schutz vor Ansteckung und Erkrankung bietet jedoch eine Impfung. „Dass wir nach so kurzer Zeit bereits über wirksame Impfstoffe verfügen, ist großes Glück“, sagt Dirk Heinz.

„Ohne Impfung wären wir mit der jetzt vorherrschenden und ansteckenderen Delta-Variante höchstwahrscheinlich in einer extrem schwierigen globalen Notlage.“

DIRK HEINZ, HZI-GESCHÄFTSFÜHRER

„Was gleich zu Beginn der Pandemie gut funktioniert und den Weg für die schnelle Impfstoffentwicklung geebnet hat, war die enge Zusammenarbeit zwischen Regierung, Wissenschaft, Behörden und Herstellern“, sagt Dr. Peggy Riese, Wissenschaftlerin in der HZI-Abteilung Vakzinologie und angewandte Mikrobiologie. Doch führte die schnelle Zulassung insbesondere der neuartigen mRNA-Impfstoffe auch zu Skepsis und Unsicherheiten in der Bevölkerung. „In Sachen Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit sollten wir im Falle einer



Das digitale System SORMAS erleichtert das Management von Kontaktpersonen und Infektionsketten. © HZI / SORMAS

erneuten Pandemie tatsächlich besser werden“, sagt Riese. „Weil alles so schnell ging, dachten viele, der Impfstoff sei aus dem Nichts entwickelt worden – doch das ist nicht der Fall. Die mRNA-Plattform existiert schon seit Jahrzehnten und wird seit über 20 Jahren in der Krebsforschung eingesetzt. Nur konnten damit bei der Bekämpfung von bösartigen Tumoren bislang keine bahnbrechenden Erfolge erzielt werden. Zu Beginn der Corona-Pandemie dachte man recht schnell daran zu untersuchen, ob die mRNA-Technologie für die Entwicklung eines Impfstoffs gegen SARS (Schweres akutes respiratorisches Syndrom)-CoV-2 geeignet ist.“

## Universelle und maßgeschneiderte Impfstoffe

Die Vorteile von mRNA-Impfstoffen: Sie können vergleichsweise schnell produziert und an neue Virusvarianten angepasst werden. Sinnvoll wäre auch die Entwicklung universeller Impfstoffe, die gegen eine große Bandbreite gefährlicher Erregervarianten wirken. „Hier kommen die Bioinformatik und die sogenannte reverse Vakzinologie ins Spiel, die die Impfstoffforschung mit großen Schritten voranbringen werden“, sagt Peggy Riese. „Mit computerbasierten Ansätzen ist es möglich, nach Gensequenzen zu fahnden, die bei vielen Virusvarianten vorkommen, und so einen mRNA-Abschnitt für einen Impfstoff zu finden, der gegen alle bekannten Varianten – und vielleicht auch die, die noch kommen – gut schützt.“



*Peggy Riese erforscht die Besonderheiten des Immunsystems im Zusammenspiel mit Impfstoffen. © HZI / Verena Meier*

Doch nicht immer entwickelt sich nach einer Impfung eine effiziente und langanhaltende Immunantwort. Aktuell kommt es deshalb vermehrt zu Impfdurchbrüchen. „Bei den Corona-Impfstoffen sehen wir gerade bei älteren Menschen, dass der Immunschutz nicht ganz so gut ist wie bei Jüngeren und mit der Zeit auch abnimmt“, sagt Riese. Immunsysteme ticken mitunter sehr unterschiedlich. Warum das so ist

und welche Prozesse dahinterstehen, darauf richtet Riese den Fokus ihrer Forschungsarbeit: „Wenn wir die Mechanismen besser verstehen, könnten maßgeschneiderte Impfstoffe entwickelt werden, die an die Besonderheiten des Immunsystems bestimmter Personengruppen angepasst sind und sie bestmöglich schützen.“

## Impfung über die Nase

Impfstoffe werden in der Regel in den Muskel injiziert. Das Problem dabei: An der Eintrittspforte, über die Krankheitserreger normalerweise in unseren Körper gelangen – bei Atemwegsinfektionen meist die Nasenschleimhaut –, gibt es keinen lokalen Immunschutz. „Durch konventionelle Impfungen wird keine Schleimhautimmunität aufgebaut. Das ist auch einer der Gründe, warum Viren weiterhin durch Geimpfte übertragen werden können“, erklärt Peggy Riese. Sogenannte Nasenspray-Impfungen wirken dagegen direkt am Ort des Geschehens. Sie stimulieren die Bildung wirksamer Antikörper in der Schleimhaut selbst und verhindern so, dass große Mengen an Viren

überhaupt in den Körper eintreten. Außerdem ist die Nasenspray-Impfung im Vergleich zur Injektion für den Impfling weitaus angenehmer. Doch warum ist sie dann nicht schon Standard? „Die Nasenschleimhaut funktioniert wie eine Barriere und versucht alles, was von außen kommt, abzuwehren. Und das gilt leider auch für Impfstoffe“, sagt Riese. „Wir sind daher auf der Suche nach passenden Wirkstoffverstärkern, die eine Nasenspray-Impfung wirksam und gleichzeitig auch sicher machen. Am HZI verfolgen wir dazu verschiedene Ansätze mit Immunverstärkern, die in präklinischen Studien bereits vielversprechende Ergebnisse zeigen.“

## Wirksame Medikamente gegen Viren

Impfungen können Ansteckungen und schwere Krankheitsverläufe zum Großteil verhindern. Doch was, wenn es trotzdem zu einer Erkrankung kommt? Dann helfen nur Medikamente, die idealerweise die weitere Ausbreitung des Virus im Körper verhindern, aber auch überschießende Immunantworten dämpfen. Große Hoffnung machen aktuell zwei neue wirksame Virustatika, die sogar oral verabreicht werden können, aber noch keine generelle Zulassung erhalten haben. „Die Gabe von Virustatika ist jedoch nur zu Beginn der Infektion sinnvoll. Verpasst man diesen Zeitpunkt, und das passiert leicht, da etwa bei Covid-19 anfangs keinerlei Symptome auftreten, benötigt man andere Medikamente wie Immunsuppressiva“, erklärt Dirk Heinz. „Die Corona-Pandemie hat uns deutlich gezeigt: Neben der breiten Anwendung von Impfstoffen sind eben auch wirksame Therapeutika erforderlich, um die Pandemie in den Griff zu bekommen.“

Um zukünftigen Pandemien auch medikamentös etwas entgegenzusetzen zu können, hat das HZI gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) kürzlich ein » Konzept zum Aufbau einer Nationalen Allianz für Pandemie-Therapeutika (NA-PATH) entwickelt. „Mit NA-PATH möchten wir die Wirkstoffforschung mit Blick auf gefährliche und potenziell gefährliche Erreger – das sind insbesondere RNA-Viren wie Influenzaviren, Coronaviren oder Flaviviren, zu denen Zika- und Dengueviren gehören – zielgerichtet vorantreiben“, sagt Heinz. „Wir müssen auf künftige Pandemien durch neuartige Erreger auch medikamentös deutlich besser vorbereitet sein. Hier kann und wird die Infektionsforschung in Deutschland ihren Beitrag leisten – mit vereinten Kräften und gebündelter Expertise.“

*Autorin: Nicole Silbermann*

*Veröffentlichung: Dezember 2021*

[zurück](#)

# 3G am Arbeitsplatz und wieder Home-Office: Neues zum Corona-Arbeitsschutz

Die Infektionszahlen erreichen immer neue Höhen, gleichzeitig endet die epidemische Lage von nationaler Tragweite – der Gesetzgeber war gefordert. Bereits ab dem 24.11.2021 gilt nun 3G am Arbeitsplatz und das verpflichtende Home-Office-Angebot lebt wieder auf. Zusätzlich wurde eine Rechtsgrundlage zur Datenerhebung und –verarbeitung durch Arbeitgeber insb. zum Impf- und Teststatus geschaffen, ein Katalog bundeseinheitlicher Schutzmaßnahmen beschlossen und die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV) erneut geändert.

*Der folgende Gastbeitrag von Rechtsanwalt Dr. Gunther Mävers behandelt ein wegen der sich stets verändernden Krisenlage hochaktuelles Thema. Nach Erscheinen können sich sehr schnell Änderungen der Sach- und Rechtslage ergeben. Unser Autor gibt die ihm bekannte Sach- und Rechtslage mit Stand vom 23.11.2021 wieder.*

[Produkte finden](#)[Berater-Kontakt](#)

Nach einem vermeintlich ruhigeren und trügerischen Verlauf der Pandemie in den Sommermonaten hat sich die Lage in den letzten Wochen leider wieder dramatisch zugespitzt und die vierte Welle nimmt ihren Lauf. Dies hat den Gesetzgeber wieder auf den Plan gerufen, wobei dieses Mal die Initiative nicht von der noch amtierenden Bundesregierung der Großen Koalition ausging, sondern von der mutmaßlichen künftigen Regierung und Ampelkoalition. Der von den Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP eingebrachte

der drei vorgenannten Fraktionen gegen das Votum der CDU/CSU und der AfD bei Enthaltung der Linke verabschiedet (vgl. BR-Drucks. 803/21) und einen Tag später vom Bundesrat einvernehmlich gebilligt (vgl. BR-Drucks. 803/21 (B) Beschlussdrucksache). Das Gesetz ist am 23.11.2021 verkündet worden und tritt nach Art. 22 Abs. 1 am Tag nach seiner Verkündung in Kraft; somit greifen die Änderungen mit Wirkung zum 24.11.2021.

Im Folgenden soll ein Überblick über die mit dem Gesetz einhergehenden generellen Änderungen erfolgen, bevor wir uns sodann detailliert den arbeitsrechtlichen Regelungen zuwenden.

## I. Generelle Änderungen: Bundeseinheitliche Schutzmaßnahmen

Durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll sichergestellt werden, dass trotz der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite auch zukünftig entsprechende Schutzmaßnahmen in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz bestehen bzw. ergriffen werden können.

### Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Hintergrund ist, dass die Annahme einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite und die damit verbundenen Corona-Verordnungen mit Ablauf des 25.11.2021 nicht mehr greifen. Bereits im Frühjahr 2020 (am 25.3.2020) hatte der Deutsche Bundestag gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 IfSG eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt und zuletzt im Sommer 2021 (am 25.8.2021) deren Fortbestehen beschlossen. Die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gilt aufgrund von § 5 Abs. 1 Satz 3 IfSG mit Ablauf des 24.11.2021 als aufgehoben, sofern der Deutsche Bundestag bis dahin keinen Beschluss über ihre Fortgeltung trifft. So sah § 6 Corona-ArbSchV a.F. auch entsprechend vor, dass die Verordnung am 1.7.2021 in Kraft und am Tag der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG, spätestens jedoch mit Ablauf des 24.11.2021 außer Kraft tritt. Obwohl die Pandemie noch lange nicht vorbei zu sein scheint – im Gegenteil: die sog. vierte Welle trifft uns derzeit mit voller Wucht – hat der Deutsche Bundestag mit den Stimmen der mutmaßlichen Ampelkoalitionäre nun beschlossen, dass kein Bedürfnis mehr für die Feststellung einer solchen epidemischen Lage von nationaler Tragweite besteht. Dies ist in jeder Hinsicht mehr als befremdlich und ein völlig falsches Signal.

Katalog bundeseinheitlicher Schutzmaßnahmen Intendiert ist damit offenbar die Sicherstellung bundeseinheitlicher Schutzmaßnahmen. Nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist es den Ländern nämlich grundsätzlich nicht mehr möglich, von den in § 28a Abs. 1 IfSG a.F. bislang genannten Schutzmaßnahmen Gebrauch zu machen. Beschlossen wurde stattdessen die Einfügung eines bundeseinheitlich anwendbaren Katalogs möglicher Schutzvorkehrungen. Hierdurch soll ermöglicht werden, je nach Entwicklung der Lage erforderliche Schutzvorkehrungen zu treffen. In der neugefassten Vorschrift des § 28a Abs. 7 IfSG ist daher – so wörtlich – vorgesehen, dass unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite folgende Maßnahmen not-



- die Anordnung von Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum,
- die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz),
- die Verpflichtung zur Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen sowie an die Vorlage solcher Nachweise anknüpfende Beschränkungen des Zugangs in den oder bei den in § 28a Abs. 1 Nr. 4 bis 8 und 10 bis 16 IfSG genannten Betrieben, Gewerben, Einrichtungen, Angeboten, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen,
- die Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten, auch unter Vorgabe von Personenobergrenzen, für die in § 28a Abs. 1 Nr. 4 bis 8 und 10 bis 16 IfSG genannten Betriebe, Gewerbe, Einrichtungen, Angebote, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen,
- die Beschränkung der Anzahl von Personen in oder bei den in § 28a Abs. 1 Nr. 4 bis 8 und 10 bis 16 genannten Betrieben, Gewerben, Einrichtungen, Angeboten, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen,
- die Erteilung von Auflagen für die Fortführung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33 IfSG, Hochschulen, außerschulischen Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder ähnlichen Einrichtungen und
- die Anordnung der Verarbeitung der Kontaktdaten von Kunden, Gästen oder Veranstaltungsteilnehmern in den oder bei den in § 28a Abs. 1 Nr. 4 bis 8 und 10 bis 16 IfSG genannten Betrieben, Gewerben, Einrichtungen, Angeboten, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen, um nach Auftreten einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mögliche Infektionsketten nachverfolgen und unterbrechen zu können; dabei kann auch angeordnet werden, dass die Nachverfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten vorrangig durch die Bereitstellung der QR-Code-Registrierung für die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts erfolgt.

Diese Schutzmaßnahmen beziehen sich somit zusammengefasst auf die Anordnung eines Abstandsgebots, die Maskenpflicht, die Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen, verpflichtende Hygienekonzept Auflagen für den Betrieb von Gemeinschaftseinrichtungen wie Hochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung sowie die Verarbeitung von Kontaktdaten von Kunden, Gästen oder Teilnehmern einer Veranstaltung.

## Weitere Schutzmaßnahmen

Ungeachtet dessen sieht § 28 Abs. 8 IfSG vor, dass individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG weiterhin möglich bleiben. Hierbei sollen die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen sein. Durch diese Regelungssystematik würden – so lautet es im Gesetzesentwurf – gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen zum Infektionsschutz im regulären parlamentarischen Verfahren jederzeit kurzfristig ermöglicht.

## II. Änderungen im Betrieb: 3G am Arbeitsplatz, Wiedereinführung der Home-Office-Pflicht und mehr

Soweit die generellen Änderungen, die hier nur zum besseren Verständnis wiedergegeben, aber nicht weiter kommentiert werden sollen. Doch was gilt nun – um zum eigentlichen Thema zu kommen – am Arbeitsplatz

## 3G-Regelung am Arbeitsplatz

Neu ist insbesondere die Einführung einer 3G-Regelung am Arbeitsplatz, die allgemein greift und nicht nur auf bestimmte Arbeitsstätten beschränkt ist. Nach der Vorgabe des § 28b Abs. 1 Satz 1 IfSG dürfen Arbeitgeber und Beschäftigte Arbeitsstätten, in denen physische Kontakte von Arbeitgebern und Beschäftigten untereinander oder zu Dritten nicht ausgeschlossen werden können, nur betreten, wenn sie geimpfte Personen, genesene Personen oder getestete Personen sind und einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder einen anerkannten Testnachweis mit sich führen, zur Kontrolle verfügbar halten oder bei dem Arbeitgeber hinterlegt haben. Gleiches gilt für Transporte von mehreren Beschäftigten zur Arbeitsstätte oder von der Arbeitsstätte. Sofern die dem Testnachweis zugrunde liegende Testung mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist, darf diese maximal 48 Stunden zurückliegen. Ungeachtet dessen ist Arbeitgebern und Beschäftigten nach § 28b Abs. 1 Satz 2 IfSG ein Betreten der Arbeitsstätte erlaubt, um sodann unmittelbar vor der Arbeitsaufnahme ein Testangebot des Arbeitgebers oder ein Impfangebot des Arbeitgebers wahrzunehmen. Satz 3 sieht schließlich vor, dass der Arbeitgeber seine Beschäftigten bei Bedarf in barrierefrei zugänglicher Form über die betrieblichen Zugangsergelenungen zu informieren hat. Strengere Vorgaben gelten für Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oder sonstigen Einrichtungen im Sinne des § 36 IfSG, für die nur ein Test ein Zugang möglich ist. Allerdings können Geimpfte und Genesene die Testung auch durch Antigen-Test zur Eigenanwendung ohne Überwachung durchführen und müssen die Testung auch nur zweimal die Woche durchführen. Die Einrichtungen sind zudem zur Erstellung eines Testkonzepts verpflichtet.

## Kontroll- und Dokumentationspflicht

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Einhaltung der vorstehenden Verpflichtungen nach Maßgabe des § 28b Abs. 3 Satz 1 IfSG durch Nachweiskontrollen täglich zu überwachen und regelmäßig zu dokumentieren. Um dies zu ermöglichen, ist ferner vorgesehen, dass alle Arbeitgeber sowie jeder Beschäftigte verpflichtet sind, einen entsprechenden Nachweis auf Verlangen vorzulegen, § 28b Abs. 3 Satz 2 IfSG. Bei den Kontrollen der Nachweise über den Status geimpft und genesen – so lautet es im Bericht des Hauptausschusses (BT-Drucks. 20/89) – seien vereinfachte Kontrollprozesse anwendbar; eine sichere Kontrolle sei vor allem dann gewährleistet, wenn sie digital durch geeignete technische Lösungen (zum Beispiel die CovPass-App) erfolge.

## Datenerhebung und -verarbeitung

Des Weiteren ist eine von Arbeitgeberseite seit Monaten eingeforderte Rechtsgrundlage zur Datenerhebung und -verarbeitung eingeführt worden. Soweit es zur Erfüllung der oben genannten Pflichten erforderlich ist, dürfen Arbeitgeber nun zu diesem Zweck personenbezogene Daten einschließlich Daten zum Impf-, Sero- und Teststatus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erheben und verarbeiten, §. § 28b Abs. 3 Satz 3 IfSG. Nach dem Bericht des Hauptausschusses (BT-Drucks. 20/89) sollen auch digitale Formen der Erhebung und Speicherung von Nachweisen sind zugelassen sein, um zusätzliche Möglichkeiten zur Reduzierung des betrieblichen Umsetzungsaufwands zu schaffen. Die Daten dürfen gem. § 28b Abs. 3 Satz 4 IfSG auch zur Anpassung des betrieblichen Hygienekonzepts auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung gemäß den §§ 5 und 6 ArbSchG verwendet werden, soweit dies erforderlich ist.

ten Gründe entgegenstehen (§ 28b Abs. 4 Satz 1 IfSG). Solche betriebsbedingten Gründe können vorliegen, wenn die Betriebsabläufe sonst erheblich eingeschränkt würden oder gar nicht aufrechterhalten werden könnten. Beispiele können sein: mit einer Bürotätigkeit verbundene Nebentätigkeiten wie die Bearbeitung und Verteilung der eingehenden Post, die Bearbeitung des Wareneingangs und Warenausgangs, Schaltdienste bei weiterhin erforderlichen Kunden- und Mitarbeiterkontakten, Materialausgabe, Reparatur- und Wartungsaufgaben (zum Beispiel IT-Service), Hausmeisterdienste und Notdienste zur Aufrechterhaltung des Betriebes, unter Umständen auch die Sicherstellung der Ersten Hilfe im Betrieb. Technische oder organisatorische Gründe, wie zum Beispiel die Nichtverfügbarkeit benötigter IT-Ausstattung, notwendige Veränderung der Arbeitsorganisation oder unzureichende Qualifizierung der betroffenen Beschäftigten, können in der Regel nur vorübergehend bis zur Beseitigung des Verhinderungsgrunds angeführt werden. Auch können besondere Anforderungen des Betriebsdatenschutzes und des Schutzes von Betriebsgeheimnissen gegen die Ausführung von Tätigkeiten im Home-Office sprechen. Die Beschäftigten haben dieses Angebot anzunehmen, soweit ihrerseits keine Gründe entgegenstehen (§ 28b Abs. 4 Satz 2 IfSG). Gründe, die dem entgegenstehen, können bspw. räumliche Enge, Störungen durch Dritte oder unzureichende Ausstattung sein. Über die Gründe, die dem Home-Office entgegenstehen, reicht eine formlose Mitteilung des Beschäftigten an den Arbeitgeber aus. Liegen betriebliche Gründe dafür vor, dass die Home-Office - Maßnahme nicht umgesetzt werden kann, so muss der Arbeitgeber auf Verlangen der zuständigen Behörde diese Gründe darlegen und sollte dies daher auch vorsorglich dokumentieren.

## FAQs zu 3G am Arbeitsplatz

Die Einführung der 3G-Regelung am Arbeitsplatz – bzw. genauer an der Arbeitsstätte – wird in der Praxis zu vielfältigen neuen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Umsetzung führen, auf die hier im Rahmen dieses Überblicks nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Wegen näherer Einzelheiten kann und soll an dieser Stelle stattdessen auf die den Internetseiten des BMAS veröffentlichten „**FAQs zu 3G am Arbeitsplatz**“ verwiesen werden, die sich mit folgenden Fragestellungen befassen:

- Welche Ziele werden mit der Einführung der allgemeinen 3G-Regel für Arbeitgeber und Beschäftigte verfolgt?
- Welche Bereiche fallen unter den Begriff "Arbeitsstätte" im Sinne des § 28b IfSG?
- Welche Personen fallen unter den Begriff "Beschäftigte"?
- Was ist unter "möglichen physischen Kontakten" zu verstehen?
- Was ist ein Sammeltransport?
- Welche Auswirkungen hat die betriebliche 3G-Regelung auf das Home-Office?
- Welche Ausnahmen sind hinsichtlich der 3G- Nachweispflichten vorgesehen?
- Warum ist die Mitwirkung der Betriebe an Kontrolle und Durchsetzung der betrieblichen 3G-Regelungen erforderlich?
- Wer darf betriebliche Kontrollen der 3G-Nachweise durchführen?
- Welchen Umfang müssen die Kontrollen durch den Arbeitgeber haben?
- Was ist bezüglich der mitzuführenden 3G-Nachweise zu beachten?



- Müssen die Beschäftigten für Testkosten aufkommen?
- Können betriebliche Testangebote, die sich aus der SARS-CoV-2- Arbeitsschutzverordnung oder anderen Rechtsnormen ergeben, als 3G-Nachweis herangezogen werden?
- Was ist im Zusammenhang mit der Durchführung und Dokumentation von Selbsttests unter Aufsicht des Arbeitgebers zu beachten?
- Welche arbeitsrechtlichen Konsequenzen hat es, wenn jemand seinen Status nicht preisgeben möchte? Wann ist eine Kündigung möglich? Wie verhält es sich mit der Lohnfortzahlung?
- Mit welchen Bußgeldern muss bei Verstoß gegen Nachweis- und Kontrollpflichten gerechnet werden?

## Änderung der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung

Weitere Änderungen betreffen die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV).

Die Regelung des § 1 Abs. 3 Satz 1 Corona-ArbSchV, welche vorsieht, dass bei der Umsetzung der Anforderungen der Corona-ArbSchV die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel vom 7.5.2021 (GMBI 2021, S. 6229) in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen ist, wurde um einen zweiten Satz ergänzt. Hiernach können zur weiteren Orientierung über geeignete Maßnahmen insbesondere Handlungsempfehlungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie die branchenbezogenen Handlungshilfen der Unfallversicherungsträger herangezogen werden. Dies galt bislang nach der nun aufgehobenen Vorschrift des § 2 Abs. 1 S. 5 Corona-ArbSchV a.F. nur im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung und bei der Erstellung des betrieblichen Hygienekonzeptes, gilt nun aber generell.

Bereits bislang galten umfangreiche Regelungen zur Kontaktreduzierung im Betrieb. Die dies vorsehende Vorschrift des § 3 SARS-CoV-2 a.F. sah vor, dass der Arbeitgeber alle geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat, um betriebsbedingte Personenkontakte zu reduzieren sowie die gleichzeitige Nutzung von Räumen durch mehrere Personen ist auf das betriebsnotwendige Minimum zu reduzieren hat. Nach der neugefassten Regelung des § 3 SARS-CoV-2 hat der Arbeitgeber – weiterhin – zu prüfen, welche geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen werden können, um betriebsbedingte Personenkontakte zu reduzieren; auch die gleichzeitige Nutzung von Räumen durch mehrere Personen ist – wie bislang auch – auf das betriebsnotwendige Minimum zu reduzieren, allerdings – und dies ist neu – nur insofern, als nicht durch andere Maßnahmen ein gleichwertiger Schutz sichergestellt werden kann. In der Begründung zum Gesetzentwurf lautet es hierzu, dass betriebsbedingte Zusammenkünfte bspw. durch die Möglichkeit des Arbeitens von zu Hause auf ein betriebsnotwendiges Maß beschränkt werden können und durch intensives und fachgerechtes Lüften eine Verringerung der Konzentration ausgeschiedener Viren bewirkt und damit das Infektionsrisiko in Räumen gesenkt werden kann.

### III. Ausblick

Insgesamt sind die Neuregelung zu begrüßen und werden dem gesetzgeberischen formulierten Anspruch, der Pandemie nachhaltiger entgegenzuwirken, auch im Wesentlichen gerecht.

Hygienekonzepte an das jeweilige regionale oder branchenspezifische Infektionsgeschehen sowie auch den Impfstatus der Belegschaft ermöglichen und zugleich einen wirkungsvollen Vollzug sicherstellen. Ob die Neuregelungen diesem Anspruch gerecht werden können, wird sich in der Praxis indes in den nächsten Wochen und Monaten erweisen müssen.

## Zahlreiche offene Detailfragen

Schon jetzt wird auf viele sich neu stellende Frage und zurecht auch auf einige Unzulänglichkeiten hingewiesen. Diese wird die Praxis zu klären haben. Ungeachtet dessen stellt die Neuregelung einen wichtigen Impuls und ein Signal gegenüber dem Arbeitgeber dar, die nun endlich auch nach dem Impfstatus fragen und die hierzu erforderlichen Daten erheben und speichern können. Viel wichtiger ist allerdings die mit den Neuregelungen an die immer noch nicht geimpften Personen einhergehende Botschaft, sich doch nun endlich impfen zu lassen. Dies ist immens wichtig und lässt uns über den sich nun ergebenden Mehraufwand für alle Beteiligten hinwegsehen.

## Befristung bis zum 19.3.2022

Die mit Wirkung zum 24.11.2021 in Kraft tretenden Änderungen sind ohnehin bis zum Ablauf des 19.3.2022 befristet. Es bleibt abzuwarten ob diese Maßnahmen dann noch weiter erforderlich sein werden und wir all hoffen doch sehr, dass dies dann nicht mehr der Fall sein wird. Zunächst gilt aber, dass auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer – ggf. gemeinsam mit der Arbeitnehmervertretung – verantwortungsvoll ihren Beitrag zur weiteren Bekämpfung der Pandemie zu leisten haben: d.h. weiterhin „Masken auf und – falls noch nicht geschlafen – bitte auch die Ärmel hoch“ – es ist immens wichtig, für einen jeden von uns allen. Anders wird der Übergang von der Pandemie in die Endemie nicht zu erreichen sein.

Dr. Gunther Mävers, Maître en Droit (Aix-en-Provence)  
Köln, November 2021

### DR. GUNTHER MÄVERS

- Dr. Gunther Mävers, Fachanwalt für Arbeitsrecht, ist Gründungspartner von **michels.pmks** und seit Aufnahme seiner anwaltlichen Berufstätigkeit in allen Bereichen des Arbeitsrechts tätig.
- Ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der Beratung international agierender Unternehmen, insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum im Rahmen von grenzüberschreitenden Sachverhalten mit allen sich in diesem Zusammenhang stellenden arbeitsrechtlichen Fragen.
- Darüber hinaus verfügt er über umfangreiche Erfahrungen im Bereich Corporate Immigration und ist als einer der weltweit führenden Anwälte in diesem Bereich im „The International Who’s Who of Corporate Immigration Lawyers“ gelistet. Zudem ist er Mitglied und Board Member in den Netzwerken Visalaw International und Alliance of Global Business Immigration Lawyers.“

## Lesen Sie mehr zum Thema "Corona & Arbeitsrecht":

- [Corona-Urlaubsrecht 2021](#)
- [Home Office - Sweet Home Office](#)
- [Homeoffice – Begriff, Anspruch und Herausforderungen](#)
- [Aktuelles Corona-Arbeitsrecht: Notbremse, Testangebot durch Arbeitgeber](#)
- [Corona und die Urlaubsrückkehrer 14 arbeitsrechtliche Fragen zur Rückkehr aus einem Risikogebiet, Vergütung, Quarantäne & Co](#)
- [Neuerliche Neufassung und Modifizierung der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung](#)
- [Coronavirus & Arbeitsrecht Die 12 wichtigsten Fragen](#)
- [Das Coronavirus und das deutsche Arbeitsrecht: Arbeitsrechtliche Rechte und Pflichten bei Quarantäne](#)

Produkte finden

Berater-Kontakt

## Mit juris immer auf dem aktuellen Stand

Wählen Sie ein passendes Produkt und testen Sie das Angebot von juris 30 Tage lang kostenfrei.

TESTPRODUKT WÄHLEN

## Unternehmen

Über juris

Partner der jurisAllianz

Karriere

## Kontakt

0681 - 5866 44 22

Mo - Fr von 8 bis 18 Uhr

[Kontaktformular](#)

[Anfahrt](#)

Produkte finden

Berater-Kontakt

## Produkte

JURIS RECHT

Grundausrüstung

Fachgebiete

JURIS BUSINESS

JURIS AKADEMIE

## Branchen

Rechtsanwaltskanzlei

Notariat

Steuerberatung und Wirtschaftsprüfung

Öffentliche Verwaltung

Vereine und Verbände

Unternehmen

Schulungen

Veranstaltungen

FAQs

Downloads

Prozesskostenrechner

News & Abstracts

juris Magazin



Produkte finden

Berater-Kontakt

[Datenschutz](#) | [Impressum](#) | [AGB](#) | 2023 juris GmbH

**GLOBALE LAGE**

## Coronavirus: WHO spricht von Pandemie

Stand: 11. März 2020, 21:44 Uhr

Weltweit haben sich mehr als 118.000 Menschen mit dem Coronavirus infiziert, betroffen sind mehr als 110 Länder. Wegen der Zahlen hat die Weltgesundheitsorganisation den Ausbruch des Virus nun als Pandemie eingestuft.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft die Verbreitung des neuen Coronavirus Sars-CoV-2 nunmehr als Pandemie ein. Das sagte WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus am Mittwoch in Genf.

Er begründete seine Entscheidung damit, dass sich in den vergangenen zwei Wochen die Zahl der mit dem neuen Virus infizierten Personen außerhalb Chinas um das 13fache erhöht habe, ebenso habe sich die Zahl der betroffenen Länder verdreifacht. So gibt es laut Zählung der WHO mehr als 118.000 Fälle in 114 Ländern. Bislang seien mehr als 4.000 Menschen ums Leben gekommen. 81 Länder hätten bislang keinerlei Vorfälle gemeldet.

### WHO: Keine veränderten Maßnahmen

WHO-Generaldirektor Ghebreyesus betonte zugleich, dass das Wort "Pandemie" nicht zu unbegründeter Furcht führen sollte. Es gebe keine geänderte Einschätzung der Bedrohungslage. Auch an den Maßnahmen der WHO und der betroffenen Staaten ändere sich nichts. "Alle Staaten können den Verlauf der Pandemie immer noch ändern", sagte Ghebreyesus. Zugleich forderte er die betroffenen Länder auf, ihre Notfallmechanismen zu aktivieren. Auch sollte weiterhin jeder Coronavirus-Fall behandelt und die entsprechenden Kontaktpersonen gefunden werden.

**» Lasst uns alle aufeinander achten!«**

— *Tedros Adhanom Ghebreyesus* | WHO-Generaldirektor

### Was versteht man unter Pandemie?

Die WHO definiert eine Pandemie als eine Situation, in der die ganze Weltbevölkerung einem Erreger potenziell ausgesetzt ist und "potenziell ein Teil von ihr erkrankt", wie der WHO-Direktor für Notfälle, Michael Ryan, in den vergangenen Tagen erläuterte. Darüber, wie ansteckend oder tödlich die jeweilige Krankheit ist, sagt der Pandemie-Begriff jedoch nichts aus.

Die WHO-Zentrale in Genf.

Bildrechte: imago/imagebroker

Im Unterschied zur Epidemie ist eine Pandemie örtlich nicht beschränkt. Es kann aber auch Gebiete geben, die nicht von der Krankheit

betroffen werden. Die Ausrufung einer Pandemie durch die WHO bezieht sich auf die globale Situation und nicht auf die Situation in den einzelnen Mitgliedsstaaten.

## Was bedeutet eine ausgerufene Pandemie?

Die Weltgesundheitsorganisation hatte 1999 alle Staaten aufgefordert, sogenannte Pandemiepläne zu entwickeln. Damals wollte man für eine weltweite Grippe-Ausbreitung gerüstet sein. Seit Anfang 2005 gibt es in Deutschland einen sogenannten Pandemieplan. Der Notfallplan, entwickelt vom Robert-Koch-Institut, sieht zahlreiche Schutzmaßnahmen vor – von der Entwicklung von Impfstoffen über die Bevorratung von Medikamenten bis hin zu Reiseverboten. Auch Empfehlungen für persönliche Hygienemaßnahmen wie Händewaschen sind Bestandteil des Plans.

Die Bundesländer haben landesspezifische Pläne, auch Kommunen und Kliniken haben Pandemiepläne. Wenn eine Pandemie ausgerufen ist, werden die bereits etablierten Maßnahmen und Krisenreaktionsstrukturen fortgeführt, bei Bedarf intensiviert und an neue Situationen angepasst.

### MDR-SCHWERPUNKT

## Das Coronavirus

### Dieses Thema im Programm:

MDR AKTUELL RADIO | 11. März 2020 | 18:00 Uhr

### 1 Kommentar

---

**Denkschnecke** am 12.03.2020

Leider hat sich der Begriff "Coronavirus" eingebürgert, der nur eine Familie von Viren beschreibt, die z.T. nur gewöhnliche Erkältungen hervorrufen. Ich bitte die Redaktionen aller Medien darum, korrekt vom SARS-CoV-2-Virus zu sprechen. Inzwischen haben schon "Medizinexperten" wie PEGIDA-Lutz entdeckt, dass Coronaviren schon auf ihrer ollen Flasche Desinfektionsmittel erwähnt sind und schließen daraus, dass alles nur ein von der Regierung gesteuerter Hype sei.





## Europäische Kommission erteilt bedingte Zulassung für den COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca für die Europäische Union

Die bedingte Zulassung (conditional marketing authorisation, CMA) des COVID-19-Impfstoff des britisch-schwedischen Unternehmens AstraZeneca gilt für die Mitgliedstaaten der EU sowie des EWR. Auf seiner Sitzung am 29.01.2021 hatte zuvor der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) die bedingte Zulassung empfohlen. Bei dem Impfstoff von AstraZeneca handelt es sich um den ersten gegen COVID-19 zugelassenen Vektorimpfstoff. Mit dessen Zulassung durch die Europäische Kommission stehen in der Europäischen Union (EU) und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) nun drei Impfstoffe gegen eine COVID-19-Erkrankung zur Verfügung. In Deutschland ist vor dem Einsatz eines Impfstoffs zusätzlich die staatliche Chargenfreigabe durch das Paul-Ehrlich-Institut erforderlich.



Am 05.10.2020 begann ein Rolling-Review-Verfahren für den COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca, um in einem zeitlich optimierten Verfahren den Impfstoff hinsichtlich umfassender Sicherheitsbewertungen durch Arzneimittelexpertinnen und -experten des Paul-Ehrlich-Instituts und der anderen nationalen Arzneimittelbehörden in der EU zu prüfen. Nach Eingang des Antrags auf bedingte Zulassung am 12.01.2021 hatte der CHMP am 29.01.2021 gegenüber der Europäischen Kommission die Empfehlung ausgesprochen, diese Zulassung zu erteilen. Auf der Grundlage der Empfehlung erteilte die Europäische Kommission nach Konsultierung der Mitgliedstaaten im Ständigen Ausschuss für Humanarzneimittel der EU die Zulassung für den gesamten Europäischen Wirtschaftsraum.

Die bedingte Zulassung für den Impfstoffkandidaten von AstraZeneca erfolgt auf Grundlage der Ergebnisse aus klinischen Prüfungen mit Menschen ab 18 Jahren. Während bisherige Studien überwiegend Teilnehmende aus der Altersgruppe von 18 bis 55 Jahren umfassen, involvieren aktuelle Studien insbesondere Teilnehmende ab 55 Jahren. Um eine Zulassung zu erhalten, müssen Impfstoffe ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweisen. Bei einer bedingten Zulassung wird dieses kontinuierlich durch weitere Untersuchungen und die Bewertung der daraus resultierenden Daten durch wissenschaftliche Expertinnen und Experten nach höchsten Sicherheitsanforderungen überprüft.

Die Impfung mit dem COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca erfolgt in zwei Dosen. Die zweite Dosis erfolgt vier bis zwölf Wochen nach der ersten Impfung. Dieser Vektorimpfstoff kann im Kühlschrank in ungeöffnetem 8- oder 10-Dosenbehältnis für sechs Monate und nach der Öffnung zwei Tage gelagert werden. Die bislang ermittelte Wirksamkeit

des Impfstoffprodukts nach zweimaliger Impfung im Abstand von vier bis 12 Wochen ist mit 60 % geeignet, einen wichtigen Beitrag zur Pandemiebekämpfung zu leisten. Dafür spricht ebenso das gute Sicherheitsprofil des COVID-19-Impfstoffs von Astra Zeneca.

Die Zulassung eines weiteren Impfstoffkandidaten stellt einen wichtigen Schritt dar, die SARS-CoV-2-Pandemie einzudämmen. Die enge, globale Zusammenarbeit aller an der Impfstoffentwicklung beteiligten Expertinnen und Experten ermöglicht es, auf höchstem Sicherheitsstandard wirksame Impfstoffe in optimierter Zeit zu entwickeln. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Paul-Ehrlich-Instituts haben durch frühe wissenschaftlich-regulatorische Beratungen (Scientific Advice) der Impfstoffentwickler sowie durch die Genehmigung klinischer, auch kombinierter klinischer Prüfungen im Rolling-Review-Verfahren dazu beigetragen, die Verfahrensabläufe zu beschleunigen. Das Institut ist außerdem mit einem Experten im CHMP vertreten und beteiligt sich aktiv an den Bewertungen in den verschiedenen europäischen Zulassungsverfahren.

In Deutschland benötigen Chargen (Produktionseinheiten) eines Impfstoffs die staatliche Chargenfreigabe durch das Paul-Ehrlich-Institut, bevor sie vertrieben und angewendet werden dürfen. Die Chargenprüfung bedeutet, dass u.a. experimentelle Untersuchungen des Impfstoffs durch das Paul-Ehrlich-Institut oder ein anderes Offizielles Medizinisches Kontrolllabor in Europa (Official Medical Control Laboratory, OMCL) vor der Chargenfreigabe erfolgen.

---

## Weitere Informationen

- › Pressemitteilung der Europäischen Kommission - EMA recommends COVID-19 Vaccine AstraZeneca for authorisation in the EU (Englisch) [<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-astrazeneca-authorisation-eu>]
- › Übersicht der in EU/EWR zugelassenen COVID-19-Impfstoffe [[DE/Arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html](https://www.bfberg.de/DE/Arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html)]
- › Dossier Coronavirus und COVID-19 [[DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-node.html](https://www.bfberg.de/DE/Newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-node.html)]
- › FAQ Coronavirus [[DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html](https://www.bfberg.de/DE/Service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html)]

---

Aktualisiert: 29.01.2021



Das Paul-Ehrlich-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.  
Es fördert durch Forschung und Prüfung Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel.

## Europäische Kommission erteilt Zulassung des COVID-19-Impfstoffs von BioNTech/Pfizer für die Europäische Union

Die Europäische Kommission hat am 21.12.2020 um 18:30 Uhr eine bedingte Zulassung (conditional marketing authorisation, CMA) für den COVID-19-Impfstoff der Unternehmen BioNTech/Pfizer erteilt. Mit der Zulassung ist die Europäische Kommission der Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) vom 21.12.2020 um 15 Uhr gefolgt. Bei dem zugelassenen Impfstoff handelt es sich um den mRNA-Impfstoff BNT162b2 (Handelsname Comirnaty). Die Zulassung durch die Europäische Kommission erlaubt es, den Impfstoff in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Verkehr zu bringen und zu verimpfen. In Deutschland ist vor dem Einsatz eines Impfstoffs eine staatliche Chargenfreigabe durch das Paul-Ehrlich-Institut erforderlich.



Nach einem Rolling-Review-Verfahren und einem beschleunigten Zulassungsverfahren hat der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur EMA (European Medicines Agency) am 21.12.2020 der Europäischen Kommission empfohlen, für den COVID-19-Impfstoff BNT162b2 eine bedingte Zulassung auszusprechen. Auf der Grundlage der Bewertung durch den CHMP erteilte die Europäische Kommission nach Konsultierung der Mitgliedstaaten im Ständigen Ausschuss für Humanarzneimittel der EU die Zulassung für die gesamte Europäische Union.

Impfstoffe sind der Game-Changer zur Überwindung der COVID-19-Pandemie. Sie sind aktuell die wirksamste Möglichkeit, die Pandemie einzudämmen und sich selbst vor COVID-19 zu schützen. Nur die enge, weltweite Zusammenarbeit aller an der Impfstoffentwicklung beteiligten Expertinnen und Experten hat es ermöglicht, die Prozesse ohne Sorgfaltsverluste effizienter zu gestalten, sodass die Marktzulassung für die EU durch die Europäische Kommission zu einem frühen Zeitpunkt erfolgen konnte. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Paul-Ehrlich-Instituts haben durch frühe wissenschaftlich-regulatorische Beratungen (Scientific Advice) der Impfstoffentwickler sowie durch die Genehmigung klinischer, auch kombinierter klinischer Prüfungen im Rolling-Review-Verfahren zur Beschleunigung der Verfahrensabläufe dazu beigetragen. Das Institut ist zudem mit einem Experten im CHMP vertreten und beteiligt sich aktiv an den Bewertungen in den verschiedenen europäischen Zulassungsverfahren.

In Deutschland dürfen Chargen (Produktionseinheiten) des Impfstoffs nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie vom Paul-Ehrlich-Institut geprüft und freigegeben wurde. Derzeit befinden sich Chargen des Impfstoffs in der Paralleltestung. Das Paul-Ehrlich-Institut nimmt bereits die experimentelle Chargenprüfung vor. Das Institut wird die nationale

Chargenfreigabe durch Ausgabe des Prüfzertifikats in alle EU-Mitgliedstaaten erteilen, sofern der Chargenprüfungsantrag des Zulassungsinhabers eingegangen ist und alle Anforderungen erfüllt sind.

---

## Weitere Informationen

- › [Übersicht der in EU/EWR zugelassenen COVID-19-Impfstoffe \[DE/medizin/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html\]](#)
  - › [Pressemitteilung der Europäischen Kommission - European Commission authorises first safe and effective vaccine against COVID-19 \(Englisch\) \[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_20\\_2466\]](#)
  - › [FAQ Coronavirus \[DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html\]](#)
- 

Aktualisiert: 21.12.2020

---



Das Paul-Ehrlich-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Es fördert durch Forschung und Prüfung Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel.



## Europäische Kommission erteilt Zulassung für den COVID-19-Impfstoff von Moderna für die Europäische Union

Die Europäische Kommission hat am 06.01.2021 eine bedingte Zulassung (conditional marketing authorisation, CMA) für den COVID-19-Impfstoff des Unternehmens Moderna erteilt. Damit folgte sie der Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) vom 06.01.2021. Bei dem zugelassenen Impfstoff „COVID-19 Vaccine Moderna“ handelt es sich um einen mRNA-Impfstoff. Die Zulassung durch die Europäische Kommission erlaubt es, den Impfstoff in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Verkehr zu bringen und zu verimpfen. In Deutschland ist vor dem Einsatz eines Impfstoffs eine staatliche Chargenfreigabe durch das Paul-Ehrlich-Institut erforderlich.



Der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der EMA hat am 06.01.2021 der Europäischen Kommission die bedingte Zulassung (conditional marketing authorisation, CMA) des COVID-19-Impfstoffes von Moderna empfohlen. Basierend auf der Bewertung durch den CHMP erteilte die Europäische Kommission nach Konsultierung der Mitgliedstaaten im Ständigen Ausschuss für Humanarzneimittel der EU die Zulassung für die gesamte Europäische Union.

Der von Moderna entwickelte COVID-19-Impfstoff ist für die Anwendung an Personen ab einem Alter von 18 Jahren vorgesehen. Er enthält pro Dosis von 0,5 Millilitern 100 Mikrogramm modifizierte mRNA mit dem Bauplan für das in der Präfusionskonformation stabilisierte Spikeprotein des SARS-Coronavirus-2, versetzt mit Lipidnanopartikeln. Vorgesehen sind zwei Impfungen mit dieser Dosis in einem zeitlichen Abstand von 28 Tagen. Die Sicherheit des Impfstoffs wurde an 15.185 geimpften Studienteilnehmern erhoben, von denen etwa 7.500 mindestens 65 Jahre alt waren. Für die Wirksamkeit wurden etwa 28.000 1:1 randomisierte Studienteilnehmende im medianen Mittel für einen Zeitraum von 92 Tagen beobachtet. Hier wurde eine Wirksamkeit von 93,6 Prozent ermittelt, wobei ein Zeitintervall von 21 bis 43 Tagen erlaubt wurde.

Impfstoffe sind aktuell die wirksamste Möglichkeit, die SARS-CoV-2-Pandemie einzudämmen. Nur die enge, weltweite Zusammenarbeit aller an der Impfstoffentwicklung beteiligten Expertinnen und Experten hat es ermöglicht, die Prozesse ohne Sorgfaltsverluste effizienter zu gestalten, sodass die Marktzulassung für die EU durch die Europäische Kommission zu einem frühen Zeitpunkt erfolgen konnte. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Paul-Ehrlich-Instituts

haben durch frühe wissenschaftlich-regulatorische Beratungen (Scientific Advice) der Impfstoffentwickler zur Beschleunigung der Verfahrensabläufe dazu beigetragen. Das Institut ist zudem mit einem Experten im CHMP vertreten und beteiligt sich aktiv an den Bewertungen in den verschiedenen europäischen Zulassungsverfahren.

In Deutschland dürfen Chargen (Produktionseinheiten) des Impfstoffs nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie vom Paul-Ehrlich-Institut oder einem anderen Offiziellen Medizinischen Kontrolllabor in Europa (OMCL) geprüft und durch die Chargenfreigabe des Paul-Ehrlich-Instituts für Deutschland freigegeben wurden. Dies stellt die mit der Zulassung konforme Qualität von Impfstoffdosen aus jeder Charge sicher. Die unabhängig vom Hersteller vorgenommene experimentelle Prüfung von Proben jeder Impfstoffcharge gewährleistet die Übereinstimmung von Impfstoffdosen aus jeder Charge mit den in der Zulassung festgelegten Spezifikationen.

---

## Weitere Informationen

- › Pressemitteilung der Europäischen Kommission - European Commission authorises second safe and effective vaccine against COVID-19 (Englisch) [[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_21\\_3](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_3)]
- › Übersicht der in EU/EWR zugelassenen COVID-19-Impfstoffe [<DE/medizin/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>]
- › FAQ Coronavirus [<DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html>]

---

Aktualisiert: 06.01.2021

---



Das Paul-Ehrlich-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Es fördert durch Forschung und Prüfung Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel.

## Ab 8. März: Ein kostenloser Schnelltest pro Woche

Die Ergebnisse der Bund-Länder-Beratungen stehen nun fest: Künftig hat jeder das Recht, sich mindestens einmal pro Woche kostenlos mit einem Schnelltest auf das Coronavirus testen zu lassen. Die Schnelltests sollen etwa in Testzentren, Apotheken und Arztpraxen angeboten werden. Diese Erweiterung der Nationalen Teststrategie ist an einen fünfstufigen Öffnungsplan geknüpft.

👤 ✉ Charlotte Kurz    👤 ✉ Stephanie Schersch    🕒 04.03.2021 09:22 Uhr



Künftig wird es in Testzentren, Apotheken und Arztpraxen kostenlose Schnelltests für alle geben. / Foto: imago images/BeckerBredel

Bis spät in die Nacht haben Bund und Länder am gestrigen Mittwoch über die Verlängerung des Lockdowns und mögliche Öffnungsschritte beraten. Nun gibt es eine Entscheidung, samt fünf-stufigem Öffnungsplan. Der Beschluss fasst das Vorhaben folgendermaßen zusammen: »Für die nächsten Wochen und Monate wird es bei stabilem Infektionsgeschehen einen Vierklang geben aus Impfen, Testen, Kontaktnachvollziehung und Öffnungen.« So sollen beispielsweise ab dem 8. März weitere Geschäfte wie Buchhandlungen oder Gartenmärkte wieder öffnen. Auch sind dann körpernahe Dienstleistungen unter bestimmten Voraussetzungen wieder möglich.



Neben dem Öffnungsplan liegt der Fokus des Beschlusses von Bund und Ländern auf einer Ausweitung der Nationalen Teststrategie. In dem Papier heißt es: »Regelmäßige Testungen können dabei unterstützen, auch Infektionen ohne Krankheitssymptome zu erkennen.« Damit legt die Regierung eine Kehrtwende hin: Bis vor wenigen Wochen wurden explizit nur Personen getestet, die Krankheitssymptome und Kontakt zu SARS-CoV-2 hatten.

Bis allen Bürgern ein Impfangebot gemacht werden kann, sollen nun vor allem regelmäßige Schnell- und Selbsttests aushelfen, um »mehr Normalität und sichere Kontakte zu ermöglichen«. Bis in den April werden folgende Maßnahmen umgesetzt: »Allen asymptomatischen Bürgerinnen und Bürgern wird mindestens einmal pro Woche ein kostenloser Schnelltest« ermöglicht. Dieser kann bei einem Testzentrum, bei Ärzten oder in Apotheken durchgeführt werden. Zudem erhalten die Bürger nach dem Test eine Bescheinigung über das Testergebnis. In einem früheren Vorschlagspapier hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zwei kostenlose Schnelltests pro Woche anvisiert. Medienberichten zufolge drängte das Bundesfinanzministerium aber aus Sorge vor zu hohen Kosten auf die Änderung hin zu mindestens einem Test. Der Anspruch auf einen kostenlosen Test soll ab 8. März gelten, die Kosten trägt der Bund. Das Beschlusspapier äußert sich nicht weiter zu der Organisation und Vergütung der Tests. Dies wird in einer Verordnung des BMG geregelt, diese soll am Montag in Kraft treten. Derzeit stehen insgesamt 18 Euro Vergütung je Test (inklusive Materialkosten) zur Debatte.

## THEMEN

Impfen

Apotheke

Coronatest

Kosmetik

Coronavirus

Sport

**Alle Artikel zum Thema Coronavirus**

Das Virus SARS-CoV-2 hat unsere Welt verändert. Seit Ende 2019 verbreitet sich der Erreger von Covid-19 und stellt die Wissenschaft vor enorme Herausforderungen. Sie hat sie angenommen und rasch Tests und Impfungen, auch für Kinder, entwickelt. [Eine Übersicht über unsere Berichterstattung finden Sie auf der Themenseite Coronavirus.](#)


STARTSEITE

ÜBERSICHT "POLITIK &amp; WIRTSCHAFT"


SEITENANFANG

**Das könnte Sie auch interessieren**


Testverordnung

**Bund bezahlt 660 Millionen Euro für Corona-Tests** 09.06.2021 **PZ**

Für den deutschen Markt

**BMG sichert 763 Millionen Corona-Schnelltests** 09.04.2021 **PZ**

Taskforce Testlogistik

**Bundesregierung: Genügend Corona-Tests in Deutschland** 23.03.2021 **PZ****Top-Artikel**

1

Lieferengpässe

**Bundesregierung lehnt Unterstützung für Vor-Ort-Apotheken ab**

2

Vor-Ort-Apotheke

**Nachwuchs verzweifelt gesucht!**

3

Viel hilft viel

**So geht die Neurodermitis-Basispflege**

4

BPhD

## So steht der pharmazeutische Nachwuchs zur Homöopathie

Universität Münster

5

Stiftungspreis für Spitzen-Examen

[Startseite](#) > [Politik](#) > Karl Lauterbach: 7-Punkte-Plan für Corona-Welle im Herbst 2022

RND exklusiv

## Lauterbachs Corona-Plan: Diese sieben Punkte sollen Deutschland durch den Herbst bringen



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat eine Corona-Herbststrategie vorgelegt. In sieben Punkten wird darin das Vorgehen der Bundesregierung in der erwarteten Herbstwelle skizziert. Die Pläne im Überblick.



Felix Huesmann

24.06.2022, 12:10 Uhr



**Berlin.** Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat zur Gesundheitsministerkonferenz von Bund und Ländern eine Corona-Herbststrategie vorgelegt. Das Papier, das dem RedaktionsNetzwerk Deutschland (RND) exklusiv vorliegt, sieht sieben Punkte vor, um den erwarteten Anstieg der Infektionszahlen im Herbst zu bewältigen. [Kostenlose Schnelltests für alle soll es den Plänen zufolge nicht mehr geben.](#)

### Drei Szenarien für den Pandemieverlauf im Herbst

Der Expertinnen- und Expertenrat der Bundesregierung sieht laut dem Strategiepapier drei mögliche Szenarien für den Pandemieverlauf im Herbst.

- Im günstigsten Szenario würde im Herbst eine Corona-Variante mit weniger krank machenden Eigenschaften als die aktuell verbreitete Omikron-Variante dominieren. Stärker eingreifende Infektionsschutzmaßnahmen seien dann nicht mehr oder nur zum Schutz von Risikopersonen nötig, so das Bundesgesundheitsministerium.
- Als wahrscheinlicher wird jedoch ein mittelschweres Szenario angesehen, mit einer Krankheitslast, die mit den aktuellen Omikron-Varianten vergleichbar ist. In diesem Szenario wird mit einer Zunahme von Infektionen und Arbeitsausfällen in der gesamten kalten Jahreszeit gerechnet. „Trotz der moderaten Covid-19-Belastung der Intensivmedizin könnten die Arbeitsausfälle erneut

flächendeckende Maßnahmen des Übertragungsschutzes (Masken und Abstand in Innenräumen), aber auch Maßnahmen der Kontaktreduktion nach regionaler Maßgabe erforderlich machen“, heißt es im Strategiepapier des Ministeriums.

- Im ungünstigsten Szenario dominiere dagegen „eine neue Virusvariante mit einer Kombination aus verstärkter Immunflucht beziehungsweise Übertragbarkeit und erhöhter Krankheitsschwere“. In diesem Fall würde das Gesundheitssystem schwer belastet und Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht und Abstandsgebot könnten erst im Frühjahr 2023 zurückgefahren werden, schreibt das Ministerium.

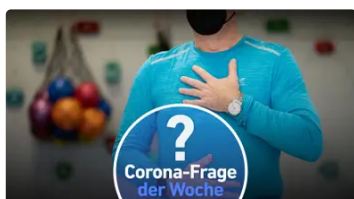
Auch im mittelschweren Szenario wäre nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums ohne weitere Maßnahmen von etwa 1500 Corona-Toten pro Woche auszugehen.

### Drei Euro Eigenbeteiligung: Lauterbach führt kostenpflichtige Corona-Tests ein



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat angekündigt, dass demnächst Kosten durch den Bund gespart werden müssen.

© Quelle: Reuters



### Was wissen wir nun über Long Covid – und was nicht?

Viele Corona-Infizierte haben Monate später noch Symptome. Diese Spätfolgen, auch Long Covid genannt, geben Medizinerinnen und Medizinern nach wie vor viele Rätsel auf. Wen trifft die Diagnose? Wie lange ist man krank? Wo gibt es Hilfe? Sieben Dinge, die wir inzwischen wissen – und vier, hinter denen noch große Fragezeichen stehen.

Jetzt mit RND+ lesen

## Das ist der Sieben-Punkte-Plan des Ministeriums:

### 1. Impfkampagne

Das Ministerium will je nach Verfügbarkeit eine ausreichende Anzahl an die Omikron-Variante angepasster Impfstoffe von den Herstellern Moderna und Biontech anschaffen. Ab September soll dann eine „angepasste Impfkampagne“ durchgeführt werden. Ziel sei es, „die Impflücke zu schließen und die vierte Impfung zu bewerben; insbesondere in der älteren Bevölkerungsgruppe“.

### Mit Viertimpfungen gegen die Sommerwelle? Stiko hält sich bei Empfehlung bedeckt

Die Omikron-Sublinie BA.5 beschert Deutschland derzeit wieder steigende Corona-Fallzahlen. Die Stiko empfiehlt eine vierte Impfung nur für einige Gruppen.  
© Quelle: dpa

## 2. Testkonzept

Bürgerinnen und Bürger sollen nach einem positiven Schnelltest Zugang zu einem PCR-Test bekommen. Für symptomatische Patienten soll ein PCR-Test in Arztpraxen auch ohne vorherigen Schnelltest möglich sein.

Kostenlose Bürgertests für alle soll es jedoch nicht mehr geben: Lauterbach will sie nur noch für Menschen mit Corona-Symptomen und darüber hinaus für bestimmte Personengruppen ermöglichen. So soll es Präventivtestungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern geben, auch Kleinkinder und Personen mit vielen Kontakten, etwa vor einer Großveranstaltung, sollen die Möglichkeit zum Bürgertest haben. Außerdem Menschen mit „einer Kontraindikation zur Impfung“, wie etwa Schwangere in den ersten drei Monaten ihrer Schwangerschaft. Auch Geflüchteten aus der Ukraine will Lauterbach weiterhin kostenlose Schnelltests ermöglichen, ebenso Menschen in Corona-Hotspots.

Eine gut erreichbare Testinfrastruktur, auch in Apotheken, solle jedoch erhalten bleiben. Der Bund will den Testzentren künftig allerdings weniger Geld pro Antigenschnelltest und PCR-Test für die Bürgerinnen und Bürger zahlen. „Die Gesamtkosten sollen um etwa die Hälfte reduziert werden“, schreibt das Ministerium in seinem Strategiepapier. Die Novelle der Testverordnung solle bis Ende Juni erfolgen.

## 3. Optimierung der Behandlung

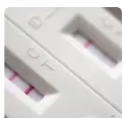
„Da sich die Sterblichkeit maßgeblich durch eine adäquate und rechtzeitige Behandlung reduzieren lässt, ist eine Behandlungsstrategie (u. a. für Paxlovid) unerlässlich“, schreibt das Ministerium. Gegenwärtig würden wirkungsvolle Medikamente zu spät oder zu selten eingesetzt. Deshalb sei der Expertenrat gebeten worden, ein entsprechendes Behandlungskonzept zu entwickeln.

### Mehr zum Thema



Zahl der Infektionen steigt wieder

**Kommunale Spitzenverbände fordern weiterhin kostenlose Corona-Bürgertests**



Steigende Infektionszahlen

**Mehr Personal, zusätzliche Tests: Gesundheitssektor fordert Prävention für die Sommerwelle**



Regelung läuft Ende Juni aus

**Umfrage: Knapp zwei Drittel für längere kostenlose Corona-Bürgertests**

#### 4. Schutz vulnerabler Gruppen

Das Bundesgesundheitsministerium hält ein umfassendes Versorgungs- und Hygienekonzept für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste in Vorbereitung auf die erwartete Herbstwelle für notwendig. Lauterbach will alle Pflegeeinrichtungen verpflichten, einen Hygienebeauftragten zu etablieren, so wie es bislang in Krankenhäusern bereits der Fall ist. Für die frühzeitige Behandlung mit Medikamenten soll außerdem die Benennung eines Koordinators aus der Fachpflege gesetzlich vorgeschrieben werden.

Es sei das Ziel, Pflegeeinrichtungen weiter für Besuche offen zu halten, heißt es. Es sollen aber Besuchsregeln und Hygieneregeln getroffen werden. Dabei sollen „die drei wirksamen Schutzmaßnahmen ‚Impfen, Testen, Masken‘ für Personal, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besucherinnen und Besucher forciert werden“.

#### 5. Tägliche Daten

Lauterbach will alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichten, ihre für das Pandemiemanagement notwendigen Daten über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) täglich zu melden. Die Meldungen sollen die Intensivkapazität, die Zahl der Corona-Erkrankten auf Normal- und Intensivstationen und die Zahlen der betreibbaren Betten auf Normal- und Intensivstationen enthalten. Eine Nichteinhaltung dieser taggleichen Meldungen soll Lauterbachs Plänen zufolge sanktioniert werden.

#### Corona-Sommerwelle: Lauterbach warnt vor Alarmstimmung



Karl Lauterbach sieht eine Corona-Sommerwelle mit hohen Inzidenzzahlen kommen. Angesichts dessen müsse man zwar wachsam sein, aber nicht in Panik geraten.

© Quelle: dpa

#### 6. Schutzkonzept für Kinder und Jugendliche

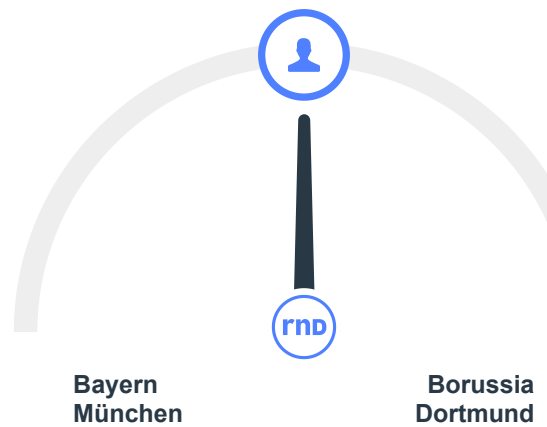
„Kitas und Schulen müssen offen bleiben“, hält das Strategiepapier fest. Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen solle eine bundeseinheitliche Empfehlung im Rahmen einer gemeinsamen Konferenz der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister sowie Kultusministerinnen und Kultusminister der Länder sowie des Bundes erarbeitet werden. Kinder und Jugendliche sollen außerdem bei der Impfkampagne besonders angesprochen werden.

#### 7. Novelle des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz soll dem Papier zufolge „rechtzeitig vor dem 23. September 2022 weiterentwickelt werden“. Dazu würden sowohl die Erkenntnisse der Stellungnahme des Corona-Expertenrats berücksichtigt werden als auch die der Sachverständigenkommission, die bis Ende Juni die bisherigen Corona-Schutzmaßnahmen evaluiert.

LIVE ABSTIMMUNG ● 2.783 MAL ABGESTIMMT

## Bayern oder Dortmund: Wer wird deut Meister?



Im Rahmen eines kurzfristigen ersten Schritts will Lauterbach jedoch bereits die Grundlage für die tägliche Meldepflicht der Krankenhäuser und für weitere Verordnungen schaffen. Auch die gesetzliche Grundlage für eine verpflichtende Einführung von Hygienebeauftragten und Behandlungskordinatoren in Pflegeeinrichtungen will Lauterbach zeitnah schaffen.

Über die konkreten Inhalte des Infektionsschutzgesetzes soll jedoch erst nach Vorlage des Evaluationsberichts am 30. Juni entschieden werden.

### ● VERWANDTE THEMEN

RND exklusiv

Coronavirus

Karl Lauterbach

### ● TOP THEMEN

#### Konflikte

Ukraine

Russland

China

Taiwan

Sudan

#### Deutschland

Robert Habeck

FDP

#### Sonstiges

### ● LETZTE MELDUNGEN

[Nach Sieg bei Bürgerschaftswahl](#)

#### SPD will in Bremen wieder mit Grünen und Linken regieren

vor 18 Minuten

[Fünf-Tage-Vorschau](#)

#### So geht es bei „Gute Zeiten, schlechte Zeiten“ weiter

vor 41 Minuten

[Auch Brasiliens Präsident Lula reagiert](#)

#### „Affen“-Rufe gegen Real-Star Vinícius: Spanien, Rassismus und der Fußball

vor 44 Minuten



[Bei wem schmeckt's am besten?](#)

**„Das perfekte Dinner“: Menüs und Punkte – alle Infos zur aktuellen Woche**

vor 50 Minuten

[„Deutschlands frechster Arbeitsloser“](#)

**Arno Dübel: Der letzte große Star eines fragwürdigen Mediengenres**

vor 53 Minuten

[Kostenfrei bis 20:26 Uhr lesen](#)

**+ Razzia gegen Letzte Generation: Polizei holt Familie um sieben Uhr morgens aus dem Bett**

vor 55 Minuten

[Ausblick auf die nächsten Folgen](#)

**So geht es bei „Alles was zählt“ weiter**

19:05 Uhr

[Vorschau auf die nächsten Folgen](#)

**So geht es bei „Berlin – Tag & Nacht“ weiter**

19:05 Uhr

[Sprung der BVB-Aktie](#)

**Borussia Dortmund: Was ist ein Meistertitel an der Börse wert?**

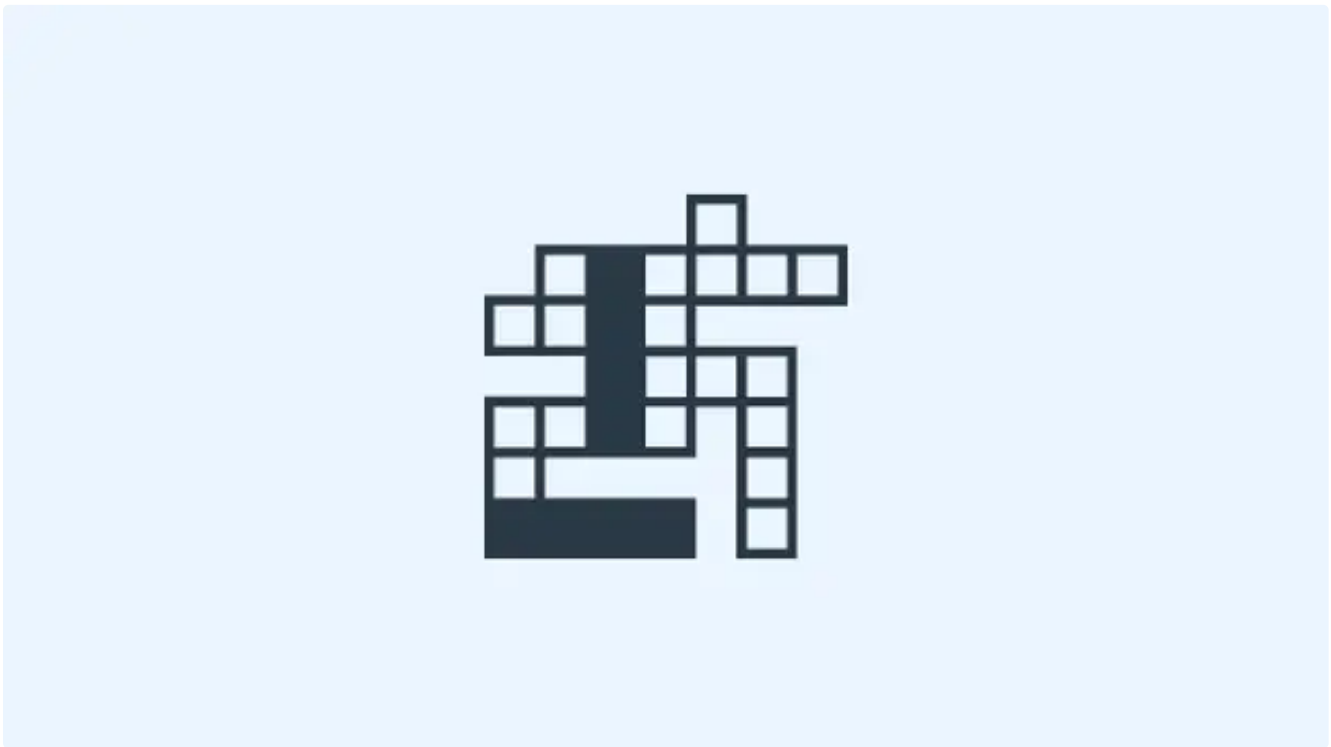
18:57 Uhr

[Kommentar zu Vorwürfen in Arolsen Archives](#)

**Offenbar außer Kontrolle**

18:57 Uhr

**SPIELE ENTDECKEN**



**Kreuzworträtsel**

[Spielen](#)

[Zum Seitenanfang ↑](#)

---

1 Monat kostenlos

[Abonnieren](#) • [Werben](#) • [Netzwerk](#)

• [Spiele](#) • [RSS-Feeds](#)

#### Schwerpunktthemen

[Newsarchiv](#)

[Ukraine News im Liveblog](#)

[Ndrangheta Mafia](#)

---

[Impressum](#)

[Datenschutzhinweise](#)

[Cookie-Manager](#)

[Kontakt](#)

[Jobs & Karriere](#)



Startseite Infektionskrankheiten A-Z Coronavirus SARS-CoV-2  
 Empfehlungen zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition, Stand 2.5.2022

## Empfehlungen zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition, Stand 2.5.2022

### Empfehlung Bund

	Infizierte	Kontaktpersonen
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	<p><b>5 Tage</b></p> <p>Für nachweislich positiv getestete Personen:</p> <p><b>ANORDNUNG</b> zur Isolation für 5 Tage</p> <p><b>Dringende EMPFEHLUNG</b> zur wiederholen (Selbst-) Testung beginnend nach Tag 5 mit Antigen-Schnelltest*. Selbstisolation bis Test negativ.</p>	<p><b>5 Tage</b></p> <p>Kontaktpersonen (z.B. Haushalt, Schule)</p> <p><b>Dringende EMPFEHLUNG</b> Selbstständig Kontakte reduzieren, v.a. mit Risikogruppen für einen schweren Krankheitsverlauf!</p> <p><b>Dringende EMPFEHLUNG</b> zur täglichen (Selbst-) Testung mit Antigen-Schnelltest*</p>
<b>Beschäftigte</b> in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten und Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe	<p>wie Allgemeinbevölkerung</p> <p><b>ABER ZUSÄTZLICH</b> als <b>Voraussetzung</b> für die Wiederaufnahme der Tätigkeit:</p> <p>Wenn zuvor 48 Stunden Symptomfreiheit, mit frühestens am <b>Tag 5</b> abgenommenem negativen Antigentest* oder <u>PCR-Test</u>**</p> <p>Nachweis durch Leistungserbringer nach § 6 <u>Abs.</u> 1 <u>TestV</u> erforderlich.</p>	<p>wie Allgemeinbevölkerung</p> <p><b>ABER ZUSÄTZLICH</b> tägliche Testung mit Antigen-Schnelltest* oder <u>NAAT</u>*** vor Dienstantritt bis einschließlich Tag 5</p>

\* Antigen-Tests, die in der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen gemeinsamen Liste von Corona-Antigen-Schnelltests aufgenommen wurden (Common RAT List des HSC), siehe <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/testsysteme.html>

\*\* Zur Wiederaufnahme der Tätigkeit sind ein negatives PCR-Resultat oder ein positives Testresultat mit einem Ct-Wert >30 zulässig. D.h. es liegt ein negatives PCR-Ergebnis oder ein quantitatives PCR-Ergebnis vor, das gemäß Laborbericht für eine Viruslast unterhalb eines definierten Schwellenwertes spricht, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (etwa unter Bezug auf eine quantitative Bezugsprobe; Ziel: < 1.000.000 (10<sup>6</sup>) Kopien/ml). Dieser Wert geht oft, aber nicht immer mit einem Ct-Wert von >30 einher. Details siehe unter "Hinweise zur Testung von Patientinnen und Patienten auf SARS-CoV-2" ([www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik))

\*\*\* NAAT = Nukleinsäure-Amplifikationstest

Zur Isolationsdauer und Quarantänedauer von Patientinnen/Patienten im stationären Bereich und von Bewohnerinnen/Bewohnern von Pflegeheimen siehe bitte – wie bislang auch – die gesonderte Empfehlung des RKI hierzu

([www.rki.de/covid-19-entisolierung-stationaer](http://www.rki.de/covid-19-entisolierung-stationaer) bzw. [www.rki.de/covid-19-patientenversorgung](http://www.rki.de/covid-19-patientenversorgung)).

Die zuletzt geltende Fassung mit Stand vom 3.2.2022 ist im Archiv abrufbar.

## Archiv

---

Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen entsprechend dem Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 7. und 24. Januar 2022, außer Kraft seit 02.05.2022

---

Vorgaben des [RKI](#) für die Ausnahmen von der Pflicht zur Quarantäne (Absonderung), außer Kraft seit 19.3.2022

---

Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei [SARS-CoV-2-Infektionen](#), Stand 14.1.2022, außer Kraft seit 2.5.2022

---

Fachliche Vorgaben des [RKI](#) für [COVID-19-Genesenennachweise](#) – außer Kraft seit 19.3.2022

Stand: 02.05.2022



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

38  
2022

# Epidemiologisches Bulletin

22. September 2022

**Aktualisierte Phaseneinteilung der COVID-19-  
Pandemie | Virushepatitis C im Jahr 2021**

## Inhalt

### Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“ 3

Für einen strukturierten Vergleich des COVID-19-Geschehens in Deutschland wurde die COVID-19-Pandemie erstmals im Epidemiologischen Bulletin 15/2021 anhand verschiedener Parameter retrospektiv in epidemiologische Phasen und Erkrankungswellen eingeteilt. Mit Datenstand 15.09.2022 erfolgt nun eine dritte Aktualisierung. Die Phase 7 mit der fünften COVID-19-Welle wird damit auf den Zeitraum Kalenderwoche (KW) 52/2021 bis KW 21/2022 festgelegt und aufgrund der unterschiedlich zirkulierenden Omikron-Sublinien BA.1 und BA.2 weiter unterteilt in die Phasen 7a und 7b. Diesen schließt sich im Sommer ab KW 22/2022 die Phase 8 mit der sechsten COVID-19-Welle an, die bislang geprägt ist durch die Omikron-Sublinie BA.5. Mit zunehmender Immunität in der Bevölkerung ist eine veränderte Krankheitsschwere zu beobachten und somit rücken für die Gesamtbewertung des Pandemieverlaufs die schweren Erkrankungen stärker in den Vordergrund.

### Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland – Virushepatitis C im Jahr 2021 7

Für das Jahr 2021 wurden insgesamt 4.747 Fälle von Hepatitis C übermittelt, was einer bundesweiten Inzidenz von 5,7 übermittelten Infektionen/100.000 Einwohner entspricht und die Inzidenz des Vorjahres (5,5) nur minimal übersteigt. Der beobachtete Rückgang der Anzahl übermittelter HCV-Infektionen seit 2020 ist möglicherweise bedingt durch Unterdiagnose und -erfassung während der COVID-19-Pandemie. Ein Teil des Rückgangs kann aber auch einem tatsächlichen Rückgang der Inzidenz durch effektive Hepatitis-C-Behandlungen und dadurch seltenerem Auftreten von Transmissionseignissen entsprechen. Gleichzeitig sinkt jedoch die Zahl der Behandelten kontinuierlich ab, wodurch das Erreichen der Hepatitis-C-Eliminationsziele bis 2030 gefährdet ist. Der Jahresbericht zur Virushepatitis C gibt einen Überblick u. a. über die epidemiologische Situation weltweit, in Europa und in Deutschland sowie den Stand der Hepatitis-C-Eliminierung.

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 37. Woche 2022

26

## Impressum

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Telefon: 030 18754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

#### Redaktion

Dr. med. Maren Winkler  
Dr. med. Jamela Seedat (derzeit nicht im Dienst)  
Heide Monning (Vertretung)

#### Redaktionsassistentz

Nadja Harendt  
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

#### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:  
[www.rki.de/epidbull](http://www.rki.de/epidbull)

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



## Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“

Für einen strukturierten Vergleich der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemiewellen und des Gesamtgeschehens in Deutschland wurde die COVID-19-Pandemie anhand verschiedener Parameter<sup>1</sup> retrospektiv in epidemiologische Phasen und Erkrankungswellen eingeteilt. In zwei nachfolgenden Aktualisierungen – im September 2021<sup>2</sup> und im März 2022<sup>3</sup> – erfolgte eine Einteilung bis zum Beginn der **Phase 7** (fünfte COVID-19-Welle) in Kalenderwoche (KW) 52/2021.

Für die erneute Aktualisierung der Phaseneinteilung mit Daten bis Anfang September 2022 (Datenstand: 15.09.2022) wurden die zuvor genutzten Parameter ergänzt um die im Rahmen der Genomsequenzierung<sup>4</sup> erfassten Anteile der Sublinien BA.1, BA.2 und BA.5 der *Variant of Concern* (VOC) Omikron.

Mit der letzten Aktualisierung der Phaseneinteilung deuteten bereits mehrere Parameter auf ein Überschreiten des Höhepunkts der fünften Welle mit der vorherrschenden VOC Omikron und damit auf eine Trendumkehr hin. Jedoch trat neben der zu Beginn des Jahres 2022 dominierenden Omikron-Sublinie BA.1 im Verlauf eine weitere Sublinie (BA.2) der VOC Omikron auf, die ab KW 9/2022 zur vorherrschenden Variante des Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) in Deutschland wurde. Zum Zeitpunkt der letzten Aktualisierung war die Auswirkung der Omikron-Sublinie BA.2 auf das Gesamtgeschehen noch nicht abschätzbar.

Nach KW 6/2022 wurde bei einigen Parametern ein leichtes Absinken der Werte beobachtet, wie z. B. bei der Anzahl der durchgeführten Tests je 100.000 Einwohner aus der Testzahlerfassung und der 7-Tage-Inzidenz basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). Auch im ambulanten Bereich wurde über die syndromische Surveillance ein Rückgang der Konsultationsinzidenz akuter Atemwegserkrankungen (ARE) und der Kon-

sultationsinzidenz von ARE mit einer COVID-19-Diagnose (COVID-ARE) erfasst.<sup>5</sup> Im stationären Bereich kam es ebenfalls bei einigen Parametern zu einer Abnahme der Werte nach KW 6/2022. So sank etwa die Hospitalisierungsinzidenz basierend auf den Meldungen gemäß IfSG in den Altersgruppen der Kinder und der Erwachsenen unter 60 Jahre. Auch in der ICD-10-Code-basierten Krankenhaus-surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI) wurde ein Rückgang der Inzidenz schwerer Atemwegserkrankungen mit COVID-19-Diagnose (COVID-SARI)<sup>6</sup> bemerkt, ebenso wie bei den im Intensivregister erfassten Neuaufnahmen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Intensivstation. Insgesamt verblieben diese Parameter jedoch auf einem sehr hohen Niveau. Andere Parameter stiegen dagegen in diesem Zeitraum weiter an, wie z. B. die Positivquote aus der Testzahlerfassung, die Hospitalisierungsinzidenz (gemäß IfSG) für Altersgruppen ab 60 Jahre und die Inzidenz schwerer akuter Atemwegserkrankungen (SARI) aus dem ICOSARI-System. Auch zuvor gesunkene Parameter stiegen etwa ab KW 9/2022 wieder an. Zeitgleich kam es in KW 9/2022 zu einem Wechsel der vorherrschenden Omikron-Sublinien von BA.1 zu BA.2.

Ein merklicher Rückgang der meisten Parameter wurde nach den Osterwochen (KW 15 und 16/2022) beobachtet. Trotzdem wurden vergleichsweise niedrige Werte wie zu Zeiten der Sommerplateaus in den Jahren 2020 und 2021 nicht erreicht, was zum einen auf die weiterhin fortlaufende Transmission der hoch ansteckenden und immunevasiven VOC Omikron,<sup>7</sup> aber auch auf eine infolgedessen weiterhin hohe Testfrequenz<sup>8</sup> und ein verändertes Konsultationsverhalten<sup>9</sup> zurückzuführen ist.

Die niedrigsten Werte wurden für die meisten Parameter in KW 21/2022 beobachtet, in die ein bundesweiter Feier- und Brückentag fiel. In der darauffolgenden Woche stiegen die meisten Werte wieder leicht an, blieben jedoch noch unter dem Niveau

von KW 20/2022. Ab KW 23/2022 wurde ein erneuter, deutlicher Anstieg aller Werte erfasst. Zeitgleich verbreitete sich die Omikron-Sublinie BA.5 in Deutschland und wurde hier ab KW 23/2022 zur vorherrschenden Virusvariante.

Das Ende der **Phase 7** (fünfte Welle: VOC Omikron BA.1/BA.2) wurde somit für die KW 21/2022 festgelegt. Für eine retrospektive Betrachtung kann eine Einteilung der fünften Welle in zwei Phasen (**Phase 7a: Omikron-Sublinie BA.1, Phase 7b: Omikron-Sublinie BA.2**) ab KW 9/2022 sinnvoll sein (s. [Tab. 1](#)). In der Gesamtschau der Parameter wird der Zeitraum von KW 52/2021 bis zur KW 21/2022 jedoch als eine Phase (**Phase 7**) betrachtet. Die **Phase 8** (sechste Welle: VOC Omikron BA.5), mit erneut steigenden Werten im Sommer und dem Wechsel der vorherrschenden Omikron-Sublinie von BA.2 zu BA.5, begann in KW 22/2022.

Einige Werte, wie etwa die Anzahl der durchgeführten Tests je 100.000 Einwohner aus der Testzahlerfassung, die Konsultationsinzidenz von ARE und COVID-ARE sowie die Neuaufnahmen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Intensivstation, blieben bisher in **Phase 8** deutlich unter dem Niveau, das in **Phase 7** beobachtet wurde. Andere Parameter, wie etwa die SARS-CoV-2-Positivquote aus der Testzahlerfassung, die SARS-CoV-2-Positivenrate aus dem virologischen Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) des Robert Koch-Instituts sowie der Anteil der ARE-Patientinnen und -Patienten mit einer COVID-19-Diagnose aus dem Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED<sup>ARE</sup>) erreichten auch in **Phase 8** ein vergleichbar hohes Niveau.

Ein deutlich verändertes Test- und Konsultationsverhalten z. B. aufgrund von saisonalen Faktoren kann es erschweren, das Ausmaß einer COVID-19-Welle einzuschätzen. Daher bleiben insbesondere die Parameter aus Systemen, die schwere COVID-19-Erkrankungen erfassen, wie die COVID-SARI-Inzidenz aus dem Krankenhaussentinel ICO-SARI, die Hospitalisierungen basierend auf den Meldungen gemäß IfSG und die Neuaufnahmen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten aus dem Intensivregister wichtige Indikatoren, um die

Phase	Name	Beginn (KW)	Ende (KW)
0	Auftreten sporadischer Fälle	5/2020	9/2020
1	Erste COVID-19-Welle	10/2020	20/2020
2	Sommerplateau 2020	21/2020	39/2020
	2a	21/2020	30/2020
	2b	31/2020	39/2020
3	Zweite COVID-19-Welle	40/2020	8/2021
4	Dritte COVID-19-Welle (VOC Alpha)	9/2021	23/2021
5	Sommerplateau 2021	24/2021	30/2021
6	Vierte COVID-19-Welle (VOC Delta)	31/2021	51/2021
	6a (VOC Delta: Sommer)	31/2021	39/2021
	6b (VOC Delta: Herbst/Winter)	40/2021	51/2021
7	Fünfte COVID-19-Welle (VOC Omikron BA.1/BA.2)	52/2021	21/2022
	7a (Omikron-Sublinie BA.1)	52/2021	8/2022
	7b (Omikron-Sublinie BA.2)	9/2022	21/2022
8	Sechste COVID-19-Welle (VOC Omikron BA.5)	22/2022	*

**Tab. 1 |** Phaseneinteilung zur Beschreibung des COVID-19-Geschehens in Deutschland, 2020–2022 (Stand: 15.09.2022)  
\* Ende der Phase 8 noch nicht definierbar;  
VOC = Variant of Concern; KW = Kalenderwoche

Krankheitslast durch COVID-19 abzuschätzen. Trotz eines möglicherweise veränderten Test- und Konsultationsverhaltens konnten die unterschiedlichen Parameter zu Transmission und Krankheitschwere in der Zusammenschau weiterhin eine gute Abgrenzung der unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Pandemie zeigen, was durch die Daten aus der Gesamtgenomsequenzierung zu den vorherrschenden Virusvarianten gestützt wurde.

Zum aktuellen Stand zeigen die Daten ein Überschreiten des Höhepunkts der sechsten Welle. Angesichts der saisonal bedingt zu erwartenden erneuten Zunahme von respiratorischen Erkrankungen kann die weitere Entwicklung aktuell jedoch noch nicht genau abgeschätzt werden. Ein konkretes Ende der **Phase 8** wird daher retrospektiv festgelegt.

## Fazit

Mit Datenstand 15.09.2022 wurde der bisherige Pandemieverlauf um weitere Phasen ergänzt (s. [Tab. 1](#)). Die **Phase 7** mit der fünften COVID-19-Welle wird damit auf den Zeitraum KW 52/2021 bis KW 21/2022



festgelegt. Aufgrund des anhaltenden, andeutungsweise mehrgipfligen Verlaufs mit unterschiedlich zirkulierenden Sublinien der VOC Omikron wird eine optionale Einteilung in die **Phase 7a** (Omikron-Sublinie BA.1) von KW 52/2021 bis 8/2022 und in die **Phase 7b** (Omikron-Sublinie BA.2) von KW 9/2022 bis KW 21/2022 vorgeschlagen. Dieser schloss sich im Sommer ab KW 22/2022 die **Phase 8** mit der sechsten COVID-19-Welle an, die bislang geprägt war durch die Omikron-Sublinie BA.5.

Zum aktuellen Datenstand kann noch keine Aussage zum Ende der sechsten COVID-19-Welle (**Phase 8**) getroffen werden. Die Daten zeigen ein Überschreiten des Höhepunkts der Welle. Da saisonal bedingt eine erneute Zunahme der SARS-CoV-2-Transmission und der COVID-19-Erkrankungen in den nächsten Wochen nicht ausgeschlossen werden kann, wird eine konkrete Festlegung zum Ende der Phase erst retrospektiv erfolgen. Eine weitere Aktualisierung der Phaseneinteilung entsprechend der Entwicklung des Infektionsgeschehens ist vorgesehen.

Mit dem Übergang der COVID-19-Pandemie in ein endemisches Geschehen ist mit einer weiteren Ver-

änderung des Test- und Konsultationsverhaltens bei SARS-CoV-2-Infektion und der Erkrankung COVID-19 zu rechnen. Darüber hinaus ist mit der zunehmenden Immunität in der Bevölkerung eine veränderte Krankheitsschwere zu beobachten. Festgelegte Schwellenwerte für einzelne Parameter, die zu Beginn der COVID-19-Pandemie für die Phaseneinteilung bedeutsam waren, haben seit der Zirkulation der VOC Omikron an Bedeutung verloren. Dennoch bleibt die Beobachtung von Trends, insbesondere der Parameter zur Erfassung von symptomatischen und schweren COVID-19-Erkrankungen, in der Zusammenschau weiterhin ein zentrales Kriterium zur zeitlichen Einteilung von Erkrankungswellen. Für die Gesamtbewertung des Geschehens rücken die schweren Erkrankungen stärker in den Vordergrund, während die bloße Zahl der Infektionen längst nicht mehr so wichtig ist wie zu Beginn der Pandemie. Zu einem Gesamtbild der Krankheitslast tragen insbesondere die etablierten Systeme der syndromischen ARE-Surveillance bei, da diese nicht nur Atemwegserkrankungen aufgrund von SARS-CoV-2 sondern infektiöse Atemwegserkrankungen Erreger-übergreifend erfassen.

---

## Literatur

- 1 Schilling, J., et al., Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. EpidBull, 2021. 2021(15): p. 3-12.
- 2 Tolksdorf, K., S. Buda, and J. Schilling, Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. EpidBull, 2021. 2021(37): p. 3-4.
- 3 Schilling, J., S. Buda, and K. Tolksdorf, Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. Epidemiologisches Bulletin, 2022(10): p. 3-5.
- 4 Robert Koch-Institut Aktuelle Situationsberichte, Wochenberichte und COVID-19-Trends im Überblick. 2022.
- 5 Goerlitz, L., et al., ICD-10-Code-basierte syndromische Surveillance akuter Atemwegserkrankungen mit COVID-19 im ambulanten Bereich. 2021(30): p. 3-10.
- 6 Tolksdorf, K., et al., Syndromic surveillance for severe acute respiratory infections (SARI) enables valid estimation of COVID-19 hospitalization incidence and reveals underreporting of hospitalizations during pandemic peaks of three COVID-19 waves in Germany, 2020-2021. medRxiv, 2022: p. 2022.02.11.22269594.
- 7 Falman, A., et al., Wie gut und wie lange schützt eine SARS-CoV-2-Infektion vor einer Reinfektion? Epidemiologisches Bulletin, 2022(31): p. 3-12.
- 8 Willrich, N., et al., Update: Erfassung der SARS-CoV-2-PCR-Testzahlen in Deutschland und die Entwicklung der Testzahlen in ärztlichen Praxen. 2021(47): p. 18-25.
- 9 Buda, S., et al., ARE-Wochenbericht. 2022, Robert Koch-Institut. p. 6.

---

## Autorinnen

Kristin Tolksdorf | Anna Loenenbach | Dr. Silke Buda  
Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie

**Korrespondenz:** [tolksdorfk@rki.de](mailto:tolksdorfk@rki.de)

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Tolksdorf K, Loenenbach A, Buda S: Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“

Epid Bull 2022;38:3-6 | DOI 10.25646/10598

---

## Interessenkonflikt

Alle Autorinnen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland

### Virushepatitis C im Jahr 2021

Infektionen mit Hepatitis-C-Viren (HCV) gehören weltweit zu den häufigsten Infektionskrankheiten. Aufgrund ihrer häufigen Chronifizierung führen sie in vielen Fällen zu Spätfolgen wie Leberzirrhose und Leberzellkarzinom und verursachen dadurch eine erhebliche Krankheitslast. Mit effektiven direkt antiviralen Medikamenten (DAA) besteht die Möglichkeit, die meisten Infektionen zu heilen und dadurch bei rechtzeitiger Behandlung Spätfolgen zu verhindern oder abzumildern. Da die Infektion mit HCV häufig unspezifisch verläuft, sollten Personen aus Gruppen mit hohem Expositionsrisiko regelmäßig getestet und bei Auftreten einer Infektion zeitnah der Behandlung zugeführt werden.

#### 1. Hintergrund

HCV wurde erstmals im Jahr 1988 identifiziert (vorher wurde es als Hepatitis non-A-, non-B-Virus bezeichnet).<sup>1</sup> Es handelt sich um ein RNA-Virus, das derzeit in sieben verschiedene Genotypen (GT) und 67 Subtypen klassifiziert ist.<sup>2</sup> Weltweit am häufigsten verbreitet ist GT 1 (46%), gefolgt von GT 3 (30%). Die GT 2, 4 und 6 sind für insgesamt 23% der Fälle verantwortlich. GT 5 spielt nur eine sehr untergeordnete Rolle (<1% der Fälle).<sup>3</sup> In den meisten europäischen Ländern ist der am häufigsten vorkommende GT 1b, wohingegen in Nordamerika, Großbritannien, Skandinavien und Australien der GT 1a am weitesten verbreitet ist.<sup>4</sup>

In etwa 75% der Fälle verläuft eine HCV-Infektion unbemerkt oder mit unspezifischen, grippeähnlichen Symptomen. Etwa 25% der Infizierten entwickeln eine akute (häufig milde) Hepatitis mit meist nur mäßig erhöhten Transaminasenwerten. Fulminante Verläufe sind sehr selten.<sup>5</sup> Zu einer spontanen Clearance kommt es bei 18–35% der Infizierten.<sup>6</sup> Bei fehlender spontaner Ausheilung nimmt die Infektion einen chronischen Verlauf, der selten mit charakteristischen Symptomen einhergeht und dennoch nach 20–30 Jahren bei 10–20% der Infizierten

zierten eine Leberzirrhose verursachen kann. Personen mit Leberzirrhose haben ein Risiko von 1–5% pro Jahr, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Es existiert eine hocheffektive Therapie, die die meisten Infektionen heilen kann. Einen Impfstoff gegen HCV gibt es bisher nicht.

HCV wird fast ausschließlich durch Blut übertragen. Auch wenn ein HCV-Nachweis in anderen Körperflüssigkeiten möglich ist, ist eine Virusübertragung darüber eher unwahrscheinlich.<sup>5</sup> Nosokomiale Übertragungen und Übertragungen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum sind weltweit die Hauptursachen für neue HCV-Infektionen.<sup>7</sup> Je nach Land handelt es sich um eine Epidemie in der Allgemeinbevölkerung (z. B. Ägypten, Georgien, Kambodscha, verschiedene Länder in Subsahara-Afrika) oder in bestimmten Populationen, wie in Deutschland und anderen Ländern Westeuropas, wo HCV hyperendemisch in der Gruppe von ehemaligen oder aktuell injizierenden Drogengebrauchenden vorkommt.<sup>8,9</sup>

#### 2. Epidemiologische Situation weltweit und in Europa

Hepatitis C ist weltweit verbreitet. Im Jahr 2019 waren laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit etwa 58 Millionen Menschen chronisch mit HCV infiziert.<sup>7</sup> Mit etwa 12 Millionen infizierten Menschen sind die WHO-Regionen Östliches Mittelmeer und Europa die am meisten von chronischer Hepatitis C betroffenen Regionen weltweit. Neueren Schätzungen und Studien zufolge ist die Prävalenz global und auch in Hochprävalenzländern wie Ägypten, Georgien, der Mongolei und anderen rückläufig.<sup>10,11</sup>

Im Jahr 2019 lag nach Schätzungen der WHO die Anzahl der HCV-Neuinfektionen weltweit bei 1,5 Millionen und die Anzahl der Todesfälle durch HCV-bedingte Spätfolgen bei 290.000.<sup>7</sup> Da sich seit

2015 die Anzahl der HCV-Therapierten verzehnfacht hat, stabilisierte sich die weltweite HCV-Mortalität erstmals im Jahr 2019.<sup>12</sup> Trotzdem erhielten global nur 2 % aller chronisch HCV-Infizierten eine Therapie.

Mit einer geschätzten HCV-Antikörper-(AK-)Prävalenz von 1,1 % wird die Europäische Union/der Europäische Wirtschaftsraum (EU/EWR) als Niedrigprävalenzregion für Hepatitis C eingeschätzt.<sup>13</sup> Dabei unterscheidet sich die Prävalenz stark zwischen den einzelnen Ländern. Diese lag in dem zugrunde liegenden systematischen Review von 2017 zwischen 0,1 % in Belgien, den Niederlanden und Irland und 5,9 % in Italien, wo in den 80er-Jahren nosokomiale Übertragungen durch Mehrfachverwendung von Glasspritzen stattfanden.<sup>13</sup> Im Rahmen einer neueren Schätzung auf Basis eines Reviews der Jahre 2015–2017 wurde eine niedrigere HCV-AK-Prävalenz vor allem für Italien (1,4 %) berichtet.<sup>14</sup> Im Jahr 2020 wurde in der EU/EWR als wahrscheinlichster Übertragungsweg von HCV-Infektionen injizierender Drogenkonsum (59 %) angegeben.<sup>8</sup>

Die Prävalenzen unterscheiden sich nicht nur zwischen den einzelnen Ländern, sondern auch innerhalb der Länder in Subpopulationen. So wurde in einem systematischen Review mit Daten von 2005–2015 für die EU/EWR eine HCV-AK-Prävalenz von 4,3–86 % bei Personen in Haft, 14–84 % bei Menschen, die sich Drogen injizieren, und 0–4,7 % bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) ermittelt.<sup>15</sup>

Publizierte HCV-Prävalenzdaten der EU/EWR-Länder können in einer [Datenbank](#) des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) abgerufen werden. Seit dem Jahr 2016 sind die an das ECDC übermittelten HCV-Meldedaten der Mitgliedsstaaten auch in den [Surveillance Atlas of Infectious Diseases](#) aufgenommen und lassen sich dort in Tabellenform oder grafisch abrufen.

### 3. Hepatitis-C-Eliminierung

Im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hat die WHO im Jahr 2016 dazu aufgerufen, Infektionen mit Hepatitis-B-Viren (HBV) und HCV als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit

bis 2030 zu eliminieren.<sup>16</sup> Die Eliminierungsziele bis 2030 umfassen unter anderem eine Reduktion der Inzidenz von HCV-Infektionen um 80 % und eine Reduktion der Todesfälle durch chronische HCV-Infektionen um 65 %. Dies soll erreicht werden durch einen Anteil diagnostizierter HCV-Infektionen von mindestens 90 % und einen Anteil therapierter HCV-Infektionen von mindestens 80 %. Weitere von der WHO für die Überwachung der Hepatitis-C-Situation definierte Kern- und Zusatzindikatoren umfassen neben den Indikatoren der Behandlungskaskade, der Zahl der Todesfälle und der Inzidenz in der Gesamtbevölkerung auch Indikatoren, die die Situation bei der Hauptbetroffenengruppe der Drogengebrauchenden messen: Dazu gehören die Inzidenz unter Menschen die Drogen injizieren, der Anteil der Opioidsubstituierten sowie die Zahl der jährlich ausgegebenen Spritzen und Nadeln je drogengebrauchender Person.<sup>17</sup>

Das WHO-Regionalbüro für Europa passt in diesem Jahr den Aktionsplan für die Beendigung von HIV, viraler Hepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in der Europäischen Region für die Jahre 2022–2030 an.<sup>18</sup> Darin werden die Pläne für Hepatitis, HIV und STI zusammengelegt, um besser Synergien der einzelnen Programme zu nutzen. Der Plan beinhaltet neben neu definierten Einzelzielen, wie z. B. dem Anteil an drogeninjizierenden Menschen mit einer HCV-Infektion, die getestet und/oder therapiert sind, auch insgesamt neue Interimsziele für 2025 und soll im September 2022 verabschiedet werden.<sup>18</sup>

Das Robert Koch-Institut (RKI) wurde im Jahr 2021 zum [WHO Collaborating Centre \(WHO-CC\) for Viral hepatitis and HIV](#) ernannt und unterstützt in dieser Funktion an der Seite der WHO Mitgliedsstaaten bei der Planung und Durchführung epidemiologischer Studien zu HBV, HCV und HIV in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Außerdem trägt das WHO-CC zur Validierung von Mitgliedsstaaten in Bezug auf Monitoring, Bekämpfung und Eliminierung dieser Infektionen bei. Derzeit wird zudem im Rahmen des [Projekts COVIMPACT Hepatitis](#) in verschiedenen Ländern Osteuropas untersucht, welche zusätzlichen Herausforderungen durch die Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie für das Erreichen der Eliminierungsziele entstanden sind. Bishe-

rige Ergebnisse zeigen zwar eine deutliche Einschränkung des Zugangs zu Testung und Therapie in den beteiligten Ländern, aber auch einige Verbesserungen, wie z. B. die Dezentralisierung von Therapie oder die Einführung einer elektronischen Surveillance. Darauf basierend werden Empfehlungen für die Anpassung vorhandener und die Entwicklung neuer Strategien zur Eliminierung von Virushepatitis in den jeweiligen Ländern erarbeitet.

Deutschland hat sich dem Eliminierungsziel der WHO angeschlossen und 2016 eine Strategie zur Eindämmung von HIV, HBV, HCV und anderen STI verabschiedet.<sup>19</sup> Ein für HCV besonders empfohlenes Modell der Eliminierung ist neben der Schaffung struktureller Voraussetzungen (wie der uneingeschränkte Zugang zur antiviralen Therapie) der sog. Mikroeliminationsansatz, bei dem in kleineren Settings (nur in einer für HCV besonders vulnerablen Gruppe) oder auf lokaler Ebene Bemühungen initiiert werden, um besonders gefährdete Personen zu erreichen, zu testen und ggf. zu behandeln.<sup>20</sup> In Deutschland existieren mittlerweile in verschiedenen Städten und Regionen solche Projekte.<sup>21</sup>

Das Erreichen der Eliminierungsziele wird mithilfe von Indikatoren ermittelt, die von der WHO veröffentlicht wurden und den kontinuierlichen Fortschritt der Eliminierung in den einzelnen Ländern messen.<sup>17,22</sup> Für Deutschland ist die aktuelle Datenlage zu den einzelnen Indikatoren zum Teil noch sehr spärlich. Um auch hier den Fortschritt der Eliminierungsbestrebungen beobachten zu können, wurden daher im Jahr 2019 in einem interdisziplinären Arbeitstreffen mit Expertinnen und Experten aus Klinik und Forschung die methodischen Grundlagen und Datenquellen zur validen Erhebung der einzelnen Indikatoren erarbeitet.<sup>23</sup> Einige der bei diesem Treffen vorgeschlagenen Projekte wurden bereits gestartet oder sind aktuell in Planung.

Die Berichterstattungen zu den Indikatoren aus Deutschland erfolgte zuletzt für das Jahr 2020 an das ECDC, das die Daten der Mitgliedsstaaten in einem Bericht zusammengetragen hat.<sup>22</sup> Zusätzlich wurde im letzten Jahr der „Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021“ der WHO publiziert.<sup>12</sup>

## 4. Epidemiologische Situation in Deutschland

### 4.1 Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz 2021

#### Anpassung der Meldepflicht und der Falldefinition 2017

In Deutschland bestehen für Hepatitis C gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) namentliche Labor- und Arztemeldepflichten. Am 25.07.2017 ist das Gesetz zur Änderung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten in Kraft getreten. Seither besteht für die feststellenden Ärztinnen und Ärzte eine Meldepflicht gemäß §6 IfSG bei Verdacht auf bzw. Erkrankung oder Tod durch eine akute Virushepatitis. Gemäß §7 IfSG besteht eine Meldepflicht für Laborleiterinnen und -leiter bei allen Nachweisen einer Hepatitis C, die auf ein Vorhandensein des Erregers beim Menschen gerichtet sind, also auf eine aktive (virämische) akute oder chronische HCV-Infektion hinweisen (s. Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) [www.rki.de/hcv](http://www.rki.de/hcv)).

#### Zeitlicher Verlauf

Für das Jahr 2021 wurden insgesamt 4.747 Fälle von Hepatitis C übermittelt (s. Tab. 1). Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 5,7 übermittelten Infektionen/100.000 Einwohner (Einw.). Damit ist die Inzidenz im Vergleich zum Vorjahr (5,5) minimal gestiegen.

Ab dem Jahr 2005 war ein abnehmender Trend der Fallzahlen von Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009 verlangsamt hatte. Seit Änderung der Falldefinition im Jahr 2015 bewegten sich die jährlich übermittelten Fallzahlen stabil unterhalb von 5.000 Meldungen und stiegen dann nach Änderung der Meldepflicht in den beiden Jahren 2018 und 2019 deutlich an. Im Jahr 2020 fielen die Fallzahlen deutlich ab (s. Abb. 1).

Im Vergleich zu den Vorjahren 2018 und 2019 waren die Übermittlungen im Jahr 2020 um 28 % (95 % Konfidenzintervall (KI) 24–32 %) geringer.

#### Demografische Verteilung

4.714 (99 %) der übermittelten HCV-Infektionen enthielten Angaben zum Geschlecht und Alter. Die

Kategorie	2020		2021	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
klinisch-labordiagnostisch (C)	822	18 %	818	17 %
labordiagnostisch bei nicht erfülltem klinischen Bild (D)	1.583	35 %	1.811	38 %
labordiagnostisch bei unbekanntem klinischen Bild (E)	2.168	47 %	2.118	45 %
alle	4.573	100 %	4.747	100 %
<b>Referenzdefinition (C+D+E)</b>	<b>4.573</b>	<b>100 %</b>	<b>4.747</b>	<b>100 %</b>

Tab. 1 | Übermittelte HCV-Infektionen nach Kategorie der Falldefinition, Deutschland, 2020 und 2021

Meldeinzidenz in der männlichen Bevölkerung war mit 7,8 Infektionen/100.000 Einw. mehr als doppelt so hoch wie in der weiblichen.<sup>3,6</sup> Einzig bei den über 79-Jährigen waren Frauen (4,4) stärker betroffen als Männer.<sup>3,6</sup> Die leicht erhöhte Inzidenz bei weiblichen 15- bis 19-Jährigen im Vergleich zu männlichen ist aufgrund der kleinen Zahlen nicht beurteilbar. Ähnlich wie in den vergangenen Jahren machten die 30- bis 49-jährigen Männer mit 36 % (n=1.710; 16,1 Infektionen/100.000 Einw.) einen erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der übermittelten HCV-Infektionen aus. Bei den Frauen war die Inzidenz in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am höchsten (5,6), gefolgt von einem zweiten Inzidenzgipfel bei den 60- bis 69-Jährigen (5,1).

Die Inzidenz im Kindesalter (unter 15 Jahre) war mit 0,1 Infektionen/100.000 Einw. (entsprechend 12

übermittelten Infektionen) gering und hat sich im Vergleich zum Vorjahr (n=25) halbiert (s. Abb. 2).

### Stadium der Infektion und klinische Symptome

Von den übermittelten Fällen im Jahr 2021 wurden bei 44 % Angaben zum vermutlichen Stadium der Infektion bei der Diagnose gemacht, bei den anderen Fällen wurde das Stadium nicht erhoben oder war nicht ermittelbar. Von den Infektionen mit Angaben wurde etwa ein Fünftel als akute Infektion eingestuft (n=406; 19 %) und 81 % als chronisch (n=1.682). Zwischen 2014 und 2016 lag der jährliche Anteil akuter Infektionen an allen mit Angabe zum Stadium zwischen 28 und 29 %, seit 2017 bewegt er sich zwischen 19 und 23 % (s. Abb. 1).

Bei insgesamt 816 Fällen (17 %) wurden Angaben zu klinischen Symptomen übermittelt. Erhöhte Serum-

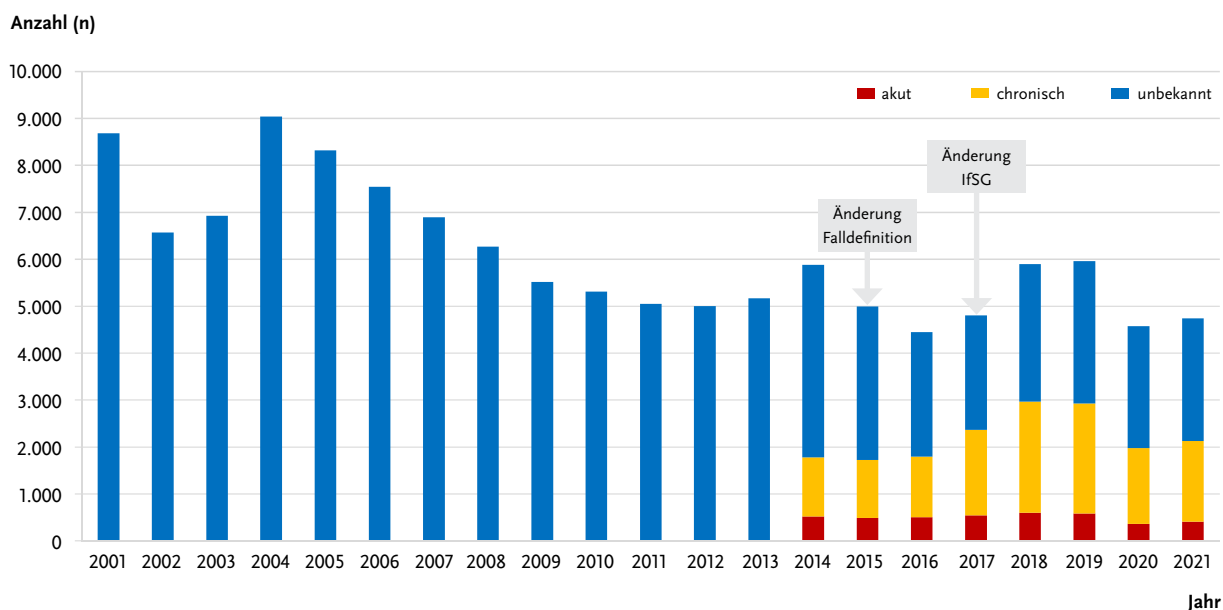
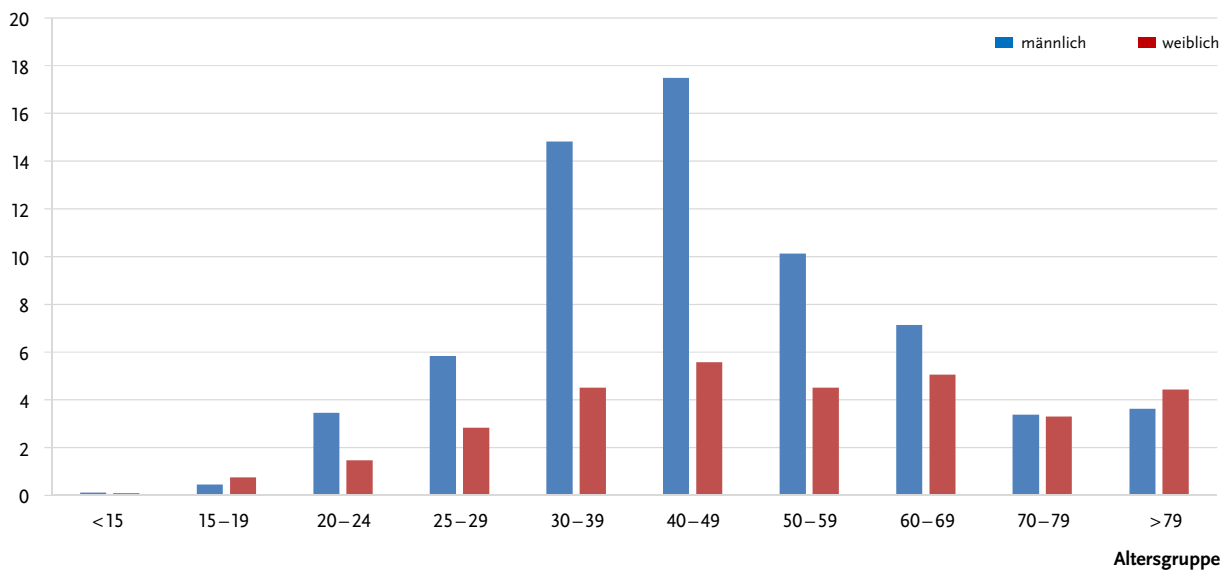


Abb. 1 | Übermittelte Hepatitis-C-Meldungen nach Meldejahr, Deutschland, 2001–2021, und Infektionsstadium (akut, chronisch, unbekannt) 2014–2021

## Infektionen/100.000 Einw.



**Abb. 2** | Übermittelte HCV-Infektionen pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Deutschland, 2021 (Fälle mit Angabe, n=4.714)

transaminasen wurden bei 82 % dieser Fälle angegeben, in 29 % (n=236) Oberbauchbeschwerden und in 11 % (n=91) ein ikterischer Verlauf.

Im Jahr 2021 war für vier Fälle angegeben, dass sie an der HCV-Infektion verstorben seien. Bei 24 Fällen war angegeben, dass sie aufgrund anderer oder unbekannter Ursache verstorben seien.

### Infektionsrisiken

Für die Auswertung des Übertragungswegs wurden Mehrfachangaben auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Eine Angabe zum wahrscheinlichen Übertragungsweg lag bei 21 % (n=1.004) der Infektionen vor (s. [Datenqualität und Limitationen der Surveillancedaten](#)).

Intravenöser Drogengebrauch wurde dabei für 67 % (n=673) der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg angegeben. Von diesen lag bei 4 % (n=27) der Infektionen die nähere Spezifizierung „intravenöser Drogenkonsum in Haft“ vor. Nosokomiale Übertragungen wurden bei 171 HCV-Infektionen (17 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) angegeben. Diese verteilten sich auf den Erhalt von Blut und Blutprodukten (n=107, Erhalt im Ausland oder vor 1992), operativ-diagnostische Eingriffe (n=45), medizinische Injektionen im Ausland (n=15) und

Organtransplantation (n=4). Bei 60 Fällen (6 %) war als wahrscheinlichster Übertragungsweg „Piercing oder Tattoo“, bei 19 Fällen (2 %) „Wohngemeinschaft mit Virusträger“ und bei 12 Fällen (1 %) „Berufliche Exposition“ angegeben. Sexuelle Übertragung zwischen Männern wurde in 35 Fällen (4 % aller Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg und 5 % derjenigen bei Männern) als wahrscheinlicher Übertragungsweg angegeben. „Heterosexueller Kontakt mit einem HCV-positiven Partner/einer HCV-positiven Partnerin“ wurde bei 31 Infektionen (3 %) angegeben. Eine perinatale Übertragung bei Kindern unter 2 Jahren wurde bei drei Infektionen (0,3 %) übermittelt (s. [Abb. 3](#)).

Unter den HCV-Meldungen mit Angabe zum Übertragungsweg zeigt sich ein seit 2004 leicht ansteigender Anteil von Infektionen, die durch intravenösen Drogenkonsum übertragen wurden. Auch wenn die absolute Anzahl der Meldungen mit diesem Übertragungsweg in den letzten zwei Jahren abgenommen hat, ist der Anteil an allen Meldungen mit Angabe angestiegen (s. [Abb. 4](#)).

### Infektionsland, Geburtsland, und Staatsangehörigkeit

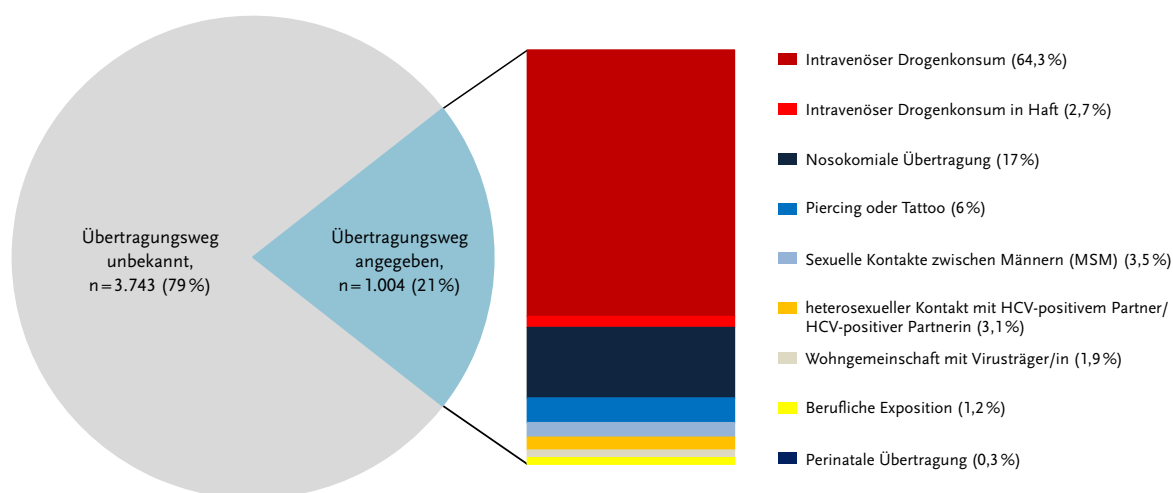
Bei 23 % (n=1.096) der übermittelten HCV-Infektionen fanden sich Angaben zum wahrscheinlichen



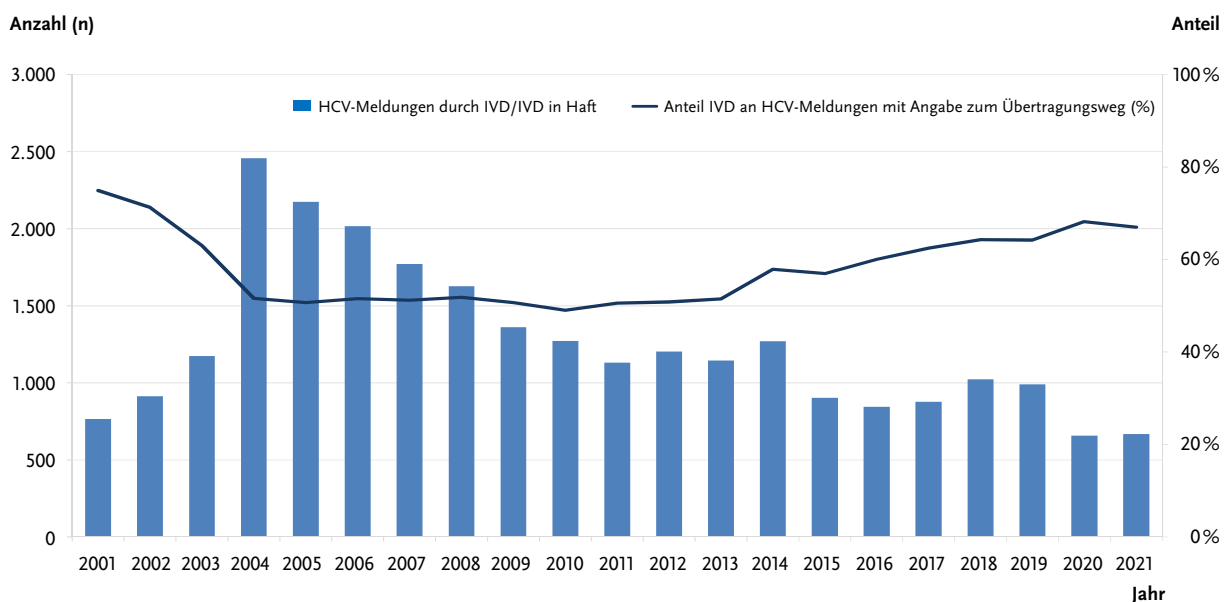
Infektionsland (Mehrfachnennungen möglich). Deutschland wurde am häufigsten genannt ( $n=964$ ; 88% der Fälle mit Angabe zum Infektionsland).

Die meisten Nennungen eines Landes außerhalb Deutschlands entfielen auf die Russische Föderation ( $n=12$ ), gefolgt von der Ukraine und Rumänien (je  $n=11$ ), Georgien ( $n=9$ ), Kasachstan ( $n=8$ ), Polen ( $n=7$ ), Italien und Syrien (je  $n=4$ ).

Für etwa die Hälfte der übermittelten Fälle wurden Angaben zum Geburtsland ( $n=2.364$ ; 50%) bzw. zur Staatsangehörigkeit ( $n=2.186$ ; 46%) übermittelt. Fast zwei Drittel der Fälle waren in Deutschland geboren ( $n=1.514$ ; 64%) und drei Viertel der Fälle gaben die deutsche Staatsangehörigkeit an ( $n=1.637$ ; 75%). Die Verteilung der am häufigsten angegebenen Geburtsländer im Jahr 2021 zeigt [Abbildung 5](#).



**Abb. 3** | Wahrscheinliche Übertragungswege der übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen 2021 nach Referenzdefinition,  $n=4.747$  (Datenstand 15.03.2022). Ein wahrscheinlicher Übertragungswege wurde bei 1.004 Erstdiagnosen übermittelt und ausgewertet.



**Abb. 4** | Anzahl der Hepatitis-C-Meldungen mit Übertragungsweg injizierender Drogengebrauch (IVD) und IVD in Haft und Anteil dieser an Meldungen mit Angabe zum Übertragungsweg, 2001–2021



### Datenqualität und Limitationen der Surveillancedaten

Die Bestimmung der Hepatitis-C-Inzidenz (im Sinne der Anzahl von HCV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) ist methodisch schwierig. HCV-Infektionen verlaufen häufig unbemerkt oder werden erst viele Jahre nach der Infektion im Stadium der Spätfolgen diagnostiziert. Die übermittelten HCV-Infektionen erlauben daher keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, es sei denn, dem Gesundheitsamt liegen zusätzliche Informationen (anamnestische Informationen seitens des Arztes/der Ärztin, labordiagnostische Konstellation wie nachgewiesene Serokonversion) vor. Angaben zum Stadium der Infektion werden erst seit dem Jahr 2012 strukturiert erhoben und wurden hier erstmalig in der [Abbildung 1](#) ab dem Jahr 2014 dargestellt.

Seit Änderung der Falldefinition im Jahr 2015 werden nur noch Fälle mit Laborparametern, die für eine aktive HCV-Infektion sprechen, übermittelt. Dies ermöglicht eine Annäherung an die wahre Inzidenz von Neudiagnosen. Allerdings werden damit mögliche Fälle, die nach einem positiven AK-Screening nicht der weiteren Diagnostik mittels direktem Erregernachweis zugeführt wurden, nicht erfasst. Da sich die Therapieoptionen in den letzten Jahren sehr stark verbessert haben, ist jedoch davon auszugehen, dass in Deutschland die Diagnostik in den meisten Fällen vollständig durchgeführt wird. Auf der anderen Seite kann es durch die Erweite-

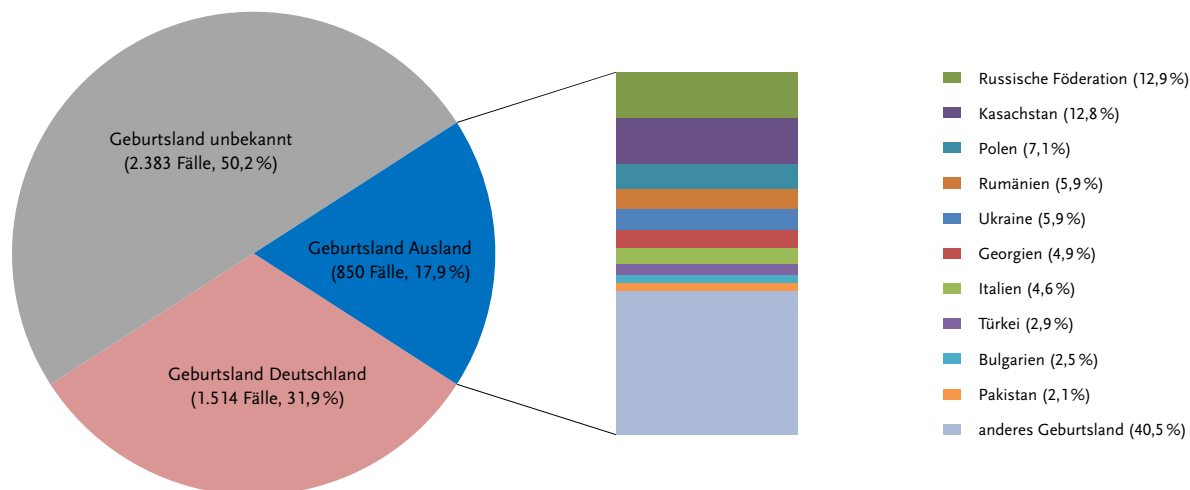
rung der Meldepflicht im Jahr 2017 auf alle Nachweise von HCV zu einer verstärkten Mehrfachmeldung von Nachweisen ein und derselben Person bei wiederholter Testung kommen. In den Gesundheitsämtern werden Meldungen, die sich auf den gleichen Fall beziehen, in der Regel erkannt und zusammengeführt. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Doppelerfassungen kommt.

Aufgrund der Änderung der Falldefinition im Jahr 2015 und der Meldepflicht im Jahr 2017 sind die übermittelten Fallzahlen zudem nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar, so dass Trendauswertungen nur mit Einschränkungen möglich sind. Zusätzlich zu den Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland werden seit der Änderung der Meldepflicht 2017 bei allen HCV-Meldungen Angaben zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit erfasst. Damit ist es möglich, aus den Meldedaten bessere Hinweise auf die Krankheitslast bei Migrantpopulationen zu erhalten. Die Anteile von Fällen mit Informationen zum Geburtsland (50 %) und zur Staatsangehörigkeit (46 %) ähneln denen der Vorjahre.

### 4.2 Epidemiologische Situation in der Allgemeinbevölkerung und in vulnerablen Gruppen

#### Allgemeinbevölkerung

Die letzte für die erwachsene Allgemeinbevölkerung repräsentative Studie in Deutschland ergab 2008–



**Abb. 5** | Angegebenes Geburtsland der 2021 übermittelten Hepatitis-C-Fälle nach Referenzdefinition, n=4.747 (Datenstand 18.03.2022). Das Geburtsland wurde bei 2.364 Erstdiagnosen übermittelt und ausgewertet.

2011 eine niedrige HCV-AK-Prävalenz von 0,3% (95% KI 0,1–0,5%).<sup>24</sup> Die tatsächliche Prävalenz dürfte aber höher liegen, da im Deutschen Erwachsenenengesundheitssurvey Personengruppen mit einer erwarteten höheren Prävalenz für Hepatitis C nicht repräsentativ vertreten waren. In der *NAKO Gesundheitsstudie*, einer 2014 gestarteten bundesweiten Langzeitbeobachtungsstudie mit 200.000 Teilnehmenden wurde der HCV-Infektionsstatus als jemals erhaltene ärztliche Diagnose erfasst. Dabei zeigte sich eine HCV-Diagnosehäufigkeit von 0,6%.<sup>25</sup> In einem systematischen Review mit Daten bis 2017 ergab sich für die Allgemeinbevölkerung eine HCV-AK-Prävalenz zwischen 0,2% und 1,9%. In Proxypopulationen, wie z. B. den Babyboomern, lag die HCV-AK-Prävalenz bei 1,5%.<sup>26</sup> Zwei der in das Review eingeschlossenen Studien berichteten eine virämische HCV-Prävalenz zwischen 0,2% und 0,4%.

Wie bereits oben beschrieben, geben aktuelle Modellierungen Hinweise auf einen Rückgang der HCV-Prävalenz in Deutschland und anderen europäischen Ländern, in denen der Zugang zu effektiver HCV-Therapie gewährleistet ist.<sup>11</sup> Aktuelle, auf Studien basierte Daten zur Prävalenz für Deutschland liegen jedoch noch nicht vor. Neue repräsentative Daten, einschließlich des HCV-Status in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, sollen zukünftig über das geplante [RKI-Panel](#) erhoben werden.

Seit Anfang 2022 wird am RKI ein Projekt zum hepatozellulären Karzinom (HCC) auf Grundlage einer chronischen Hepatitis B, D oder C durchgeführt. In diesem erfolgt neben der Durchführung eines systematischen Reviews auch der Abruf und die Auswertung von Daten aus Sekundärdatenquellen (bevölkerungsbezogene Krebsregister, Todesursachenstatistik und Fallpauschalen-bezogene Krankenhausstatistik). Durch Verknüpfung genannter Datenquellen und der vorhandenen Daten aus Studien soll der Anteil der mit HBV/HCV assoziierten HCC-bedingten Todesfälle sowie die Gesamtzahl von Todesfällen an HCC erstmalig und kontinuierlich abgebildet werden.

### **Menschen mit injizierendem Drogenkonsum**

Seit April 2020 läuft die [DRUCK 2.0-Pilotstudie](#) als Nachfolgeerhebung zu der von 2011–2014 in

Deutschland durchgeführten Querschnittsstudie [„Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“](#) (DRUCK-Studie). Diese hatte neben hohen Prävalenzen für HIV, HBV und HCV bei Menschen mit injizierendem Drogenkonsum Verbesserungsbedarf bei Prävention und Versorgung identifiziert.<sup>27–30</sup> Ziel der DRUCK 2.0-Pilotstudie ist es, die Methoden für eine wiederkehrende Datenerhebung zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen und assoziierte Risikofaktoren bei Drogengebrauchenden zu erarbeiten und in zwei Bundesländern zu pilotieren. Die so gewonnenen aktuellen epidemiologischen Daten sind auf regionaler und nationaler Ebene nutzbar für die Anpassung von Präventions- und Kontrollstrategien sowie die kontinuierliche Beobachtung des Eliminierungsfortschritts. Für die Pilotierung wurden 2021/22 in Berlin und Bayern im Rahmen der Routinearbeit von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen und Substitutionspraxen insgesamt 649 Menschen mit injizierendem Drogenkonsum als Teilnehmende gewonnen. Die Kapillarblutproben wurden im Labor auf HIV, HBV, HCV und Syphilis untersucht und werden aktuell zusammen mit den Daten der Befragung zu Soziodemografie, Verhalten und Zugang zu Test- und Behandlungsangeboten am RKI ausgewertet. Die in der Pilotierung angewendeten verschiedenen Methoden der Datenerhebung und Ergebnisübermittlungen wurden hinsichtlich Machbarkeit und Akzeptanz des Studiendesigns analysiert und werden bei einem Abschlusstreffen im Herbst 2022 mit den Bundesländern diskutiert. Zukünftig soll in den interessierten Bundesländern die Ausrollung der Studie mit erster bundesweiter Erhebungswelle vorbereitet werden.

Die Übertragung von HCV durch das Teilen von Spritzen und Nadeln, jedoch auch durch andere Utensilien für den Drogenkonsum wie Filter und Löffel<sup>31–34</sup> und durch das Teilen von Wasser<sup>35</sup> konnte in zahlreichen Arbeiten beschrieben werden. Um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu minimieren, spielt die Vergabe von sterilen Konsumutensilien (auch Safer-Use-Artikel genannt) für den injizierenden, aber auch den nasalen und inhalativen Drogenkonsum eine wichtige Rolle und wird von der europäischen Drogenbehörde (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) und der Deutschen Aidshilfe (DAH) emp-

fohlen.<sup>35,36</sup> In einer Kooperation der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), des RKI und der DAH wurde für das Jahr 2018 erstmalig deutschlandweit die Vergabe von Safer-Use-Artikeln über Spritzenautomaten, niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe und in der aufsuchenden Arbeit erfasst. Die Ergebnisse wurden veröffentlicht und sind auf der [RKI-Homepage](#) abrufbar.<sup>37</sup> Für das Jahr 2021 wurde eine [Folgerhebung](#) durchgeführt, in dem erneut die Anzahl und Art ausgegebener Konsumutensilien, die Anzahl der durch die Einrichtung mit Konsumutensilien versorgten Personen, die häufigsten Vergabeorte und das zur Verfügung stehende Budget für Konsumutensilien erfasst wurde. An der Erhebung, die von Ende März bis August 2022 stattfand, nahmen 204 Einrichtungen/Träger teil, die angegeben hatten, Drogenkonsumutensilien auszugeben. Von diesen haben 180 Einrichtungen/Träger Angaben zur Art und Anzahl der vergebenen Konsumutensilien gemacht. Von den 155 Einrichtungen, die an der Erhebung zu 2018 teilgenommen hatten, nahmen 108 im Jahr 2022 erneut teil. Aktuell werden die erhobenen Daten ausgewertet.

Neben dem Zugang zu sauberen Konsumutensilien für Drogengebrauchende ist der niedrigschwellige Zugang zu Beratung, Testung und Versorgung von durch Drogen übertragenen Infektionen relevant, um infizierte Personen frühzeitig zu identifizieren, diese zu behandeln und damit neben dem individuellen Benefit eine Transmission zu verhindern. Eine Befragung von niedrigschwelligen AIDS- und Drogenhilfeeinrichtungen mit Vergabe von Konsumutensilien ergab, dass fast alle Einrichtungen Informationen zu „Safer Use“ (98,5 %) und Beratungen zu HCV (87,4 %) anboten.<sup>38</sup> Jedoch verfügten nur etwa 28 % der Einrichtungen über (Schnell-)Testangebote. Als Hauptbarrieren für eine verbesserte Umsetzung von HCV-spezifischen Maßnahmen (dazu zählt auch die Weitervermittlung in medizinische Behandlung bei einem positiven Testergebnis) wurden ungenügende Finanzierung und klienten-/klientinnenbezogene Barrieren (z. B. mangelnde Zuverlässigkeit) genannt.<sup>38</sup>

### **Menschen in Haft**

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Menschen, die aktuell oder früher Drogen injiziert ha-

ben, in deutschen Gefängnissen und weltweit deutlich überrepräsentiert.<sup>39</sup> Umgekehrt berichten Drogengebrauchende von häufiger Hafterfahrung.<sup>40</sup> Die Datenlage zur Prävalenz und Inzidenz von HCV und anderen durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen unter Inhaftierten in Deutschland ist jedoch sehr begrenzt und inaktuell.<sup>26</sup> Die DRUCK-Studie hat bei drogengebrauchenden Menschen einen Zusammenhang zwischen HCV-Infektion und berichteter Inhaftierungserfahrung gezeigt; die HCV-Prävalenz stieg mit zunehmender Dauer und Häufigkeit der Inhaftierung an.<sup>40</sup> Auch auf europäischer Ebene wurde in 17 Ländern der Zusammenhang zwischen HCV- und HIV-Infektionen und Gefängnisaufenthalt bei Menschen, die Drogen injizieren, bestätigt.<sup>41</sup>

Die Anzahl der bisher im Justizvollzug in Deutschland antiviral behandelten Gefangenen ist im Vergleich zur anzunehmenden Prävalenz niedriger.<sup>42</sup> In einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe wurde ein Modellprojekt zur Behandlung von HCV-Infektionen in Haft entwickelt. Das Modellprojekt startet aktuell in mehreren Haftanstalten in Nordrhein-Westfalen und Hessen.<sup>43</sup> Es soll Wege aufzeigen, wie die Behandlungsquoten durch Standards im Bereich der Prävention, Diagnostik und Therapie der Erkrankung erhöht werden können.

### **Menschen in Wohnungslosigkeit**

Wohnungslose Menschen in Deutschland sind eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich ihrer Wohnsituation, ihres Verhaltens und ihrem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auf Grund ihrer prekären Lebensverhältnisse gelten sie als überproportional häufig von Infektionskrankheiten betroffen, jedoch sind belastbare Daten aus Deutschland bisher nur spärlich vorhanden. Im Frühjahr 2021 wurde im Rahmen des Pilotprojektes POINT vom RKI in Zusammenarbeit mit Fixpunkt e.V. und Berliner Sozialprojekte gGmbH eine Querschnittsstudie zu Infektionskrankheiten bei wohnungslosen Menschen in Berlin durchgeführt.<sup>44</sup> Über niedrigschwellige medizinische Versorgungseinrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurden insgesamt 216 wohnungslose Menschen rekrutiert, mittels venöser Blutprobe auf HBV, HCV, HIV, Syphilis und Tuberkulosekontakt getestet und zu Soziodemografie, Verhalten und Zugang zu medizinischer Versorgung befragt. Von den

Teilnehmenden wiesen 24 % HCV-AK auf. Die Prävalenz einer aktiven HCV-Infektion lag bei 16 %. Insgesamt gaben 47 % der Teilnehmenden an, in den letzten 30 Tagen Drogen injiziert zu haben und 71 % berichteten von Hafterfahrung. Von den Teilnehmenden waren 73 % nicht in Deutschland geboren und 57 % verfügten nicht über eine in Deutschland gültige Krankenversicherung. Zum Zeitpunkt der Erhebung war keine/r der Teilnehmenden mit einer aktiven HCV-Infektion in antiviraler Behandlung. Insgesamt zeigte die Studie große Überschneidungen mit der Studienpopulation, welche über die DRUCK 2.0-Pilotstudie erreicht wurde. Eine engere Vernetzung von Drogen- und Wohnungslosenhilfe sowie mit der klinischen Infektiologie kann dazu beitragen, Versorgungsdefizite abzubauen und Präventionsangebote, v. a. in Hinblick auf Safer Use, auch für Menschen in Wohnungslosigkeit zugänglich zu machen. Aktuell wird eine bundesweite Ausrollung der Datenerhebung geplant, um die gesundheitliche Situation von wohnungslosen Menschen in Deutschland auch möglichst aussagekräftig abbilden zu können.

#### HIV-koinfizierte MSM

Querschnittsstudien haben eine HCV-AK-Prävalenz von 1–7 % unter MSM ohne Vorgeschichte eines injizierenden Drogenkonsums und von 25–50 % unter MSM mit Angabe eines injizierenden Konsums ergeben.<sup>45</sup>

Unter HIV-koinfizierten MSM wurde außerdem eine hohe HCV-Reinfektionsinzidenz festgestellt: Eine multizentrische Studie zeigte eine Reinfektionsrate von 24,6 % bei HIV-positiven MSM, bei denen eine HCV-Infektion spontan oder medikamentös ausgeheilt war.<sup>46</sup> Hohe Inzidenzen von HCV-Infektionen und Reinfektionen betreffen vor allem Personen, die sexuelle Risiken eingehen oder Drogen nutzen, z. B. im Rahmen von Chemsex.<sup>47,48</sup> In der HIV-1-Serokonverterstudie zeigte sich bei HIV-koinfizierten MSM eine Veränderung der Hepatitis-C-Inzidenz von 0,8/100 Personenjahre (1996–1999) auf 1,7/100 Personenjahre (2012–2015).<sup>76</sup> Weiterführende Analysen zeigen bei jahresgenauer Betrachtung die höchste Inzidenz im Jahr 2010 mit 2,4/100 Personenjahre und einen anschließenden Rückgang der Inzidenz zu 0,5/100 Personenjahre für das Jahr 2017.<sup>49</sup> Die Prävalenz von HCV-Koinfektionen lag im Zeitraum 1996–2012 bei 8,2 % und

2012–2016 bei 11,6 %. Betrachtet man die Prävalenz abhängig vom Status einer aktiven oder chronischen bzw. ausgeheilten HCV-Infektion, so zeigte sich, dass nach 2014 die Prävalenz ausgeheilten Infektionen stark anstieg: Von 4,3 % im Jahr 2014 auf 10,5 % im Jahr 2019, während die Prävalenz aktiver/chronischer Infektionen abnahm. Diese lag 2014 bei 7,5 % und 2019 bei 3,1 %. Seit 2017 liegt die Anzahl ausgeheilten Infektionen über der Anzahl der aktiven/chronischen Infektionen.<sup>49</sup> Dies ist sehr wahrscheinlich auf den Behandlungserfolg der seit 2014 verfügbaren hocheffektiven HCV-Therapiemöglichkeiten zurückzuführen.

#### Menschen mit Migrationsgeschichte

In Studien aus Deutschland zur HCV-Seroprävalenz bei Personen mit Migrationshintergrund werden in unterschiedlichen Settings Prävalenzen von 0,4–1,9 %<sup>50–54</sup> berichtet. Dabei sind oft Menschen aus einzelnen Regionen der Welt überrepräsentiert und die Definition von Migration ist sehr heterogen, was die Vergleichbarkeit der Studien untereinander erschwert. Betrachtet nach unterschiedlichen Herkunftsländern sind die höchsten HCV-Prävalenzen bei Menschen aus Osteuropa, dem östlichen Mittelmeerraum, Afrika und Asien beobachtet worden, was die bestehenden Prävalenzen in den Herkunftsländern widerspiegelt.<sup>50,55</sup> Die Studienpopulationen aus einzelnen Herkunftsländern sind jedoch oft zu klein, um für diese valide Aussagen machen zu können. Weiterhin ist wenig bekannt, wie gut der Zugang zu Versorgung (Diagnostik und Therapie) für Personen mit Migrationshintergrund ist. Das RKI plant die Durchführung eines integrierten Biobehavioural Survey, um erstmalig deutschlandweit systematisch und zielgruppengerecht die Prävalenz, Risiko- und Schutzfaktoren sowie den Zugang zu medizinischer Versorgung für Hepatitis B und C in vermutlich stark betroffenen Bevölkerungsgruppen mit Migrationsgeschichte zu erfassen. Zur Entwicklung eines repräsentativen, akzeptierten und machbaren Studiendesigns wurde im Frühjahr 2022 eine Vorstudie zu Hepatitis B und C bei Menschen mit Migrationsgeschichte aus Hochprävalenzländern (HepMig) initiiert. In einem ersten Schritt werden Zugangswege zu den einzelnen Populationen und mögliche Methoden der Datenerhebung eruiert. Ein wesentlicher Aspekt der Vorstudie ist es, die Hauptstudie verantwortungsvoll durchführen zu können

und das Stigmatisierungs- und Schädigungspotenzial zu minimieren. Hierzu werden Perspektiven und Expertisen aus Forschung und Praxis sowie von Schlüsselpersonen der ausgewählten Bevölkerungsgruppen einbezogen. Das so entwickelte Studiendesign wird 2023 in zwei ausgewählten Bevölkerungsgruppen pilotiert.

### **Berufsbedingte HCV-Infektionen im Gesundheitswesen**

Hepatitis C ist eine Berufskrankheit nach Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung. Sie fällt unter BK-Nr. 3101 „Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war“. Verdachtsmeldungen und Anerkennungen von berufsbedingten HCV-Infektionen im Gesundheitswesen stellen in Deutschland heute nur noch sporadische Ereignisse dar und haben in den letzten Jahren weiter abgenommen. Eine Anerkennung als Berufskrankheit setzt eine wesentlich erhöhte Infektionsgefahr während der ausgeübten Tätigkeit voraus, schließt jedoch andere Infektionswege nicht aus.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung weist in ihrer Statistik hinsichtlich Hepatitis C deutschlandweit fünf (2020) und drei (2021) Fälle als (erstmalig) anerkannte Berufskrankheit aus. In diesen Zahlen sind sowohl die Einrichtungen der gewerblichen Wirtschaft als auch des öffentlichen Dienstes erfasst. Daten zur Abschätzung einer möglichen Dunkelziffer nicht gemeldeter und damit nicht erfassbarer berufsbedingter HCV-Infektionen liegen nicht vor.

Im Jahr 2020 sind die aktualisierten Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e. V. zur Prävention der nosokomialen Übertragung von HBV und HCV durch im Gesundheitswesen Tätige erschienen.<sup>56</sup> Es wird empfohlen, medizinisches Personal mit einer z. B. beruflich übertragenen Hepatitis C bereits im akuten Stadium antiviral zu behandeln.<sup>57</sup>

### **4.3 Behandlungsdaten zu Hepatitis C**

Seit der Zulassung von DAA kann heutzutage bei nahezu allen Personen, auch Vorbehandelten, Perso-

nen mit Leberzirrhose oder Koinfektionen, unabhängig vom GT eine dauerhafte Virusunterdrückung erreicht werden. Aktuelle Analysen aus dem Deutschen Hepatitis C-Register bei 10.298 mit DAA therapierten Patientinnen und Patienten mit einer GT 1- oder GT 3-Infektion zeigen, dass bei insgesamt 95 % ein Therapieerfolg im Sinne einer dauerhaften Virusunterdrückung (sustained virological response, SVR) erzielt werden konnte. Bei zirrhotischen Patientinnen und Patienten, HIV-Koinfizierten und Opioidsubstituierten war die SVR etwas niedriger, aber immer noch hoch (um 92 %).<sup>58</sup>

Die aktualisierte Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie einer HCV-Infektion stellt eine Behandlungsindikation bei Vorliegen einer replizierenden HCV-Infektion (mit nachweisbarer HCV-RNA), unabhängig von der klinischen Symptomatik und vom Stadium der Infektion.<sup>57</sup> Eine Übersicht der Behandlungsleitlinien ist auch in den Empfehlungen des Bundes niedergelassener Gastroenterologen zu finden.<sup>59</sup>

Das RKI wertet regelmäßig die Verordnungen antiviraler Medikamente gegen Hepatitis C mittels Apothekenabrechnungsdaten von Personen mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) in Deutschland (entsprechend rund 85 % der Bevölkerung) aus. Eine ausführliche Beschreibung der Methode und Ergebnisse für den Zeitraum 2010–2015 wurde publiziert.<sup>60</sup> Methodisch vergleichbar wurde der Zeitraum 2014–2021 analysiert: Daten zu Standard-28-Tagespackungen von DAA, die seit 2014 in Deutschland zugelassen sind, wurden nach den Therapieleitlinien zu Behandlungsregimen kombiniert und die Anzahl der monatlich abgerechneten Regime berechnet. Anhand der Therapiedauer einzelner Regime (aus Real World Daten<sup>58</sup> bzw. aufgrund der empfohlenen Therapiedauer in den Leitlinien) wurde die Zahl der mit DAA behandelten Personen insgesamt und pro Jahr bestimmt. Zusätzlich wurden die Kosten der Medikamente pro Jahr anhand von Apothekenabgabepreisen und die mittleren Therapiekosten pro behandelter Person berechnet. Diese Kosten beinhalten allerdings weder gesetzlich vorgeschriebene noch mögliche Rabatte, die zwischen einzelnen Krankenkassen und den Herstellern ausgehandelt wurden (§ 130 ff, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V).

Jahre	28-Tagespackungen	Mittlere Therapiedauer in Wochen	Behandelte Patientinnen/Patienten	Mittlere Therapiekosten	Gesamtausgaben
2014	25.462	14,6	~7.000	~91.000 €	~634.000.000 €
2015	60.912	12,1	~20.100	~67.000 €	~1.345.000.000 €
2016	39.890	12,1	~13.200	~62.200 €	~820.000.000 €
2017	32.730	11,7	~11.600	~47.800 €	~556.000.000 €
2018	24.909	10,1	~9.900	~35.300 €	~352.000.000 €
2019	20.861	10,3	~8.100	~30.900 €	~252.000.000 €
2020	16.496	10,1	~6.500	~30.500 €	~199.000.000 €
2021	14.310	10,2	~5.600	~31.000 €	~175.000.000 €

**Tab. 2** | Anzahl der jährlich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordneten DAA-Therapiepackungen, mittlere Therapiedauer und Anzahl der behandelten Personen in der GKV, mittlere Therapiekosten je Behandlungsregime und Jahresgesamtkosten, berechnet nach Apothekenabgabepreisen, 2014–2021. DAA: direkt antiviral wirkende Medikamente

Seit dem Maximum an verschriebenen HCV-Therapieregimen pro Monat im März 2015 wurde ein kontinuierlicher Rückgang beobachtet.<sup>60–62</sup> Im Jahr 2020 fiel die Zahl der abgerechneten Therapieerime stärker ab als in den Vorjahren (s. Abb. 6). Insbesondere in den Monaten April bis Juni 2020 war ein besonders starker Abfall der abgerechneten Therapieerime zu beobachten. Im Jahr 2021 bewegte sich die Zahl der monatlichen Therapieerime leicht unter dem Niveau von 2020. Tabelle 2 zeigt die Anzahl der jährlich verordneten 28-Tagespackungen, die anhand der Therapiedauer errechnete Anzahl der behandelten Personen sowie die entsprechenden Kosten, berechnet nach Apothekenabgabepreisen. Insgesamt wurden aufgrund dieser Berechnung von 2014–2021 ca. 82.000 Personen in der GKV mit DAA behandelt.

Ein aktuelles Projekt des RKI untersucht den Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die HCV-Verordnungszahlen, Ergebnisse werden zeitnah veröffentlicht.

## 5. Zusammenfassende Einschätzung

Die Anzahl übermittelter HCV-Infektionen im Jahr 2021 ist im Vergleich zum Vorjahr nur minimal gestiegen. Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen konsumieren als Frauen und dies der am häufigsten berichtete Übertragungsweg ist, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz gemeldeter HCV-Infektionen bei Männern, die sich auch in diesem Jahr zeigte. In den höheren Altersgruppen glei-

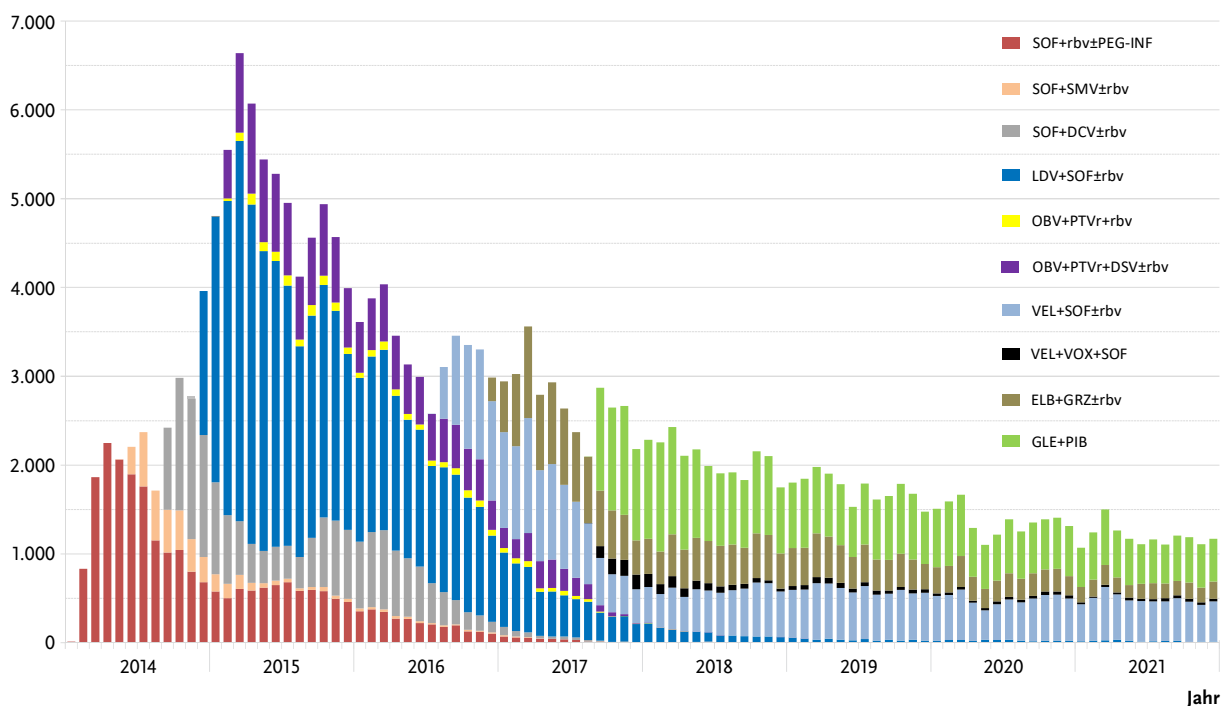
chen sich die Inzidenzen bei Frauen und Männern an, was vermutlich auf nosokomial übertragene Infektionen v. a. im Rahmen von Bluttransfusionen vor Einführung der diagnostischen Testung von Blutprodukten zurückzuführen ist.

Der beobachtete Rückgang der Anzahl übermittelter HCV-Infektionen seit 2020 ist möglicherweise bedingt durch Unterdiagnose und -erfassung während der COVID-19-Pandemie. Eine Analyse der Surveillancedaten zeigte den Rückgang verschiedener meldepflichtiger Infektionskrankheiten, darunter auch Hepatitis C, insbesondere im ersten Pandemiejahr 2020.<sup>63</sup> Ein Teil des Rückgangs kann aber auch einem tatsächlichen Rückgang der Inzidenz durch effektive Hepatitis-C-Behandlungen und dadurch seltenerem Auftreten von Transmissionsereignissen entsprechen.

Mit den GT-unabhängig einsetzbaren Kombinations-DAA haben sich die Behandlungsoptionen von HCV in den letzten Jahren noch weiter verbessert und vereinfacht. Dem steht entgegen, dass die Zahl der monatlich abgerechneten Therapieerime sowie die der jährlich behandelten Personen seit 2015 kontinuierlich abnimmt. Auch im Jahr 2021 war ein weiter sinkender Trend bei den Verordnungszahlen zu beobachten. Der erhebliche Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die HCV-Versorgung wurde von mehreren Ländern berichtet.<sup>64–66</sup> In Deutschland wird dies für die Zahl der Behandelten derzeit in einem Forschungsprojekt spezifisch untersucht.



## Regime (~Personen)



**Abb. 6 |** Abgerechnete Hepatitis-C-Behandlungsregime pro Monat von gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland, 2014–2021, PEG-INF: Pegylated Interferon; rbv: Ribavirin; SOF: Sofosbuvir; SMV: Simeprevir; DCV: Daclatasvir; LPV: Ledipasvir; OBV: Ombitasvir; PTVr: Ritonavir-boosted Paritaprevir; DSV: Dasabuvir; VEL: Velpatasvir; VOX: Voxilaprevir; ELB: Elbasvir; GRZ: Grazoprevir; GLE: Glecaprevir; PIB: Pibrentasvir

Basierend auf Daten von 2017–2019 wurde noch geschätzt, dass Deutschland die Hepatitis-C-Eliminationsziele sehr knapp im Jahr 2030 erreichen könnte, vorausgesetzt mindestens 9.900 Personen würden jährlich antiviral behandelt werden.<sup>67</sup> Einer aktuellen Modellierung zufolge kann Deutschland die Hepatitis-C-Eliminationsziele 2030 nur noch durch verstärkte Anstrengungen erreichen. Um 2030 bei einer niedrigen Prävalenz virämischer Infektionen anzukommen, müssten bis dahin (2021–2030) 81.200 Infektionen neu diagnostiziert und 118.600 therapiert werden. Damit könnten außerdem 1.020 Todesfälle und 720 HCC-Fälle verhindert werden.<sup>68</sup> Die COVID-19-Pandemie hat jedoch weltweit den Fortschritt der Hepatitis-C-Elimination gefährdet.<sup>11,69</sup> In Deutschland kam es dabei zu einem Rückgang der Hepatitis-C-Meldungen um 25% im Vergleich zum Vorjahr und zu weniger Therapievereinordnungen.<sup>61</sup> So wurden 2020 statt der für die Eliminierung für notwendig geschätzten 9.900 Behandelten pro Jahr nur 6.500 Personen behandelt und im Jahr 2021 kam es zu einem weiteren Abfall auf 5.600 Behandelte. Unter den derzeitigen Voraussetzungen

ist es daher fraglich, ob Deutschland das Eliminierungsziel 2030 noch erreichen kann.

Der Anteil übermittelter akuter HCV-Infektionen unter den Fällen mit Angaben zum Stadium der Infektion beträgt ähnlich wie in den Vorjahren etwa ein Fünftel. Die gleichbleibende Meldeinzidenz akuter HCV-Infektionen weist darauf hin, dass weiterhin Infektionen übertragen werden. Um die Zahl der Infizierten in Deutschland substanziell zu senken, müssen durch zielgerichtete Screeningprogramme in Populationen mit höherer Prävalenz infizierte Personen diagnostiziert und der Behandlung zugeführt werden. Ende 2021 wurde die allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals sog. „Check-up 35“) um ein einmaliges serologisches Screening auf HBV und HCV erweitert und steht damit allen über 35-Jährigen in der GKV einmalig zu.<sup>70</sup> Studien zeigen, dass Gesundheitsuntersuchungen jedoch nicht von allen Menschen in Anspruch genommen werden, insbesondere nicht von den für HCV besonders vulnerablen Gruppen.<sup>71</sup> Die Meldungen neu diagnostizierter HCV-Infektionen

gemäß IfSG zeigen, dass etwa zwei Drittel der Infektionen mit Angaben zum Übertragungsweg vermutlich durch injizierenden Drogengebrauch übertragen wurden, ebenso bestätigt sich die hohe HCV-Prävalenz in Studien.<sup>9</sup> Damit sind Menschen mit injizierendem Konsum die wichtigste Bevölkerungsgruppe, die es im Rahmen der Eliminierungsbemühungen zu erreichen gilt. Eine Querschnittsbefragung unter AIDS- und Drogenhilfeeinrichtungen adressierte die Verfügbarkeit von HCV-spezifischen Angeboten für Drogengebrauchende und zeigte, dass die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zwar gut, die von HCV-Test- und Versorgungsangeboten jedoch im niedrighwelligen Bereich noch unzureichend ist.<sup>38</sup> Ein zielgerichtetes Screening bei Personen mit aktuellem oder früherem Drogenkonsum, mit sofortiger Überleitung in die Behandlung im Fall einer Infektion, würde vermutlich den höchsten Einfluss auf die Hepatitis-C-Inzidenz und -Prävalenz in Deutschland haben.<sup>72</sup>

Ein Großteil der Opioidgebrauchenden, darunter Menschen mit aktuellem sowie solche mit ehemaligem injizierendem Konsum, sind in Substitutionstherapie und damit in regelmäßiger medizinischer Betreuung. Wie das „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“-Modellprojekt gezeigt hat, war gerade die Überleitung von Menschen mit aktivem Drogenkonsum in eine antivirale Behandlung mit erheblichen Hindernissen und Schwierigkeiten verbunden.<sup>53</sup> Vielversprechende lokale Modelle und Projekte zeigen aber, dass durch verstärkte Bemühungen auch schwer abhängige Personen eine HCV-Therapie erhalten können, so z. B. ein Projekt in Hannover, bei dem Patientinnen und Patienten in der Heroinambulanz hepatologisch behandelt werden.<sup>73</sup> Eine Vielzahl von lokalen Mikroeliminierungsprojekten und -initiativen existieren mittlerweile in vielen Städten Deutschlands.<sup>21</sup> Vermutlich sind die Personen, welche bereits in Behandlung waren, sowie solche mit dringender Therapieindikation bereits zu Beginn der DAA-Ära behandelt worden, während sich die Behandlung von schwerer zu erreichenden Personengruppen verzögert hat. Häufige Gründe, warum Therapien nicht begonnen werden, sind Hemmungen seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, bei z. B. erwarteter niedriger Compliance, hohem Alter der zu behandelnden Person, Ko-Morbidität,

Alkohol- und/oder Drogenkonsum oder einer Opioidsubstitution.<sup>74</sup> Eine aktuelle Auswertung des Deutschen Hepatitis C-Registers zeigt aber erfreulicherweise eine Veränderung der Patientengruppen über die Zeit mit einem zunehmenden Anteil von Personen mit Migrationshintergrund, aktiv Drogengebrauchenden und Menschen unter Opioidsubstitution unter den erfolgreich Behandelten.<sup>75</sup>

In der deutschen Strategie zur Bekämpfung von HIV, HBV, HCV und STI ist die Implementierung zielgruppenspezifischer Präventions-, Test- und Behandlungsangebote für Gruppen mit einem besonders hohen Risiko für eine HCV-Infektion ein wesentlicher Bestandteil.<sup>19</sup> Die genaue epidemiologische Situation bezüglich HCV in vulnerablen Gruppen wie Haftinsassen und verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund ist jedoch unbekannt und es fehlen aktuelle Daten. Bei wohnungslosen Menschen in Berlin wurden erstmalig Daten zu Infektionskrankheiten erhoben.<sup>44</sup> Diese zeigen den hohen Handlungsbedarf und die Notwendigkeit einer bundesweiten Ausrollung der Pilotstudie. Die DRUCK 2.0-Pilotstudie hat zehn Jahre nach der DRUCK-Studie wieder Daten zur Prävalenz, Test- und Behandlungserfahrung bei Menschen mit injizierendem Drogengebrauch erhoben und soll bundesweit als kontinuierliches Monitoring ausgerollt werden. Über ein Netzwerk an niedrighwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe sollen zukünftig regelmäßig Daten erhoben werden können, die den Fortschritt in Richtung Eliminierung messen sollen. Schließlich wird mit dem Start des HepMig-Projektes zudem der Grundstein für eine Einschätzung der epidemiologischen Situation von HCV bei Menschen mit Migrationsgeschichte aus verschiedenen Ländern gelegt. Vielversprechend ist auch das bereits oben beschriebene Modellprojekt zur Behandlung von HCV in Haft.<sup>43</sup> Dieses soll Wege aufzeigen, wie die Behandlungsquoten durch Standards im Bereich der Prävention, Diagnostik und Therapie der Erkrankung erhöht werden können.

Zusammenfassend stagnierte im Berichtsjahr die Zahl der übermittelten HCV-Infektionen auf dem Niveau des Vorjahres, doch ist zum jetzigen Zeitpunkt eine abschließende Bewertung nicht möglich. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass sich Personen neu infizieren. Gleichzeitig sinkt die Zahl



der Behandelten kontinuierlich weiter ab. Damit ist das Erreichen der Hepatitis-C-Eliminationsziele bis 2030 gefährdet. Um sich in den nächsten acht Jahren dem Ziel der Hepatitis-C-Eliminierung anzunähern, müssen spezifische Test-, Behandlungs- und Präventionsangebote für besonders be-

troffene Gruppen wie z. B. Drogengebrauchende, Inhaftierte, Wohnungslose und MSM ausgebaut werden. Zur engmaschigen Anpassung dieser Maßnahmen ist eine valide, regelmäßig aktualisierte Datengrundlage nötig.

## Literatur

- 1 A.J. Weiner GK, C. Lee, J. Rosenblatt, Q-L. Choo, M. Houghton, D.W. Bradley, F. Bonino, G. Saracco. Detection of hepatitis C viral sequences in non-A, non-B hepatitis. *The Lancet*. 1990;335(8680):1-3.
- 2 Smith DB, Bukh J, Kuiken C, Muerhoff AS, Rice CM, Stapleton JT, et al. Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 subtypes: updated criteria and genotype assignment web resource. *Hepatology*. 2014;59(1):318-27.
- 3 Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, Brown A, Cooke GS, Pybus OG, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology*. 2015;61(1):77-87.
- 4 De Luca A, Di Giambenedetto, S., Lo Presti, A., Sierra, S., Prosperi, M., Cella, E., Giovanetti, M., Torti, C., Caudai, C., Vicenti, I., Saladini, F., Almi, P., Grima, P., Blanc, P., Fabbiani, M., Rossetti, B., Gagliardini, R., Kaiser, R., Ciccozzi, M., & Zazzi, M.,. Two Distinct Hepatitis C Virus Genotype 1a Clades Have Different Geographical Distribution and Association With Natural Resistance to NS3 Protease Inhibitors. *Open forum infectious diseases*. 2015;2(2).
- 5 Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine*. 2001;345(1):41-52.
- 6 Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *Journal of Hepatology*. 2014;61(1, Supplement):S58-S68.
- 7 World Health Organization (WHO). Hepatitis C key facts: World Health Organization; 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
- 8 European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). Hepatitis C – Annual Epidemiological Report for 2020. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2021.
- 9 Trickey A, Fraser H, Lim AG, Peacock A, Colledge S, Walker JG, et al. The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2019;4(6):435-44.
- 10 Waked I, Esmat G, Elsharkawy A, El-Serafy M, Abdel-Razek W, Ghalab R, et al. Screening and Treatment Program to Eliminate Hepatitis C in Egypt. *The New England journal of medicine*. 2020;382(12):1166-74.
- 11 Blach S, Terrault NA, Tacke F, Gamkrelidze I, Craxi A, Tanaka J, et al. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2022.
- 12 World Health Organization (WHO). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization; 2021 2021.
- 13 Hofstraat SHI, Falla AM, Duffell EF, Hahné SJM, Amato-Gauci AJ, Veldhuijzen IK, et al. Current prevalence of chronic hepatitis B and C virus infection in the general population, blood donors and pregnant women in the EU/EEA: a systematic review. *Epidemiology and infection*. 2017;145(14):2873-85.
- 14 Han R, Zhou J, François C, Toumi M. Prevalence of hepatitis C infection among the general population

- and high-risk groups in the EU/EEA: a systematic review update. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):655.
- 15 Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infectious Diseases.* 2018;18(1):79.
- 16 World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva: World Health Organization; 2016. Contract No.: 09.06.2017.
- 17 World Health Organization (WHO). Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: recommended indicators and framework. Geneva: World Health Organization; 2016.
- 18 World Health Organization (WHO). 2022–2030 Action Plans for ending HIV, viral hepatitis and STIs in the WHO European Region – Draft for consultation. Geneva: World Health Organization; 2022.
- 19 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Bis 2030 – Bedarfsorientiert – Integriert – Sektorübergreifend. 2016. [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf).
- 20 Lazarus JV, Wiktor S, Colombo M, Thursz M. Micro-elimination – A path to global elimination of hepatitis C. *Journal of Hepatology.* 2017.
- 21 Sarrazin C, Boesecke C, Golsabahi-Broclawski S, Moog G, Negro F, Silaidos C, et al. Hepatitis C virus: Current steps toward elimination in Germany and barriers to reaching the 2030 goal. *Health Science Reports.* 2021;4(2).
- 22 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Monitoring of responses to the hepatitis B and C epidemics in EU/EEA countries – 2020 data. Stockholm; 2022 June 2022.
- 23 Zimmermann R, Külper-Schiek W, Steffen G, Gillesberg Lassen S, Bremer V, Dudareva S, et al. Wie lässt sich die Eliminierung von Hepatitis B, C und D in Deutschland messen? Ergebnisse eines interdisziplinären Arbeitstreffens. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2021;64(1):77-90.
- 24 Poethko-Muller C, Zimmermann R, Hamouda O, Faber M, Stark K, Ross RS, et al. Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2013;56(5-6):707-15.
- 25 Wiessner C, Keil T, Krist L, Zeeb H, Dragano N, Schmidt B, et al. Persons with migration background in the German National Cohort (NAKO)-sociodemographic characteristics and comparisons with the German autochthonous population. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2020;63(3):279-89.
- 26 Sperle I, Steffen G, Leendertz SA, Sarma N, Beer-mann S, Thamm R, et al. Prevalence of Hepatitis B, C, and D in Germany: Results From a Scoping Review. *Frontiers in Public Health.* 2020;8(424).
- 27 Wenz B, Nielsen S, Gassowski M, Santos-Hövenner C, Cai W, Ross RS, et al. High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011–14). *BMC Public Health.* 2016;16(1):1-14.
- 28 Zimmermann R, Marcus U, Nielsen J, Wenz B, Gassowski M, Bremer V. Wissen und Informationsbedarfe von Drogengebrauchenden zu Hepatitis B, C und HIV. *Suchtmed.* 2019;21(2):111-7.
- 29 Nielsen S, Gassowski M, Wenz B, Bannert N, Bock C-T, Kücherer C, et al. Concordance between self-reported and measured HIV and hepatitis C virus infection status among people who inject drugs in Germany. *Hepatology, Medicine and Policy.* 2016;1(1):1-7.
- 30 Robert Koch-Institut (RKI). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie) Berlin: Robert Koch-Institut (RKI); 2016. <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf>.
- 31 Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health.* 2001;91(1):42-6.
- 32 De P, Roy, É., Boivin, J.-F., Cox, J., Morissette, C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *Journal of Viral Hepatitis.* 2008;15:279-92.

- 33 Palmateer N, Hutchinson S, McAllister G, Munro A, Cameron S, Goldberg D, Taylor A. Risk of transmission associated with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *J Viral Hepat.* 2014;21:25-32.
- 34 Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England).* 2018;113(3):545-63.
- 35 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC and EMCDDA Guidance. Stockholm: ECDC; 2011.
- 36 Deutsche AIDS-Hilfe (2018). „Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien.“ Retrieved 20.03.2020, 2020, from [https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/empfehlung\\_konsumutensilien\\_final.pdf](https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/empfehlung_konsumutensilien_final.pdf)
- 37 Zimmermann R, Krings A, Schneider F, Schäffer D, Neumeier E. Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. *Suchttherapie.* 2022.
- 38 Schulte B, Jacobsen B, Kuban M, Kraus L, Reimer J, Schmidt CS, et al. Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. *Suchttherapie.* 2022(EFirst).
- 39 Moazen B, Saeedi Moghaddam S, Silbernagl MA, Lotfizadeh M, Bosworth RJ, Alammehrjedi Z, et al. Prevalence of Drug Injection, Sexual Activity, Tattooing, and Piercing Among Prison Inmates. *Epidemiologic Reviews.* 2018;40(1):58-69.
- 40 Gassowski M, Nielsen S, Bannert N, Bock C-T, Bremer V, Ross RS, et al. History of detention and the risk of hepatitis C among people who inject drugs in Germany. *International Journal of Infectious Diseases.* 2019;81:100-6.
- 41 Wiessing L, Kalamara E, Stone J, Altan P, Van Baelen L, Fotiou A, et al. Univariable associations between a history of incarceration and HIV and HCV prevalence among people who inject drugs across 17 countries in Europe 2006 to 2020 – is the precautionary principle applicable? *Euro Surveill.* 2021;26(49).
- 42 Muller J, Schmidt D, Kollan C, Lehmann M, Bremer V, Zimmermann R. High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. *BMC Public Health.* 2017;17(1):843.
- 43 Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Richtungsweisendes Modellprojekt zur Behandlung von Hepatitis C im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen vorgestellt: Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen; 2022. <https://www.land.nrw/pressemitteilung/richtungsweisendes-modellprojekt-zur-behandlung-von-hepatitis-c-im-justizvollzug>.
- 44 Steffen G, Weber C, Cawley C, Sarma N, Jansen K, Leicht A, et al. Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – Erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. *EpiBull.* 2022;13:8.
- 45 Midgard H, Weir A, Palmateer N, Lo Re V, 3rd, Pineda JA, Macias J, et al. HCV epidemiology in high-risk groups and the risk of reinfection. *J Hepatol.* 2016;65(1 Suppl):S33-45.
- 46 Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol.* 2017;66(2):282-7.
- 47 Ramière C, Charre C, Miaillhes P, Bailly F, Radenne S, Uhres AC, et al. Patterns of Hepatitis C Virus Transmission in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-infected and HIV-negative Men Who Have Sex With Men. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2019;69(12):2127-35.
- 48 Hoornenborg E, Coyer L, Boyd A, Achterbergh RCA, Schim van der Loeff MF, Bruisten S, et al. High incidence of HCV in HIV-negative men who have sex with men using pre-exposure prophylaxis. *J Hepatol.* 2020;72(5):855-64.
- 49 Krings A, Schmidt D, Meixenberger K, Bannert N, Munstermann D, Tiemann C, et al. Decreasing prevalence and stagnating incidence of Hepatitis C-co-infection among a cohort of HIV-1-positive patients, with a majority of men who have sex with men, in Germany, 1996-2019. *J Viral Hepat.* 2022.

- 50 Heidrich B, Cetindere A, Beyaz M, Stahmeyer JT, Basaran MM, Braynis B, et al. High prevalence of hepatitis markers in immigrant populations: a prospective screening approach in a real-world setting. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014;26(10):1090-7.
- 51 Wolfram I, Petroff D, Bätz O, Jedrysiak K, Kramer J, Tenckhoff H, et al. Prevalence of elevated ALT values, HBsAg, and anti-HCV in the primary care setting and evaluation of guideline defined hepatitis risk scenarios. *Journal of Hepatology*. 2015;62(6):1256-64.
- 52 Jablonka A, Solbach P, Wobse M, Manns MP, Schmidt RE, Wedemeyer H, et al. Seroprevalence of antibodies and antigens against hepatitis A-E viruses in refugees and asylum seekers in Germany in 2015. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(8):939-45.
- 53 Gerlich, M., et al. (2020). Abschlussbericht zum Modellprojekt HIV? Hepatitis? Das CHECK ich! Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.
- 54 Jablonka AS, P; Ringe, B; Schleenvoigt, BT; Dopfer, C; Hampel, A; Schmidt, RE; Behrens, GMN. Niedrige Seroprävalenz von Hepatitis C bei Flüchtlingen in Deutschland im Jahr 2015. *Notfall Rettungsmed* 20, 1–5. 2017.
- 55 Bert F, Rindermann A, Abdelfattah MA, Stahmeyer JT, Rossol S. High prevalence of chronic hepatitis B and C virus infection in a population of a German metropolitan area: a prospective survey including 10.215 patients of an interdisciplinary emergency unit. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016;28(11):1246-52.
- 56 Glebe D, van Bommel F, Dudareva S, Gartner B, Monazahian M, Ross S, et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020;63(2):218-25.
- 57 Sarrazin C, Zimmermann T, Berg T, Hinrichsen H, Mauss S, Wedemeyer H, et al. Addendum: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. *Z Gastroenterol*. 2020;58(11):1110-31.
- 58 Krüger K, Rossol S, Krauth C, Buggisch P, Mauss S, Stoeckl A, Klinker H, Böker K, Teuber G & Stahmeyer J. Real-world experience for the outcomes and costs of treating hepatitis C patients: Results from the German Hepatitis C-Registry (DHC-R). Outcomes und Kosten der Behandlung von Hepatitis-C-Patienten in der medizinischen Praxis: Ergebnisse aus dem Deutschen Hepatitis-C-Register (DHC-R). *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2022.
- 59 Buggisch P, Hinrichsen H, Hüppe D, Mauss S, Petersen J, Simon KG. Empfehlungen des bng zur Therapie der chronischen Hepatitis C. Update Oktober 2019. Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V.; 2019.
- 60 Zimmermann R, Kollan C, Ingiliz P, Mauss S, Schmidt D, Bremer V. Real-world treatment for chronic hepatitis C infection in Germany: Analyses from drug prescription data, 2010–2015. *Journal of Hepatology*. 2017;67(1):15-22.
- 61 Meyer E, Steffen G, Krings A, Ullrich A, Kollan C, Dudareva S, et al. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland – Virushepatitis C im Jahr 2020. *Epid Bull* 2021. 2021;28(3-19).
- 62 Zimmermann R, Bremer V, Kollan C, Krings A, Schmidt D, Steffen G, et al. Hepatitis C im Jahr 2019. *Epid Bull* 2020. 2020;2020(30/31):18-31.
- 63 Ullrich A, Schranz M, Rexroth U, Hamouda O, Schaade L, Diercke M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and associated non-pharmaceutical interventions on other notifiable infectious diseases in Germany: An analysis of national surveillance data during week 1-2016 - week 32-2020. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;6:100103.
- 64 Maria Buti RD-H, Miguel Angel Casado,. Impact of the COVID-19 pandemic on HCV elimination in Spain. *Journal of Hepatology*.. 2021;74(5):1246-8.
- 65 Loreta A. Kondili MB, Mar Riveiro-Barciela, Mojca Maticic, Francesco Negro, Thomas Berg, Antonio Craxi,. Impact of the COVID-19 pandemic on hepatitis B and C elimination: An EASL survey. *JHEP reports: innovation in hepatology*. 2022;4(9).
- 66 Hüppe D, Niederau C, Serfert Y, Hartmann H, Wedemeyer H, für das D-R. Versorgungsprobleme von Patienten mit chronischer Hepatitis C während der COVID-19-Pandemie und der Lockdown-Verordnungen. *Z Gastroenterol*. 2020;58(12):1182-5.
- 67 Gamkrelidze I, Pawlotsky JM, Lazarus JV, Feld JJ, Zeuzem S, Bao Y, et al. Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*. 2021;41(3):456-63.

- 68 Tergast TL, Blach S, Tacke F, Berg T, Cornberg M, Kautz A, et al. Updated epidemiology of hepatitis C virus infections and implications for hepatitis C virus elimination in Germany. *J Viral Hepat.* 2022.
- 69 Blach S, Kondili LA, Aghemo A, Cai Z, Dugan E, Estes C, et al. Impact of COVID-19 on global hepatitis C elimination efforts. *Journal of Hepatology.* 2020.
- 70 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Screening auf Hepatitis B und C als neuer Bestandteil des Check-up: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); 2021. <https://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/screening-auf-hepatitis-b-und-c-als-neuer-bestandteil-des-check-up/507/>.
- 71 Hoebel JR, M; Lampert, T., Social Status and Participation in Health Checks in Men and Women in Germany. Results From the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. *Deutsches Arzteblatt international.* 2013;110(41):679-85.
- 72 Krauth C, Rossol S, Ortsäter G, Kautz A, Krüger K, Herder B, et al. Elimination of hepatitis C virus in Germany: modelling the cost-effectiveness of HCV screening strategies. *BMC Infectious Diseases.* 2019;19(1):1019.
- 73 Sandmann L, Deppe J, Beier C, Ohlendorf V, Schneider J, Wedemeyer H, et al. Reaching the Unreachable: Strategies for HCV Eradication in Patients With Refractory Opioid Addiction-A Real-world Experience. *Open forum infectious diseases.* 2021;8(8):ofab325.
- 74 Buggisch P, Heiken H, Mauss S, Weber B, Jung M-C, Görne H, et al. Barriers to initiation of hepatitis C virus therapy in Germany: A retrospective, case-controlled study. *PLOS ONE.* 2021;16(5):e0250833.
- 75 Huppe D, Stoehr A, Buggisch P, Mauss S, Klinker H, Teuber G, et al. The changing characteristics of patients infected with chronic hepatitis C virus from 2014 to 2019: Real-world data from the German Hepatitis C-Registry (DHC-R). *J Viral Hepat.* 2021;28(10):1474-83.
- 76 Jansen, K., et al. (2015). „High Prevalence and High Incidence of Coinfection with Hepatitis B, Hepatitis C, and Syphilis and Low Rate of Effective Vaccination against Hepatitis B in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men with Known Date of HIV Seroconversion in Germany.“ *PloS one* 10(11): e0142515.

---

## Autorinnen und Autoren

- <sup>a)</sup> Dr. Gyde Steffen | <sup>b)</sup> Dr. Anna-Lisa Behnke |  
<sup>a)</sup> Dr. Sandra Dudareva | <sup>b)</sup> Dr. Franziska Hommes |  
<sup>a)</sup> Dr. Amrei Krings | <sup>a)</sup> Christian Kollan |  
<sup>a)</sup> Dr. Daniel Schmidt | <sup>a)</sup> Dr. Ruth Zimmermann  
<sup>a)</sup> Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen  
<sup>b)</sup> Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie, PAE Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie

**Korrespondenz:** [ZimmermannR@rki.de](mailto:ZimmermannR@rki.de)

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Steffen G, Behnke AS, Dudareva S, Hommes F, Krings A, Kollan C, Schmidt D, Zimmermann R: Virushepatitis C im Jahr 2021

*Epid Bull* 2022;38:7-25 | DOI 10.25646/10582

---

## Interessenkonflikt

Christian Kollan ist Aktionär von AbbVie und MSD. Alle anderen Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

---

## Danksagung

Dank gilt allen, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben, insbesondere Doris Altmann, Mona Askar und Michaela Diercke. Für die Angaben zur berufsbedingten Hepatitis C danken wir Stephanie Schneider von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Berlin.



# Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

37. Woche 2022 (Datenstand: 21. September 2022)

## Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	71	3.034	3.058	34	708	648	6	142	123	31	2.641	772	21	1.361	268
Bayern	99	4.171	4.858	31	764	760	5	163	155	89	4.525	1.031	31	2.459	427
Berlin	25	1.239	1.289	7	263	217	0	39	53	16	1.417	595	9	1.138	191
Brandenburg	34	1.070	1.227	8	198	185	1	46	27	22	1.586	860	6	1.699	189
Bremen	5	215	229	2	38	44	0	8	4	3	119	50	1	94	26
Hamburg	6	737	796	4	84	99	1	10	18	18	616	338	0	746	63
Hessen	55	2.376	2.378	20	455	404	3	48	44	15	1.940	408	6	1.072	224
Mecklenburg-Vorpommern	34	886	1.121	3	91	151	0	30	31	30	1.137	607	19	729	252
Niedersachsen	93	2.687	3.271	27	557	652	8	160	134	57	2.314	631	16	1.053	319
Nordrhein-Westfalen	180	7.181	7.536	58	1.096	1.247	16	304	249	124	6.957	1.320	26	3.536	787
Rheinland-Pfalz	56	1.860	1.979	14	331	397	2	63	60	29	2.128	339	9	868	118
Saarland	8	567	653	2	84	96	0	6	9	4	470	75	1	194	49
Sachsen	72	2.693	3.162	13	472	379	5	79	65	85	3.909	2.028	20	3.097	348
Sachsen-Anhalt	27	930	1.057	20	264	213	0	41	52	66	2.728	2.380	6	931	133
Schleswig-Holstein	27	1.072	1.291	2	106	143	3	63	40	4	751	156	3	480	114
Thüringen	49	1.186	1.391	18	360	263	1	16	27	22	1.525	1.150	29	1.089	184
<b>Deutschland</b>	<b>841</b>	<b>31.904</b>	<b>35.296</b>	<b>263</b>	<b>5.871</b>	<b>5.898</b>	<b>51</b>	<b>1.218</b>	<b>1.091</b>	<b>615</b>	<b>34.763</b>	<b>12.740</b>	<b>203</b>	<b>20.546</b>	<b>3.692</b>

## Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	3	53	39	46	1.471	943	16	770	570	8	325	400	13	1.363	47
Bayern	2	83	70	63	1.800	983	15	782	578	8	395	419	59	3.418	63
Berlin	2	32	15	13	625	299	9	275	156	0	210	212	13	1.013	10
Brandenburg	1	23	14	6	204	59	7	94	37	2	96	64	6	1.151	23
Bremen	1	3	1	4	105	73	1	49	28	0	51	34	2	103	3
Hamburg	0	9	9	10	420	320	6	169	103	2	104	113	7	737	18
Hessen	4	47	41	33	1.078	459	15	352	245	1	293	325	12	730	19
Mecklenburg-Vorpommern	0	14	11	4	96	27	1	50	23	0	29	32	5	1.329	6
Niedersachsen	3	36	40	30	690	384	12	387	244	5	219	197	19	985	41
Nordrhein-Westfalen	2	123	126	72	2.517	1.244	60	1.442	812	16	654	654	32	2.005	62
Rheinland-Pfalz	0	25	22	20	704	220	8	263	164	4	103	147	19	689	36
Saarland	0	8	7	2	70	47	2	28	37	2	23	50	3	192	4
Sachsen	0	17	11	9	291	169	4	185	129	1	92	96	21	4.568	38
Sachsen-Anhalt	0	13	14	4	164	50	3	93	33	3	66	56	21	1.229	41
Schleswig-Holstein	0	11	6	4	276	182	7	239	145	3	90	86	1	536	5
Thüringen	1	12	13	5	137	69	1	88	30	1	47	49	4	575	21
<b>Deutschland</b>	<b>19</b>	<b>509</b>	<b>439</b>	<b>325</b>	<b>10.648</b>	<b>5.528</b>	<b>167</b>	<b>5.266</b>	<b>3.334</b>	<b>56</b>	<b>2.797</b>	<b>2.934</b>	<b>237</b>	<b>20.623</b>	<b>437</b>

**Allgemeiner Hinweis:** Das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwendet veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	0	1	0	1	37	4	0	0	0	2	57	42	28	1.187	755
Bayern	0	4	0	1	20	10	0	1	1	3	214	146	38	1.463	835
Berlin	0	3	0	0	8	5	0	0	0	1	19	10	4	295	267
Brandenburg	0	1	0	1	4	5	1	2	0	3	22	22	5	176	101
Bremen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	97	47
Hamburg	0	0	2	1	3	2	0	0	0	0	14	15	3	143	109
Hessen	0	1	0	0	9	10	0	0	1	0	55	41	10	373	242
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	8	3	3	66	55
Niedersachsen	0	0	0	1	22	6	0	0	0	0	24	22	24	470	335
Nordrhein-Westfalen	0	4	1	0	21	7	0	0	1	12	92	78	38	1.215	640
Rheinland-Pfalz	0	0	0	1	9	7	0	0	0	1	36	36	5	226	209
Saarland	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	20	11	0	23	35
Sachsen	0	0	0	0	6	3	0	0	0	2	24	18	15	469	332
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	26	28	0	76	58
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	8	6	0	0	0	0	11	9	2	131	117
Thüringen	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	59	33	2	133	65
<b>Deutschland</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>165</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>681</b>	<b>514</b>	<b>179</b>	<b>6.543</b>	<b>4.202</b>

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> <sup>1</sup>			Enterobacterales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	3	45	44	14	316	255	2	52	74	1	45	51	21.905	3.413.123	313.827
Bayern	3	88	38	17	445	335	2	113	141	3	77	86	39.408	4.589.497	377.523
Berlin	2	65	45	12	411	222	0	18	36	1	36	32	7.865	915.388	102.823
Brandenburg	1	23	5	8	116	58	1	43	63	1	21	25	8.153	693.990	68.646
Bremen	0	7	2	0	26	23	0	5	7	0	7	8	2.351	205.778	17.970
Hamburg	1	16	23	0	90	57	0	15	19	1	16	19	3.637	577.408	51.641
Hessen	2	62	42	19	475	345	1	58	58	2	51	42	21.173	1.973.001	186.256
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	2	41	24	1	46	43	0	21	25	5.584	493.546	35.335
Niedersachsen	1	31	30	19	312	223	2	66	89	2	81	95	26.409	2.712.953	183.248
Nordrhein-Westfalen	3	116	61	31	968	829	5	240	342	1	198	262	44.045	5.316.836	540.080
Rheinland-Pfalz	1	27	18	4	154	84	1	52	51	0	14	29	13.776	1.195.249	102.104
Saarland	0	2	0	0	16	16	0	3	7	0	5	5	3.557	329.716	26.270
Sachsen	2	29	7	6	176	149	1	87	118	0	43	61	11.844	1.082.122	152.592
Sachsen-Anhalt	2	12	3	5	96	89	4	69	78	1	39	34	5.244	605.465	69.802
Schleswig-Holstein	2	10	11	6	84	71	0	11	22	0	11	23	7.383	876.572	49.201
Thüringen	0	9	1	1	37	25	0	20	22	0	25	24	4.857	501.332	88.616
<b>Deutschland</b>	<b>23</b>	<b>544</b>	<b>332</b>	<b>144</b>	<b>3.763</b>	<b>2.805</b>	<b>20</b>	<b>898</b>	<b>1.170</b>	<b>13</b>	<b>690</b>	<b>821</b>	<b>227.191</b>	<b>25.481.976</b>	<b>2.365.934</b>

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 Clostridioides-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

## Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2022		2021
	37.	1.–37.	1.–37.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	99	65
Botulismus	0	1	3
Brucellose	0	21	5
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	10	4
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	54	93
Denguefieber	5	170	25
Diphtherie	4	44	12
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	2	402	351
Giardiasis	38	1.141	884
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	0	438	169
Hantavirus-Erkrankung	6	92	1.615
Hepatitis D	3	68	37
Hepatitis E	61	2.550	2.313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	55	43
Kryptosporidiose	48	1.375	899
Legionellose	37	962	1.050
Lepros	0	0	2
Leptospirose	0	79	110
Listeriose	8	429	422
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	69	46
Ornithose	0	6	8
Paratyphus	0	12	6
Q-Fieber	0	46	78
Shigellose	9	190	79
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	44	74
Typhus abdominalis	0	26	16
Yersiniose	21	1.304	1.415
Zikavirus-Erkrankung	0	4	1

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)).



## Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19

**Hinweis: Der Steckbrief bildet die Datenlage bis November 2021 ab. Weiterführende Informationsquellen zu den jeweiligen Steckbriefkapiteln, auch mit Blick auf die aktuell vorherrschende Omikron-Variante, sind hier abrufbar.**

### Stand: 26.11.2021

1. Erreger
2. Übertragungswege
3. Übertragung durch asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Infizierte
4. Reproduktionszahl
5. Inkubationszeit und serielles Intervall
6. Manifestationsindex
7. Diagnostik
8. Demografische Faktoren, Symptome und Krankheitsverlauf
9. Manifestationen, Komplikationen und Langzeitfolgen
10. Dauer der Ansteckungsfähigkeit (Kontagiosität)
11. Zeitintervalle bei der Behandlung
12. Angaben zu hospitalisierten COVID-19-Erkrankten
13. Fall-Verstorbenen-Anteil, Infektions-Sterbe-Rate, Letalität
14. Therapie
15. Risikogruppen für schwere Verläufe
16. Ungeborene und neugeborene Kinder
17. Kinder und Jugendliche
18. Immunität
19. Impfung
20. Besondere Aspekte
Literatur

### **Änderungen gegenüber der Version vom 14.7.2021:**

#### **Folgende Kapitel und Themen wurden angepasst:**

**Es wurde eine grundlegende Überarbeitung in vielen Kapiteln des Steckbriefs vorgenommen.**

Der Steckbrief beleuchtet wesentliche epidemiologische und Public Health-relevante Aspekte von COVID-19 und dem Erreger SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2). Er basiert auf der fortlaufenden Sichtung der wissenschaftlichen Literatur, inklusive der methodischen Bewertung der entsprechenden Quellen. Der Steckbrief dient damit als orientierende Literatur-Zusammenfassung, kann aber nicht für jeden Gliederungspunkt die Detailtiefe einer systematischen Übersichtsarbeit darstellen. Einige der referenzierten Veröffentlichungen sind bisher nur als Vorab-Publikation („preprint“) verfügbar. Das heißt, sie wurden zwar schon der (Fach-) Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt, wurden aber noch nicht in einem Peer Review-Verfahren begutachtet. Da sich die Datenlage sehr rasch erweitert, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Publikationen in der aktuellen Version des Steckbriefs noch nicht berücksichtigt wurden. Auch ist es möglich, dass einzelne Quellen von anderen Personen anders

bewertet werden. Wir weisen zudem darauf hin, dass die Studienlage häufig Zeiträume abbildet, in denen die Zirkulation der neuen besorgniserregenden Virusvarianten (VOC) ebenso wie der Einfluss der Impfungen gegen COVID-19 keine oder eine untergeordnete Rolle spielen. Für weiterführende Informationen zu spezifischen Fragestellungen verweisen wir auch auf die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften. Dieser Erregersteckbrief ist ein „dynamisches Dokument“, d. h. es werden laufend Erweiterungen, Präzisierungen sowie redaktionelle Anpassungen und Kürzungen vorgenommen. Anmerkungen oder Ergänzungsvorschläge sind willkommen.

**Tabelle 1: Wesentliche Parameter zu COVID-19 im Überblick. Lageabhängige Parameter wie z. B. Altersmedian und Fall-Verstorbenen-Anteil sind dem Lage- und Wochenbericht zu entnehmen**

Parameter	Wert
Hauptübertragungsweg	Tröpfchen/Aerosole, die eingeatmet werden
Häufige Symptome	Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
Risikogruppen	insbesondere Ältere, Vorerkrankte
Inkubationszeit (Median)	4–6 Tage (je nach Virusvariante)
Manifestationsindex bei Suszeptiblen	55–85 %
Dauer des Krankenhausaufenthaltes (Median)	8-10 Tage (ohne spezifische Therapie)
Impfung	verfügbar

## 1. Erreger

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. Zu den Beta-Coronaviren gehören u.a. auch SARS-CoV, MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus) sowie die als „Erkältungsviren“ zirkulierenden humanen Coronaviren (HCoV) HKU1 und OC43.

Coronaviren sind unter Säugetieren und Vögeln weit verbreitet. Sie verursachen beim Menschen vorwiegend milde Erkältungskrankheiten, können aber mitunter schwere Lungenentzündungen hervorrufen. SARS-CoV-2 verwendet das Enzym ACE-2 als Rezeptor, um in die Wirtszellen zu gelangen. Eine hohe ACE-2-Dichte besteht im Atemwegstrakt, sowie im Darm, in Gefäßzellen, in der Niere, im Herzmuskel und in anderen Organen.

Weiterführende Informationen zu den Erregerereigenschaften finden sich in Abschnitt 20 „Besondere Aspekte“ unter „Tenazität und Inaktivierung des Virus“ sowie im Dokument **Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten** des Robert Koch-Instituts.

### Virusvarianten

Seit Beginn der Zirkulation von SARS-CoV-2 erwerben die Viren eine zunehmende Anzahl von polymorphen Nukleotidpositionen, die zu Aminosäure-Austauschen führen. Anhand derer werden die Viren in Varianten (auch: Kladen bzw. Linien) unterteilt. Diese Veränderungen des Erregergenoms können mit Veränderungen der Erregerereigenschaften, bspw. mit einer höheren Übertragbarkeit, einer veränderten Immunantwort oder einem schwereren Krankheitsverlauf in Zusammenhang stehen. Wird dies für eine Virusvariante beobachtet oder nachgewiesen, erfolgt eine Einstufung als besorgniserregende Variante ([engl.](#) variant of concern; VOC). Varianten, die Aminosäure-Austausche im S-Protein aufweisen wie sie auch bei VOC vorkommen, für welche aber Eigenschaften wie eine höhere Übertragbarkeit oder eine veränderte Immunantwort nicht ausreichend nachgewiesen wurden, können als variant of interest (VOI) eingestuft werden und stehen unter besonderer Beobachtung. Weiterführende Informationen zu VOC und

VOI, inklusive Angaben zu ihrer Verbreitung in Deutschland und den Erkenntnissen zur Impfschutzaktivität, finden sich unter anderem in den folgenden Dokumenten des RKI:

- SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten
- Wochenbericht des RKI
- Berichte zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland
- SARS-CoV-2-Varianten: Evolution im Zeitraffer (Deutsches Ärzteblatt, 3.3.2021)

## 2. Übertragungswege

### In der Allgemeinbevölkerung (gesellschaftlicher Umgang)

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen (1). Je nach Partikelgröße bzw. den physikalischen Eigenschaften unterscheidet man zwischen den größeren Tröpfchen und kleineren Aerosolen, wobei der Übergang zwischen beiden Formen fließend ist. Während insbesondere größere respiratorische Partikel schnell zu Boden sinken, können Aerosole auch über längere Zeit in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl weiterer Faktoren, u. a. der Luftbewegung, der Temperatur, der Luftfeuchtigkeit und der Belüftung des Raumes, abhängig (1).

Beim Atmen und Sprechen, aber noch stärker beim Schreien und Singen, werden Aerosole ausgeschieden (2-4); beim Husten und Niesen entstehen zusätzlich deutlich vermehrt größere Partikel (5). Neben einer steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen (2, 6). Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von 1-2 m um eine infektiöse Person herum erhöht (7). Eine Maske (Mund-Nasen-Schutz oder Mund-Nasen-Bedeckung) kann das Risiko einer Übertragung durch Partikel jeglicher Größe im unmittelbaren Umfeld um eine infizierte Person reduzieren (8).

Beim Aufenthalt in Räumen kann sich die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine größere Distanz als 1,5 m erhöhen, insbesondere wenn der Raum klein und schlecht belüftet ist. Längere Aufenthaltszeiten und besonders tiefes oder häufiges Einatmen durch die exponierten Personen erhöhen die Inhalationsdosis. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole im Raum ist das Einhalten des Mindestabstandes zur Infektionsprävention ggf. nicht mehr ausreichend. Auch wenn das Tragen eng anliegender Masken und Frischluftzufuhr das Risiko senken können, kann es bei (stunden-)langen Aufenthalten in einem Raum mit infektiösen Aerosolen u.U. dennoch zu relevanten Inhalationsdosen kommen, wie z.B. in Büroräumen. Ein extremes Beispiel ist das gemeinsame Singen in geschlossenen Räumen über einen längeren Zeitraum, wo es z. T. zu hohen Infektionsraten kam, die sonst nur selten beobachtet werden (9, 10). Auch schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung hat, beispielsweise in fleischverarbeitenden Betrieben, zu hohen Infektionsraten geführt (11). Ein effektiver Luftaustausch kann die Aerosolkonzentration in einem Raum vermindern (12). Übertragungen im Außenbereich kommen insgesamt selten vor und haben einen geringen Anteil am gesamten Transmissionsgeschehen (24). Bei Wahrung des Mindestabstandes ist die Übertragungswahrscheinlichkeit im Außenbereich aufgrund der Luftbewegung sehr gering.

### Kontaktübertragung

Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung der infektiösen Person nicht auszuschließen (13), da vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren unter Laborbedingungen auf Flächen einige Zeit infektiös bleiben können (14, 15) (siehe unter Abschnitt 20, „Tenazität und Inaktivierung des Virus“). Bei an COVID-19 erkrankten Menschen gelang der PCR-

Nachweis in Stuhlproben (16-18). Für eine Ansteckung über Stuhl müssen Viren jedoch vermehrungsfähig sein. Dies wurde in Studien bisher nur selten gezeigt (19, 20).

#### **Konjunktiven als Eintrittspforte**

Bei drei (von 63 untersuchten) Personen mit COVID-19-Pneumonie waren Konjunktivalproben PCR-positiv (21). Dies ist jedoch kein Beleg, dass Konjunktiven als Eintrittspforte fungieren können.

#### **Übertragungen durch Nahrungsmittel**

Nach jetzigem Wissensstand sind bislang keine Übertragungen durch den Verzehr kontaminierter Nahrungsmittel nachgewiesen. Weitere Informationen dazu finden Sie auf den Seiten des Bundesinstituts für Risikobewertung.

#### **Vertikale Übertragung von der (erkrankten) Mutter auf ihr Kind (vor und während der Geburt sowie über die Muttermilch)**

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine direkte diaplazentare bzw. vertikale Transmission von SARS-CoV-2 von einer infizierten Mutter auf das ungeborene Kind möglich oder wahrscheinlich ist (22). Für die fetale Gesundheit könnten jedoch weniger eine vertikale Transmission von Viren, sondern eher entzündliche Veränderungen der Plazenta oder ein Zytokinsturm bei der Mutter relevant sein (22). Die Übertragung einer mütterlichen SARS-CoV-2-Infektion auf das Neugeborene scheint insgesamt ein seltenes Ereignis zu sein und löst beim Neugeborenen auch nur in seltenen Fällen Symptome aus.

In Muttermilch gelang in einigen Fällen der Nachweis von Virus RNA, eine erfolgreiche Virusanzucht ist jedoch bislang nicht beschrieben (23).

Übereinstimmend mit der WHO (24) sprechen sich auch die deutschen Fachgesellschaften für das Stillen auch bei an COVID-19 infizierten Müttern unter Einhaltung adäquater Hygienemaßnahmen aus (25).

#### **Medizinischer Sektor**

Im medizinischen Sektor sind alle potenziellen Übertragungswege von Bedeutung und müssen durch entsprechende Maßnahmen verhindert werden. Ein Hochrisikosetting sind Aerosol-produzierende Vorgänge, wie z. B. Intubation, Bronchoskopie oder bestimmte zahnärztliche Prozeduren. Zur Verhinderung einer Übertragung werden bei diesen Tätigkeiten spezielle Atemschutzmasken und Augenschutz durch die betroffenen Berufsgruppen getragen.

### **3. Übertragung durch asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Infizierte**

Generell wird unterschieden, ob eine ansteckende Person zum Zeitpunkt der Übertragung bereits erkrankt (symptomatisch) war, ob sie noch keine Symptome entwickelt hatte (präsymptomatisches Stadium) oder ob sie auch später nie symptomatisch wurde (asymptomatische Infektion). Eine große Bedeutung haben die Übertragungen von infektiösen Personen, wenn sie bereits Krankheitszeichen (Symptome) entwickelt haben (26, 27). Die Symptome einer COVID-19-Erkrankung sind vielfältig und variieren in der Ausprägung. Einer Phase mit leichten Symptomen kann später eine Phase mit schweren Symptomen und starkem Krankheitsgefühl folgen (28). Typische Symptome wie Fieber oder Husten können aber auch komplett fehlen.

Da im Zeitraum vor dem Auftreten von Symptomen eine hohe Infektiosität besteht, steckt sich ein relevanter Anteil von Personen innerhalb von 1-2 Tagen bei bereits infektiösen, aber noch nicht symptomatischen Personen an (26, 29). Wie groß dieser Anteil ist, kann nicht genau beziffert werden, da in vielen der Studien der „Symptombeginn“ nicht oder nicht ausreichend definiert wurde.

Die Dauer von der Ansteckung (Infektion) bis zum Beginn der eigenen Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) ist genauso variabel wie die Inkubationszeit. Aus Einzelbeobachtungen lässt sich jedoch schließen, dass auch sehr kurze

Intervalle bis zum Beginn der Ansteckungsfähigkeit möglich sind, d. h. eine Ansteckung anderer Personen am Tag nach der eigenen Infektion, möglicherweise sogar am selben Tag (28).

Schließlich gibt es vermutlich auch Ansteckungen durch Personen, die zwar infiziert und infektiös waren, aber gar nicht erkrankten (asymptomatische Übertragung). Diese Ansteckungen spielen vermutlich jedoch eine untergeordnete Rolle (30).

Zur Verminderung des Übertragungsrisikos sind in allen drei Konstellationen die schnelle Isolierung von positiv getesteten Personen, die Identifikation und die empfehlungsgerechte frühzeitige Quarantäne enger Kontaktpersonen wirksam. Das Abstand halten zu anderen Personen, das Einhalten von Hygieneregeln, das Tragen von (Alltags-) Masken sowie Lüften (AHA + L-Regel) sind Maßnahmen, die insbesondere auch die Übertragung von (noch) nicht erkannten Infektionen verhindern.

Auch bei geimpften Personen kann es zu Infektionen kommen und geimpfte infizierte Personen können das Virus auch prinzipiell auf andere Personen übertragen, beides jedoch in deutlich geringerem Ausmaß als bei Ungeimpften (31, 32). Sowohl hinsichtlich einer Infektion als auch einer Übertragung spielen hierbei viele Faktoren eine Rolle, vor allem der Zeitraum seit der Impfung, das Lebensalter und der verwendete Impfstoff (31). Bei einer starken Verbreitung von Infektionen in der Bevölkerung und entsprechend hohem Infektionsdruck bleibt daher auch für Geimpfte die konsequente Anwendung der empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen (AHA+L), Kontaktreduktion, und insbesondere Vorsicht (bzw. Testen) bei Kontakt mit vulnerablen Gruppen wichtig.

#### 4. Reproduktionszahl

Die Basisreproduktionszahl  $R_0$  gibt an, wie viele Personen von einer infizierten Person durchschnittlich angesteckt werden, vorausgesetzt, dass in der Bevölkerung keine Immunität besteht und keine infektionspräventiven Maßnahmen ergriffen wurden. Eine Infektion breitet sich langfristig nur dann aus, wenn ihr  $R_0$  über 1 liegt. Für die Basisreproduktionszahl des ursprünglichen SARS-CoV-2 „Wildtyps“ wurde in mehreren systematischen Reviews (48-50) ein mittlerer Wert (Median) von 2,8 bis 3,8 ermittelt. Neue Virusvarianten können eine höhere Übertragbarkeit und dementsprechend höhere Basisreproduktionszahl aufweisen (siehe hierzu Abschnitt „Virusvarianten“).

In Studien zu Pandemiebeginn kann es zu einer Überschätzung des  $R_0$  Wertes gekommen sein, da sich die Infektion zu Beginn meist v.a. unter Personen ausbreitete, die überdurchschnittlich viele Kontakte hatten.

$R_0$  ist eine Größe, die für eine bestimmte Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt spezifisch ist, es kann somit kein allgemeingültiger Wert angegeben werden. Sie kann verstanden werden als das Produkt aus der durchschnittlichen Zahl der Kontakte mit anderen Personen pro Zeiteinheit, der Übertragungswahrscheinlichkeit und der Dauer der Infektiosität. Daraus leiten sich infektionspräventive Maßnahmen ab: Die Reduktion von Kontaktpersonen, die Isolation Infizierter und die Quarantäne enger Kontaktpersonen reduzieren die Zahl der Kontakte pro Zeiteinheit. Das Tragen von Masken, Abstand halten und das Lüften vermindern die Übertragungswahrscheinlichkeit. Auch eine zunehmende Immunisierung (infolge einer Impfung oder einer durchgemachten SARS-CoV-2 Infektionen) wirkt mindernd auf  $R$ , weil dadurch die Anzahl suszeptibler Kontaktpersonen sinkt. Den aus ergriffenen Maßnahmen bzw. einer zunehmenden Immunisierung resultierenden Wert nennt man effektive Reproduktionszahl ( $R_{\text{eff}}$ ).

Bei niedriger Neuerkrankungsrate kann die Reproduktionszahl durch einzelne Ausbruchsgeschehen stark beeinflusst werden und ist dann weniger aussagekräftig. In diesem Fall ist ein Wert über die gepoolten Daten aus mehreren Tagen weniger für Ausreißer anfällig.

## 5. Inkubationszeit und serielles Intervall

Die Inkubationszeit gibt die Zeitspanne von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. In einer Meta-Analyse wurde die mittlere Inkubationszeit auf 5,8 Tage (95% Konfidenzintervall 5,0-6,7 Tage) berechnet (33). Die 95%-Perzentile wurde mit 11,7 Tagen angegeben (95% Konfidenzintervall 9,7-14,2 Tage).

Möglicherweise haben die Virusvarianten Alpha bzw. Delta eine um etwa 1,5-2 Tage kürzere Inkubationszeit als der so genannte Wildtyp, d. h. die Viren, die im Jahr 2020 zirkulierten (34, 35).

Das serielle Intervall definiert dagegen die Zeitspanne vom Beginn der Erkrankung eines ansteckenden Falles bis zum Erkrankungsbeginn eines von diesem angesteckten Falles. Das serielle Intervall hat den Vorteil, dass es bei bekannten Infektor-Infizierten-Paaren leicht zu messen ist. Das serielle Intervall ist allerdings abhängig von der Inkubationszeit, vom zeitlichen Ausmaß der Infektiosität und davon, wie rasch ein infektiöser Fall isoliert wird. Daher ist das serielle Intervall keine stabile Größe, es kann sich z.B. verkürzen, wenn eine Epidemie zunehmend besser unter Kontrolle gebracht wird (36).

## 6. Manifestationsindex

Der Manifestationsindex beschreibt den Anteil der Infizierten, die tatsächlich erkranken. In der Literatur wird von unterschiedlichen Manifestationsindizes berichtet. Das hängt u. a. damit zusammen, dass asymptomatisch infizierte Personen oft nicht getestet werden. Weiterhin können die Untersuchungssituationen in unterschiedlichen Settings sowie die untersuchten Populationen stark differieren. So könnten beispielsweise jüngere Personen ohne Vorerkrankungen nur einmalig untersucht worden sein, und das u. U. auch nur während einer frühen Phase der Infektion und ohne Kenntnis darüber, ob sich im weiteren Verlauf noch Symptome entwickelten. Manifestationsindizes werden in verschiedenen Übersichtsarbeiten auf 55-85% geschätzt (30, 37, 38).

## 7. Diagnostik

Die Infektion mit dem SARS-CoV-2 präsentiert sich mit einem breiten aber unspezifischen Symptomspektrum (siehe Abschnitt 9 „Manifestationen, Komplikationen und Folgeerkrankungen“), sodass die virologische Diagnostik die tragende Säule im Rahmen der Erkennung der Infektion, des Meldewesens und der Steuerung von Maßnahmen ist. Umfassende Informationen zur Indikation und Durchführung der Teste sowie zur Bewertung der Ergebnisse finden sich in den „Hinweisen zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2“. Informationen zu Antigentests als ergänzendes Instrument in der Pandemiebekämpfung finden sich im Epid Bull 17/2021. In der Rubrik "Diagnostik und Teststrategie" (unter [www.rki.de/covid-19](http://www.rki.de/covid-19)) finden sich Informationen zur Zahl der durchgeführten Tests und zur Nationalen Teststrategie.

Siehe auch die FAQs des RKI zur Diagnostik.

## 8. Demografische Faktoren, Symptome und Krankheitsverlauf

Frauen und Männer sind von einer SARS-CoV-2-Infektion etwa gleich häufig betroffen. Männer erkranken jedoch häufiger schwer und sterben laut einer Übersichtsarbeit doppelt so häufig wie Frauen (39, 40).

Zu den im deutschen Meldesystem am häufigsten erfassten Symptomen zählen Husten, Fieber, Schnupfen, sowie Geruchs- und Geschmacksverlust (s. Tab. 2). Der Krankheitsverlauf variiert stark in Symptomatik und Schwere, es können symptomlose Infektionen bis hin zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod auftreten. Insgesamt sind 1,8% aller Personen, für die bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland übermittelt wurden, im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben (Stand: 23.11.2021).

Ein systematisches Review/eine Metaanalyse zeigt, dass Schwangere, deren SARS-CoV-2 Infektion im Krankenhaus festgestellt wurde, vergleichsweise seltener Symptome wie Fieber, Atemnot und Muskelschmerzen aufweisen (41).

**Tabelle 2: Erfasste Symptome für COVID-19-Fälle in Deutschland (Meldedaten, (42))**

Husten	42%
Fieber	26%
Schnupfen	31%
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns*	19%

Weitere Symptome:  
Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz.

\* In Deutschland werden seit der 17. KW 2020 für die COVID-19-Fälle Geruchs- und Geschmacksverlust als Symptome erfasst. In vielen internationalen Studien wurde bei über der Hälfte der Probanden ein Geruchs- und/oder Geschmacksverlust beschrieben (43-45). Diese deutlich höhere Prävalenz resultiert vermutlich aus der intensiveren Ermittlung solcher Symptome unter Studienbedingungen im Vergleich zu den im Meldewesen übermittelten Angaben.

## 9. Manifestationen, Komplikationen und Langzeitfolgen

COVID-19 kann sich in vielfältiger Weise und nicht nur in der Lunge, sondern auch in anderen Organsystemen manifestieren. Die Manifestationsorte sind u. a. von der Dichte der ACE-2 Rezeptoren in den Geweben abhängig, die dem Virus den Eintritt in die Zelle ermöglichen. Neben direkten zytopathischen (zellverändernden) Effekten werden überschießende Immunreaktionen sowie Durchblutungsstörungen in Folge einer Hyperkoagulabilität (gesteigerte Blutgerinnung) beobachtet (46, 47).

### Pulmonale Erkrankungen

SARS-CoV-2 verursacht sehr häufig Atemwegsinfektionen. Meist in der zweiten Krankheitswoche kann sich eine Pneumonie entwickeln, die in ein beatmungspflichtiges ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) fortschreiten kann, das u. U. eine Sauerstoffaufsättigung des Blutes außerhalb des Körpers (ECMO) erforderlich macht (48-50).

### Neurologische Symptome und Erkrankungen

Zu den neurologischen Symptomen zählen Kopfschmerzen, Riech- und Geschmacksstörungen, Schwindel, Verwirrtheit und andere Beeinträchtigungen (51). Auch neuropsychiatrische Symptome bzw. Krankheitsbilder, SARS-CoV-2 assoziierte (Meningo-) Enzephalopathien und Schlaganfälle, Fälle von Guillain-Barré- und Miller-Fisher-Syndrom sind beschrieben.

### Gastrointestinale Symptome

Eine SARS-CoV-2-Infektion kann mit gastrointestinalen Symptomen (Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, abdominelle Schmerzen, Durchfälle) und Leberfunktionsstörungen einhergehen (52, 53).

### Herz-Kreislauf-Symptome und Erkrankungen

Eine kardiale Beteiligung ließ sich anhand erhöhter Herzenzyme bzw. Troponin bei einem Teil der Erkrankten nachweisen, darunter auch Kinder und Erkrankte mit mildem oder moderatem Verlauf (54-57). Insbesondere bei schweren Infektionen der Atemwege erleidet eine Reihe von Patientinnen und Patienten kardiovaskuläre Erkrankungen, einschließlich Myokardschädigungen, Myokarditis, akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und venösen thromboembolischen Ereignissen (58, 59). Die pathologisch erhöhte Blutgerinnung geht bei schweren COVID-19-Verläufen mit einem erhöhten Risiko für Thromboembolien, u. a. in den unteren Extremitäten, sowie Lungenarterien- und zerebrovaskulären Embolien und möglichen Folgeschäden einher (60-63).

**Nierenerkrankungen**

Insbesondere bei schwer erkrankten beatmungspflichtigen COVID-19-Patientinnen und -Patienten wird das Auftreten von akutem, u. U. dialysepflichtigem, Nierenversagen beobachtet (17, 48, 64-71).

**Dermatologische Manifestationen**

Es ist eine relativ große Bandbreite an dermatologischen Manifestationen beschrieben, die jedoch insgesamt selten sind (0,2-1,2%) (17). Dazu zählen juckende, morbilliforme Ausschläge, Papeln, Rötungen und ein Nesselsucht-ähnliches Erscheinungsbild sowie Hautbläschen und Frostbeulen-ähnliche Hautläsionen. In seltenen Fällen sind schwere Durchblutungsstörungen in den Akren bis hin zum Gangrän beschrieben (72-80). Das Auftreten dieser Hautmanifestationen wird sowohl am Anfang des Krankheitsverlaufs (noch vor anderen bekannten Symptomen) als auch im späteren Erkrankungsverlauf beobachtet.

**PIMS**

Siehe Abschnitt 17 unter „Komplikationen“.

**Hyperinflammationssyndrom**

Einige Patientinnen und Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf entwickeln 8-15 Tage nach Erkrankungsbeginn eine Verschlechterung im Sinne eines Hyperinflammationssyndroms, in dessen Folge es zu Multiorganversagen kommen kann, das mit einer hohen Mortalität assoziiert ist. Weitere Informationen hierzu finden Sie hier.

**Ko-Infektionen**

Insbesondere schwer erkrankte COVID-19-Patientinnen und -Patienten können unter weiteren Infektionen leiden (48, 56, 64, 81-85). Zu den nachgewiesenen Erregern zählen u. a. *Mycoplasma pneumoniae*, *Candida albicans* und *Aspergillus* spp. Zudem wurden in einigen Fällen Superinfektionen mit multiresistenten Bakterien (z. B. resistente Varianten von *Klebsiella pneumoniae* (86) oder *Acinetobacter baumannii*) festgestellt.

**Langzeitfolgen**

Nach den ersten Hinweisen Mitte 2020 werden mögliche längerfristige gesundheitliche Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion intensiv erforscht. Bislang lässt sich kein einheitliches Krankheitsbild abgrenzen und die zugrunde liegenden Mechanismen sind noch nicht klar. Es werden sehr unterschiedliche Symptome berichtet, die über Wochen und Monate fortbestehen, phasenweise wieder auftreten oder auch neu hinzukommen können (87-93). Zu den häufig genannten Beschwerden (allein oder in Kombination) zählen Müdigkeit, Erschöpfung und eingeschränkte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen, Muskelschwäche und -schmerzen sowie psychische Probleme wie depressive Symptome und Ängstlichkeit. Auch eine Verschlechterung der Lungenfunktion sowie Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen, Herzmuskelentzündungen und das Neuauftreten eines Diabetes mellitus werden beobachtet. Die Datenlage bei Kindern und Jugendlichen ist noch eingeschränkt (94).

Die ersten Leitlinienempfehlungen des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zu Diagnostik und Therapie bezeichnen Krankheitssymptome, die über mehr als 4 Wochen seit SARS-CoV-2-Infektion/COVID-19-Krankheitsbeginn hinaus bestehen, als „Long COVID“ (95). Als „Post-COVID-Syndrom“ werden gesundheitliche Beschwerden definiert, die länger als 12 Wochen nach Infektion bestehen oder nach mehr als 12 Wochen neu auftreten und nicht anderweitig erklärbar sind. Die deutsche „S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID“ berücksichtigt zudem ungeklärte Verschlechterungen von vorbestehenden Gesundheitsproblemen und bietet eine erste diagnostisch-therapeutische Orientierung (96). Ergänzend dazu gibt es eine Patientenleitlinie mit Informationen für Betroffene, Angehörige und pflegende Personen (97).

Die vorläufige Arbeitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert POST-COVID-19 als gesundheitliche Beschwerden, die länger (in der Regel drei Monate) nach einer durchgemachten Infektion fortbestehen oder neu auftreten,



über längere Zeit (mindestens zwei Monate) andauern oder wiederkehrend auftreten und nicht anderweitig erklärbar sind (98). Für besonders alltagsrelevant hält die WHO Erschöpfung und eingeschränkte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit in Ruhe und Einschränkungen von Konzentrations- und Merkfähigkeit („Brain Fog“). Aufgrund der begrenzten Datenlage ist unklar, ob diese Definition auf Kinder und Jugendliche übertragbar ist.

Die bisherige Studienlage erlaubt keine verlässliche Einschätzung, wie häufig es zu Long-COVID/Post-COVID kommt, zumal sich die Studien hinsichtlich der untersuchten Gruppen, erfassten Symptome und Gesundheitsprobleme und Nachbeobachtungszeiträume unterscheiden. Von stationär behandelten erkrankten Erwachsenen hatten bis zu 76 % noch 6 Monate nach Entlassung ein oder mehrere Symptome (89, 99). Für stationär behandelte Kinder und Jugendliche hatte etwa ein Viertel, insbesondere ältere Kinder und Jugendliche, noch längerfristig mindestens ein Symptom und rund 10 % mehrere Symptome.

Bevölkerungsbezogene oder Stichprobenuntersuchungen, die auch leichtere Krankheitsverläufe einbeziehen, schätzen ein geringeres Vorkommen von Langzeitsymptomen nach 12 oder mehr Wochen: zwischen rund 2 % und über 20 % bei Erwachsenen (89, 98-102) und zwischen etwa 2-12 % bei Kindern und Jugendlichen (89, 99, 102-104), wobei die Anteile für ältere Kinder und Jugendliche und für Jungen höher ausfallen. Grundsätzlich wird für alle Altersgruppen ein Rückgang der Symptombelastung über die Zeit beobachtet (100, 103, 105). Allerdings besteht z.T. eine Arbeitsunfähigkeit über Wochen bis Monate und Krankenversichertendaten zeigen eine häufigere Inanspruchnahme von Leistungen wegen körperlicher und psychischer Neuerkrankungen, einen vermehrten Medikationsbedarf und eine höhere Sterblichkeit (99).

Verschiedenste Aktivitäten und Forschungsprojekte zu chronischen Langzeitfolgen zielen ab auf Verbesserungen bei der Erfassung und Erforschung, sowie bei der Versorgung und bei Unterstützungsangeboten für Betroffene.

## 10. Dauer der Ansteckungsfähigkeit (Kontagiosität)

Der genaue Zeitraum, in dem Ansteckungsfähigkeit besteht, ist nicht klar definiert. Als sicher gilt, dass die Ansteckungsfähigkeit in der Zeit kurz vor und nach Symptombeginn am größten ist (26, 28, 106, 107) und dass ein erheblicher Teil von Übertragungen bereits vor dem Auftreten erster klinischer Symptome erfolgt (26, 106, 108-112). Zudem ist gesichert, dass bei normalem Immunstatus die Kontagiosität im Laufe der Erkrankung abnimmt, und dass schwer erkrankte Personen mitunter länger infektiöses Virus ausscheiden als Patientinnen und Patienten mit leichter bis moderater Erkrankung (26, 106, 107, 113). Nach derzeitigem Kenntnisstand geht bei leichter bis moderater Erkrankung die Kontagiosität innerhalb von 10 Tagen nach Symptombeginn deutlich zurück (107, 108, 114-117). Bei schweren Krankheitsverläufen und bei Vorliegen einer Immunschwäche können Patientinnen und Patienten auch noch erheblich länger als 10 Tage nach Symptombeginn ansteckend sein (113, 118).

Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Erkrankten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar (119, 120). Diese positiven PCR- Ergebnisse sind jedoch nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen (107, 108, 114, 115, 121).

Die Angaben zur Ansteckungsfähigkeit variieren. Eine Ursache hierfür ist die uneinheitliche (oder fehlende) Definition des Symptombeginns; außerdem wird eine unspezifische Initialsymptomatik nicht von allen Patientinnen und Patienten als Krankheitsbeginn erkannt und mitgeteilt.

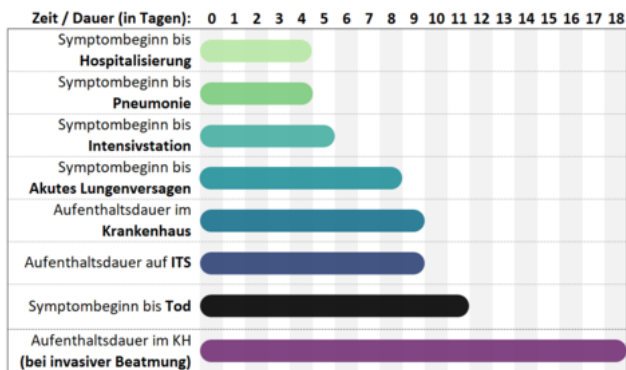
Der derzeitige Kenntnisstand zur Zeitdauer der Ansteckungsfähigkeit basiert auf zwei Arten von Untersuchungen:

**1. Epidemiologische (Kontaktnachverfolgungs-)Studien:** Aus dem Bezug zwischen Symptombeginn und Übertragungseignissen lassen sich Rückschlüsse auf das Ausmaß der Ansteckungsfähigkeit im Zeitverlauf der Infektion treffen. Die ermittelte Übertragungsrate wird dabei aber auch durch die Anzahl der Kontakte

beeinflusst. Aufgrund von Isolierungsmaßnahmen sinkt diese häufig sobald Symptome auftreten, was die Bestimmung der Ansteckungsfähigkeit nach Symptombeginn erschwert. Studien deuten darauf hin, dass die Ansteckungsfähigkeit an den Tagen vor Symptombeginn, zum Zeitpunkt des Symptombeginns, und in der frühen Erkrankungsphase am höchsten ist. Außerdem zeigt sich, z. T. in Verbindung mit Modellierungen, dass rund die Hälfte der SARS-CoV-2-Transmissionen von prä- und asymptomatischen Personen ohne klinische Beschwerden ausgeht (26, 106, 109-112).

**2. Virologische Studien:** Eine erfolgreiche Virusanzucht aus Probenmaterial weist auf die Präsenz replikationsfähiger Viren hin. Die positive Anzucht ist daher ein Surrogatmarker für Kontagiosität. Bei präsymptomatischen Personen wurde über eine erfolgreiche Virusanzucht sogar 6 Tage vor Symptombeginn berichtet (108, 122). Dies kann sowohl Ausdruck der unscharfen Definition des Symptombeginns sein oder auf die Möglichkeit mitunter frühzeitiger präsymptomatischer Übertragungen hinweisen. Innerhalb der ersten Woche nach Symptombeginn sinkt die Anzuchtswahrscheinlichkeit ab (107, 122). Bei schwerer Erkrankung oder Immundefizienz besteht jedoch die Tendenz zur längeren Ausscheidung infektiöser Viren, zum Teil über Wochen, oder - bei schwerer Immunsuppression - sogar Monate (118, 123-125). Ob das Lebensalter die Zeitdauer der Ansteckungsfähigkeit beeinflusst, ist bislang nicht abschließend geklärt. Hohes Alter stellt jedoch einen unabhängigen Risikofaktor für die längere Ausscheidung von SARS-CoV-2-RNA dar (119, 126). In Hochrisikosettings wie Altenpflegeeinrichtungen bestehen daher, ebenso wie bei schwerer Erkrankung, gesonderte Empfehlungen zur Isolierungsdauer (127).

## 11. Zeitintervalle bei der Behandlung



Mediane Zeiträume bis zu verschiedenen Endpunkten sowie stationäre Aufenthaltsdauern (orientierende Angaben)

Quelle: Robert Koch-Institut

### Zeit von Symptombeginn bis Hospitalisierung

Die Dauer bis zur Hospitalisierung wird nicht allein durch den Krankheitsverlauf, sondern auch durch andere Faktoren, wie z.B. der Leistungsfähigkeit und Struktur der medizinischen Versorgung, bestimmt. In einer Untersuchung der ersten COVID-19-Welle wurden Erkrankte im Mittel (Median) nach vier Tagen stationär aufgenommen (42). Studien aus England (n=16.749) und Shanghai (n=249) berichten einen identischen Zeitraum (IQR: 1-8 Tage) (128, 129). Für Patienten mit akutem Lungenversagen wurde ein Zeitraum von sieben (IQR: 2–10) Tagen berichtet (130).

### Zeit von Symptombeginn bis Pneumonie und ARDS

In einer Veröffentlichung (chinesische Fallserie [n = 1.099]) betrug die Zeitspanne von Symptombeginn bis Pneumonie vier Tage (IQR: 2–7 Tage), und bis zum akuten Lungenversagen acht Tage (IQR: 6-12) (131).

### Zeit von Symptombeginn bzw. Hospitalisierung bis Aufnahme Intensivstation (ITS)

Während der ersten COVID-19-Welle in Deutschland kamen intensivpflichtig

Behandelte im Median (IQR: 0-3 Tage) mit der Krankenhausaufnahme auch auf die Intensivstation (42). Die Zeitspanne von Hospitalisierung bis ITS ist im Bericht des ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infections Consortium) auf Basis von 51.270 Erkrankten aus 42 Ländern im Mittel (Median) mit einem Tag angegeben (IQR: 1-3 Tage) (132).

#### **Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus und auf der Intensivstation**

In der Untersuchung der ersten COVID-19-Welle in Deutschland betrug die mittlere Gesamtdauer (Median) der Krankenhausaufenthalte 9 Tage, und für ITS-Fälle mit vorhandenen Informationen ebenfalls im Mittel (Median) 9 Tage (Median, IQR: 4-18) (42).

Im Rahmen einer deutschen Sentinel-Erhebung über 1.426 COVID-19-Patienten mit einer akuten respiratorischen Erkrankung wurde eine mittlere Hospitalisierungsdauer (Median) von 10 Tagen angegeben (IQR: 5-19 Tage) (133). COVID-19-Patienten mit einer Intensivbehandlung waren hierbei im Median 16 Tage hospitalisiert (IQR: 8-27 Tage), Patienten mit mechanischer Beatmung für 18 Tage (IQR: 8-31 Tage). Wo eine Intensivbehandlung notwendig war, dauerte sie im Median 5 Tage (IQR: 2-15 Tage), eine mechanische Beatmung dauerte im Median 10 Tage (IQR: 3-19). Patienten ohne Intensivbehandlung oder Beatmung, die nach Hause entlassen werden konnten, waren im Schnitt (Median) 7 Tage hospitalisiert.

In einer Studie mit 10.021 Erkrankten in 920 Krankenhäusern in Deutschland dauerte die Beatmung im Mittel (Median) 13,5 Tage (71).

#### **Zeit von Symptombeginn bis zum Tod**

In einer multinationalen Fallserie wird die mittlere Dauer (Median) von Symptombeginn bis zum Tod mit 18 Tagen (134) und in einer Übersichtsarbeit mit 16 Tagen angegeben (135). Während der ersten COVID-19-Welle in Deutschland betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) 11 Tage (42).

## **12. Angaben zu hospitalisierten COVID-19-Erkrankten**

Die folgenden Angaben beziehen sich auf immunnaive Erkrankte ohne spezifische Therapie.

#### **Anteil der Hospitalisierten unter den Erkrankten**

In einer Analyse der Daten aus dem deutschen Meldesystem (bis Februar 2021) wurden kumulativ ca. 10 % der in Deutschland übermittelten Fälle hospitalisiert (136).

#### **Anteil der Hospitalisierten, die auf Intensivtherapiestationen (ITS) behandelt wurden**

In Auswertungen der Daten der ersten und zweiten COVID-19-Welle in Deutschland wurde dieser Anteil auf insgesamt 33 % geschätzt (136). Hierbei gab es jedoch deutliche altersspezifische Unterschiede: während jüngere Altersgruppen unter 15 Jahren nur sehr selten intensivmedizinisch behandelt werden, lag der Anteil bei hospitalisierten COVID-19-Fällen ab 35 Jahren bei mindestens 27 %, und am häufigsten wurden Patienten und Patientinnen in der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre intensivmedizinisch behandelt (41 %).

#### **Anteil der beatmungspflichtigen Erkrankten**

In einer Analyse der Daten der ersten und zweiten COVID-19-Welle in Deutschland (bis Februar 2021) wurden insgesamt 20 % der hospitalisierten COVID-19-Fälle beatmet. Im Median waren diese Patientinnen und Patienten 73 Jahre alt (136). In einer Analyse von Versichertendaten (bis September 2020) wurden 15 % der hospitalisierten COVID-19-Fälle beatmet und waren im Median 70 Jahre alt (137).

#### **Anteil der invasiv beatmeten Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO)**

Hierzu liegen nur wenige Informationen vor. In einer Studie in den USA wurde bei 10 % der beatmeten Patientinnen und Patienten eine ECMO eingesetzt (138).

#### **Anteil Verstorbener unter Hospitalisierten und ITS-Patienten**

Gemäß einer Analyse von Daten der syndromischen Surveillance sind in der ersten und zweiten COVID-19-Welle in Deutschland insgesamt 26 % der hospitalisierten

COVID-19-Fälle verstorben, wobei dieser Anteil in der zweiten Welle (27 %) höher lag als in der ersten Welle (21 %) (136, 137). Es zeigten sich große altersspezifische Unterschiede. So verstarben 5 % der Fälle aus der Altersgruppe 35 bis 59 Jahre, jedoch 40 % der Fälle aus der Altersgruppe ab 80 Jahre, und der Altersmedian der verstorbenen Fälle lag bei 82 Jahren. In einer Analyse von Versichertendaten der AOK betrug die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus (bis zum 30.06.2020) insgesamt 19 % (137). Sie war mit 50 % bei beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten deutlich höher im Vergleich zu nicht beatmeten Fällen (13 %).

In einer deutschen Sentinel-Erhebung bis April 2020 wurde der Anteil Verstorbener unter hospitalisierten COVID-19-Patientinnen und -patienten, die an einer schweren akuten Atemwegserkrankung litten, mit 21 % angegeben. Von den intensivpflichtigen Erkrankten verstarben 30 %, von den beatmeten 36 % (133).

Aktuelle Fallzahlen zu hospitalisierten, intensivmedizinisch betreuten und beatmeten Patientinnen und Patienten (inkl. ECMO) für das Erwachsenen- und Kindesalter können den Berichten des DIVI-Intensivregister entnommen werden.

### 13. Fall-Verstorbenen-Anteil, Infektions-Sterbe-Rate, Letalität

Die (i) Letalität ist der Anteil der an COVID-19 Erkrankten, der verstirbt. Andere Indikatoren zur Bewertung des Sterberisikos sind (ii) die Infektions-Sterbe-Rate (der Anteil der Infizierten, der verstorben ist) und (iii) der Fall-Verstorbenen-Anteil (der kumulative Anteil der gemeldeten Fälle, der verstorben ist).

Bei dem regelmäßig vom RKI veröffentlichten Fall-Verstorbenen-Anteil ist zu beachten, dass dieser eine Unterschätzung darstellt, weil ein Teil der aktuell gemeldeten Fälle erst in der Zukunft verstirbt. Dieser Fehler ist aber durch die mittlerweile hohen Fallzahlen relativ klein geworden. Die Infektions-Sterbe-Rate hängt u. a. auch von der Gesundheitsversorgung und Behandlung ab und ist daher international nicht für alle Regionen bzw. Länder und betrachteten Zeitpunkte gleich. Insbesondere wenn die Infektions-Sterbe-Rate nicht für einzelne Altersgruppen, sondern für ganze Bevölkerungen angegeben wird, kann es allein durch die demographische Zusammensetzung große Unterschiede geben.

Alle drei Indikatoren müssen demnach unterschiedlich interpretiert werden. Ihre Werte haben sich im Lauf der Pandemie über die Zeit geändert und sind sehr stark von der Altersgruppe und anderen Faktoren, wie z. B. Vorerkrankungen, abhängig (139, 140). So schwankt die Letalität in den Altersgruppen zwischen nahezu 0 % (jüngste Altersgruppen) bis etwa 10-30 % (80+ Jahre alte Personen; je nach Anzahl der Risikofaktoren (42, 136)).

Es gibt bei der Berechnung jeden Indikators Unschärfen und Schwächen, die berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel reflektieren die Meldezahlen nicht die tatsächliche Zahl der Infizierten und es ist nicht immer korrekt angegeben, ob eine Symptomatik und damit eine Erkrankung vorlag oder nicht. Es kann zudem nicht davon ausgegangen werden, dass alle an COVID-19 Verstorbenen als SARS-CoV-2 bedingte Todesfälle gemeldet werden, z. B., weil bei einem relativ raschen und möglicherweise medizinisch unbegleiteten Krankheitsverlauf kein Test auf SARS-CoV-2 gemacht wurde.

Um die Spannweite der verschiedenen Indikatoren für die gesamte Bevölkerung aufzuzeigen, werden diese im Folgenden vereinfacht orientierend dargestellt:

(i) Näherungsweise Schätzung der Letalität in der 1. Welle: Basierend auf den publizierten Daten zu Verstorbenen (42) errechnet sich, bezogen auf die Fälle mit Angaben zur Symptomatik, eine Letalität von etwa 6,2% ( $8.616/138.464$ ).

(ii) Näherungsweise Schätzung der Infektions-Sterbe-Rate: Multipliziert man die Zahl der gemeldeten Fälle (Stand 23.11.2021 ca. 5,4 Millionen) mit einem in Studien beobachteten Untererfassungsfaktor von 2-5 (141) (s. auch Abschnitt 20, Untererfassung), so ergibt sich eine Infektions-Sterbe-Rate von etwa 0,4-0,9% ( $99.433/10,8$  Millionen bzw.  $99.433/27$  Millionen).

(iii) Berechnung des Fall-Verstorbenen-Anteils: bei 99.433 Verstorbenen unter 5,4 Millionen gemeldeten Fällen (Datenstand 23.11.2021) ergibt sich ein Wert von 1,8%.

## 14. Therapie

Nur ein Teil der COVID-19-Erkrankungen verläuft schwer. Im Zentrum der Behandlung stehen die optimalen unterstützenden Maßnahmen entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes (z. B. Sauerstoffgabe, Ausgleich des Flüssigkeitshaushaltes, ggf. Antibiotikagabe zur Behandlung von bakteriellen Ko-Infektionen) sowie die Überwachung von relevanten Grunderkrankungen und ggf. die Anpassung ihrer Behandlung.

Viele verschiedene spezifische Therapieansätze (direkt antiviral wirksam, immunmodulatorisch wirksam) wurden und werden im Verlauf der COVID-19-Pandemie in Studien untersucht. Mit der mittlerweile verbesserten Evidenzlage zu vielen der untersuchten Substanzen konnten bereits weltweit Therapieempfehlungen evidenzbasiert formuliert werden. In Deutschland wurde z.B. inzwischen eine S3-Leitlinie zur „Stationären Therapie von COVID-19-Patienten“ erarbeitet und durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht. Auch auf den Seiten der verschiedenen Fachgesellschaften, sowie auf den Seiten des RKI ([www.rki.de/covid-19-therapie](http://www.rki.de/covid-19-therapie)) sind weiterführende Informationen und Empfehlungen zur Therapie von COVID-19 zu finden. Dabei ist die richtige Zuordnung der empfohlenen Substanzen zu der jeweiligen Krankheitsphase essentiell. Zu beachten ist jedoch auch, dass es sich bei den meisten der empfohlenen Arzneimittel um Substanzen handelt, die für die Behandlung von SARS-CoV-2-Infektion bzw. COVID-19 noch nicht zugelassen sind und deren Einsatz im Rahmen eines sog. individuellen Heilversuches (bei experimentellen Substanzen ohne anderweitige Zulassung) oder als sog. Off-Label-Use (Anwendung von Substanzen, die für andere Indikationen zugelassen sind) in besonderer Verantwortung mit erweiterter Aufklärungspflicht des Behandlers liegt (siehe auch [www.rki.de/covid-19-arzneimittelbevorratung](http://www.rki.de/covid-19-arzneimittelbevorratung)). Eine infektiologische Beratung zur Substanzauswahl sowie zur Diskussion der Einzelfallentscheidungen durch das Infektiologie-Beratungsnetzwerk von STAKOB und DGI wird empfohlen (Kontakt Daten siehe hier).

Für Patientinnen und Patienten mit Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 (s. Abschnitt 15) stehen in der Frühphase der Infektion monoklonale Antikörper gegen das Spike-Protein von SARS-CoV-2 zur Verfügung. Die Kombination der monoklonalen Antikörper Casirivimab und Imdevimab wurde am 12.11.2021 in der Europäischen Union zur frühzeitigen antiviralen Therapie sowie zur Prophylaxe in Risikogruppen zugelassen. Die Evidenz aus den bisherigen Studien weist darauf hin, dass ihre Anwendung in der Frühphase der Infektion (innerhalb der ersten 3 Tage und maximal bis zu 7 Tagen nach Symptombeginn) den weiteren Verlauf günstig beeinflussen kann: die Zeit zur Viruselimination wird verkürzt, es wird seltener eine Hospitalisierung erforderlich und die Sterblichkeitsrate ist geringer (142, 143). Diese frühzeitige Behandlungsoption wird ungeimpften und unvollständig geimpften Personen mit vorliegenden Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sowie Geimpften bei begründeter Vermutung eines unzureichenden Impfansprechens trotz Prime-Boost-Boost-Immunsierung empfohlen (z.B. bei Immunsuppression) (siehe hier). Durch das Bundesministerium für Gesundheit konnten einige dieser monoklonalen Antikörper zentral beschafft und in ausgewählten Apotheken in Deutschland bevorratet werden (siehe hier). Eine Auflistung der bevorratenden Apotheken, der beteiligten Krankenhäuser sowie eine Prozessbeschreibung zum Abruf der Arzneimittel finden sich auf der Internetseite des RKI. Zusätzliche Informationen finden sich auf den Seiten des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI). Die Evidenz für die Anwendung weiterer antiviraler Arzneimittel in der Frühphase der Infektion (z.B. oralen Substanzen wie Molnupiravir oder Paxlovid) wird derzeit intensiv durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) geprüft. Für andere, bereits zugängliche und in

anderen Indikationen zugelassene Substanzen, existiert derzeit keine ausreichende Evidenz, die einen generellen Einsatz außerhalb von kontrollierten Studien rechtfertigen würde.

Für Patientinnen und Patienten mit einem schweren Krankheitsverlauf, der eine Hospitalisierung notwendig macht, stehen inzwischen ebenfalls ausgewählte Arzneimittel zur Verfügung, welche allerdings nur nach einer sehr differenzierten Betrachtung des Einzelfalls angewendet werden sollten (siehe die COVID-19 Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)).

## 15. Risikogruppen für schwere Verläufe

Dieser Steckbrief dient lediglich als Orientierung und kann nur einen Überblick zu größeren Erkrankungsgruppen bzw. Risikofaktoren geben. Die Vielfalt verschiedener potenziell prädisponierender Vorerkrankungen und ihrer Schweregrade sowie die Vielzahl anderer Einflussfaktoren machen die Komplexität einer Risiko-Einschätzung deutlich. Daher ist eine generelle Festlegung zur Einstufung in eine Risikogruppe nicht möglich. Eine personenbezogene Risiko-Einschätzung im Sinne einer (arbeits-) medizinischen Beurteilung findet sich im Dokument "Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Wichtige weiterführende Informationen zur Risiko-Einschätzung finden sich auch auf den Internetseiten der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften. Darüber hinaus verweisen wir auf die im Rahmen der Impfpriorisierung von der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO) verfassten Empfehlungen und Dokumente.

Schwere Verläufe können auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung (56, 65) und bei jüngeren Patienten auftreten (144, 145). Bei folgenden Personengruppen werden schwere Krankheitsverläufe häufiger beobachtet:

- ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für einen schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren)
- Männliches Geschlecht (39, 40)
- Raucher (17, 146, 147) (schwache Evidenz)
- adipöse (BMI>30) und stark adipöse (BMI>35) Menschen (148)
- Schwangere (22)
- Menschen mit Down-Syndrom (Trisomie 21) (149, 150)
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, ohne Rangfolge (148):
  - des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck)
  - chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD)
  - chronische Leber- und Nierenerkrankungen (insbesondere bei Dialysepflichtigkeit)
  - neurologische und psychiatrische Erkrankungen (z. B. Demenz)
  - Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
  - Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung
  - Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht, wie z.B. bei hämatologischen Neoplasien oder bei schlecht kontrollierter HIV-Erkrankung; oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z.B. systemische Kortikosteroide, Methotrexat, Cyclophosphamid, Azathioprin, Antikörper wie Rituximab sowie Immunsuppressiva bei Z.n. Organ- oder Stammzelltransplantation).

## 16. Ungeborene und neugeborene Kinder

In fast allen Studien wird ein signifikant häufigeres Auftreten von Präeklampsie und Früh-geburtlichkeit (insbesondere im 3. Trimenon) bei infizierten im Vergleich zu nicht-infizierten Schwangeren berichtet. Dabei liegen der vermehrt beobachteten Frühgeburtlichkeit wahrscheinlich medizinische Indikationen zugrunde (22).

Das kindliche Outcome unterscheidet sich bei infizierten und nicht-infizierten Schwangeren nicht wesentlich (41). Allerdings wurde für Neugeborene von Frauen mit COVID-19 ein höheres Risiko ermittelt, nach der Geburt auf einer neonatologischen Intensivstation betreut zu werden, insbesondere bei einem

schweren Erkrankungsverlauf der Mutter (22). Die häufigere Aufnahme auf eine neonatologische Station ist wahrscheinlich durch die höhere Frühgeburtsrate bedingt. Das Risiko für Aborte und die neonatale Mortalität sind nicht erhöht.

In einigen Studien wurden ein erhöhtes mütterliches Sterberisiko sowie ein erhöhtes Risiko für Totgeburten beschrieben. Die Studienlage ist hier jedoch nicht eindeutig (22). Zudem ist die Mortalität von SARS-CoV-2-positiven Schwangeren im Vergleich zu SARS-CoV-2-positiven Nicht-Schwangeren nicht erhöht.

Zum Übertragungsweg des Virus von der Mutter auf das ungeborene Kind siehe Abschnitt 2, „vertikale Transmission“.

## 17. Kinder und Jugendliche

### Empfänglichkeit (Suszeptibilität) und Transmission:

Grundsätzlich ist eine Übertragung von SARS-CoV-2 von und innerhalb jeder Altersgruppe möglich. Zwar ist das Transmissionsrisiko durch jüngere Kinder nicht abschließend geklärt, jedoch sind Kinder für SARS-CoV-2 suszeptibel und können auch innerhalb der jeweiligen Altersgruppen übertragen (151-157). Kinder nehmen am Transmissionsgeschehen teil, und COVID-19-Ausbrüche treten sowohl in Kitas als auch in Schulen auf (158). Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Kinder bei der Alpha und Delta Variante eine höhere Empfänglichkeit und Transmission als beim bisherigen Wildtyp aufweisen könnten (159-161).

### Infektiosität:

Die Infektiosität im Kindesalter wurde bisher selten untersucht und kann daher nicht abschließend bewertet werden (151-155). Insgesamt scheinen Kinder weniger infektiös zu sein als Erwachsene (152, 153, 155, 162-164). Auf Basis von Haushaltsuntersuchungen gibt es jedoch Hinweise darauf, dass die Empfänglichkeit und Infektiosität von mit der Alpha-Variante infizierten Kindern im Kindergartenalter im Vergleich zu den vorher zirkulierenden Varianten angestiegen ist (159, 165).

Eine Aussage, welche der Altersgruppen innerhalb der Kinder am infektiösesten ist, kann nicht verlässlich gemacht werden (152, 153, 155, 162, 163, 166). Die Studienlage zur Viruslast bei Kindern mit Infektion durch die in 2020 zirkulierenden Wildtyp-Viren ist heterogen, viele Veröffentlichungen werfen methodische Fragen auf. Die Daten einer größeren, qualitativ höherwertigen vorveröffentlichten Studie deuten darauf hin, dass Kinder, insbesondere jüngere Kinder, wahrscheinlich eine niedrigere Viruslast als Erwachsene haben (167). Innerhalb der Gruppe der Kinder gibt es Hinweise darauf, dass die Viruslast von älteren zu jüngeren Kindern abnimmt (167). Asymptomatische Kinder haben vermutlich eine niedrigere Viruslast als symptomatische Kinder (168).

Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass die zur Verwendung kommende Labormethode (PCR) auch in der Lage ist, kleine und sehr kleine Mengen an RNA nachzuweisen. Dies ist jedoch nicht damit gleichzusetzen, dass noch vermehrungsfähiges Virus vorliegt, was wiederum eine Voraussetzung für die Übertragbarkeit ist.

### Symptome und Verlauf:

Die Mehrzahl der Kinder zeigt nach bisherigen Studien einen asymptomatischen oder milden Krankheitsverlauf (42, 169-175). So wurden laut Daten der Corona-KiTa-Studie bei etwa 35% der 0- bis 5-Jährigen mit vorhandenen klinischen Informationen keine COVID-19 relevanten Symptome angegeben (176). Bei 65% der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde mindestens ein Symptom angegeben. In einer Studie der ersten Welle in Deutschland zählten Husten, Fieber und Schnupfen zu den am häufigsten erfassten Symptomen (s. Tab. 3).

**Tabelle 3: Am häufigsten erfasste Symptome für Kinder und Jugendliche für an das RKI im Rahmen des IfSG übermittelte Fälle während der ersten COVID-19-Welle in Deutschland (42)**

	0-4 Jahre	5-19 Jahre
Husten	40%	42%

<b>Fieber</b>	48%	34%
<b>Schnupfen</b>	23%	30%
<b>Allgemeinsymptome</b>	18%	30%
<b>Halsschmerzen</b>	8,5%	8,5%

Geruchs- und Geschmacksverlust wurden seit Meldewoche 17 in 2020 übermittelt. Da sich die Daten auf die erste Welle in Deutschland beziehen, ist dieses Symptom hier nicht dargestellt.

Weitere mögliche klinische Bilder sind Allgemeinsymptome, Halsschmerzen, Atemnot, Magen-Darm-Beschwerden, Pneumonie, oder ARDS. In anderen Studien werden darüber hinaus Symptome wie Myalgie (Muskelschmerzen), Brustschmerzen und Herzrasen, sowie Geschmacks- und Geruchsverlust angegeben (170, 171, 173, 175, 177-179). Eine Magen-Darm-Beteiligung kommt häufiger vor als bei Erwachsenen, teilweise auch ohne dass respiratorische Symptome vorliegen (53). Es ist auffällig, dass ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen nur ein Symptom aufweist. Der Manifestationsindex wird in Studien etwas geringer als bei Erwachsenen beziffert (172, 173, 180). Nur ein sehr kleiner Teil benötigt eine intensivmedizinische Versorgung und wird beatmungspflichtig (173, 175, 181).

#### **Risikofaktoren für einen schweren Verlauf:**

Bei den hospitalisierten Kindern sind pulmonale (15%) und kardiale (8%) Vorerkrankungen häufiger registriert worden (182). Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern sind auch schwere Verläufe beschrieben (172, 181-187). In einer europaweiten Studie waren Alter unter einem Monat, das Vorliegen einer Vorerkrankung sowie Anzeichen einer Infektion der unteren Atemwege Risikofaktoren für eine Aufnahme auf die Intensivstation (181). Detaillierte Informationen zu stationären COVID-19 Behandlungen im Kindesalter erfasst ein Survey der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI).

#### **Komplikationen:**

In seltenen Fällen entwickeln Kinder ein Krankheitsbild, welches das ECDC als „paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)“ in Kombination mit einem „toxic shock syndrome“ (TSS) bezeichnet. PIMS-TSS weist Ähnlichkeit mit dem Kawasaki-Syndrom auf, das bei Kindern im Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten beobachtet wird, wobei an PIMS erkrankte Kinder meist älter sind (188-191). Der Großteil der Kinder muss intensivmedizinisch versorgt werden. Das Krankheitsbild ist in der Regel gut behandelbar, für Kinder mit komplizierteren Verläufen (z.B. bei Entwicklung von koronaren Aneurysmen) ist die Langzeitprognose unklar. Die Sterblichkeit wird in systematischen Reviews mit 1,7-3,5% beziffert (192, 193). Weiterführende Informationen zu diesem Krankheitsbild werden u. a. auf den Webseiten der DGPI, welche auch einen Survey zu PIMS durchführt, und vom ECDC bereitgestellt.

## **18. Immunität**

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 induziert die Bildung verschiedener Antikörper, die im Median in der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar sind (194). Auch neutralisierende Antikörper sind in der Regel am Ende der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar (107, 195, 196). Zwar können neutralisierende Antikörper über mehrere Monate nach Infektion nachgewiesen werden (197-200), jedoch nimmt der Titer der neutralisierenden wie auch der Gesamt-IgG-Antikörper, insbesondere bei Personen mit milder oder asymptomatischer Infektion, mit der Zeit wieder ab (201-203). Es ist unklar, zu welchem Grad die Antikörper-Titer mit einem Schutz vor einer Reinfektion oder schweren Erkrankung korrelieren.

Auch die Bedeutung der zellvermittelten Immunreaktion im Rahmen der komplexen Immunantwort gegen SARS-CoV-2 ist noch Gegenstand der Forschung. Bei Erkrankten wurde eine T-Zell-Reaktivität gegen das Spike-Protein (204) sowie gegen weitere SARS-CoV-2-Proteine festgestellt (205, 206), die mit dem Nachweis



neutralisierender (206, 207) bzw. Nukleocapsid-Antikörper korrelierten (208). T-Zellen wurden auch bei Infizierten festgestellt, die keine Antikörpertiter aufwiesen und asymptomatisch waren (209). Der Nachweis SARS-CoV-2-reaktiver T-Zellen früh nach Infektionsbeginn ist möglicherweise indikativ für einen leichten Verlauf der Erkrankung (210) und auch der Nachweis sowohl naiver als auch CD4- und CD8-positiver T-Zellen ist mit einem milderen Verlauf assoziiert (211). Für mindestens sechs bis acht Monate nach Symptombeginn konnten Antikörper gegen das Spike-Protein und auch mehrheitlich Spike-Protein-spezifische B-Zellen sowie T-Zell-Reaktivität nachgewiesen werden (212-214).

Die B-Gedächtniszell-Antwort entwickelt sich während der ersten sechs Monate nach Infektion. Bei schweren COVID-19-Verläufen mit Todesfolge wurde eine Hemmung des B-Zell-Reifungsprozesses beschrieben (215). Es ist noch unklar, ob eine solche Störung auch bei milderen Verläufen auftritt. Möglicherweise trägt eine Antigenpersistenz zur Entwicklung der B-Zell-Antwort bei, die bei Reinfektion vor einer erneuten Erkrankung schützt (216). Aktuell werden zahlreiche potentielle immunologische Biomarker zur Detektion einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. bezüglich ihrer Eignung für eine Prognoseabschätzung untersucht (217, 218). Darüber hinaus existieren Hinweise, dass sowohl beim Menschen als auch im Tiermodell eine geschlechtsspezifische Immunantwort die Schwere der Erkrankung beeinflusst (219, 220).

Auch wenn die bisherigen Studienergebnisse keine protektive Immunität beweisen, legt der Nachweis potenter neutralisierender Antikörper einen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen mit erhöhter Überlebenschance nahe. Diese Antikörper schützen zumindest partiell vor Reinfektionen mit aktuell zirkulierenden SARS-CoV-2-Stämmen (200, 221).

Eine vorangegangene Infektion mit HCoV kann eine kreuzreaktive Immunantwort sowohl auf B- als auch auf T-Zell-Ebene auslösen. Die Studienlage zur Frage, ob und inwiefern HCoV-Antikörper bzw. kreuzreaktive neutralisierende Antikörper sowie eine kreuzreaktive T-Zellreaktivität möglicherweise einen Schutz vor einer schweren COVID-19-Erkrankung bieten, ist widersprüchlich (222-224).

Erneute Infektionen, bei denen unterschiedliche Virusvarianten nachweisbar waren, werden selten berichtet (225-230). Eine solche Konstellation spricht - in Abgrenzung zu einer länger anhaltenden PCR-Positivität nach Infektion - für eine Reinfektion. Die Definition einer Reinfektion mit SARS-CoV-2 des RKI ist abrufbar unter [www.rki.de/covid-19-meldepflicht](http://www.rki.de/covid-19-meldepflicht). Da Reinfektionen bei endemischen Coronaviren (HCoV) vorkommen und die HCoV-Immunität mit der Zeit abnimmt, ist denkbar, dass - möglicherweise unbemerkt - auch Reinfektionen mit SARS-CoV-2 nicht ungewöhnlich sind (231, 232). Untersuchungen an Mitarbeitenden im Gesundheitsdienst ergaben, dass Antikörper nach überstandener SARS-CoV-2 Infektion über mehrere Monate nachweisbar sind und Reinfektionen selten auftreten. Reinfizierte wiesen aber hohe Virusmengen im Nase-Rachenbereich auf und könnten SARS-CoV-2 somit potenziell übertragen, was die Bedeutung und konsequente Einhaltung der Schutzmaßnahmen unterstreicht (233).

## 19. Impfung

Seit dem 26.12.2020 wird in Deutschland gegen COVID-19 geimpft ([www.rki.de/covid-19-impfen](http://www.rki.de/covid-19-impfen)). Bislang stehen vier Impfstoffe zur Verfügung (Stand November 2021). Für weitere Impfstoffe sind oder werden Zulassungen durch die Europäische Arzneimittelbehörde beantragt (FAQs zum Zulassungsverfahren s. FAQs des Paul-Ehrlich-Instituts zum Zulassungsverfahren).

Da initial nicht ausreichend Impfstoff zur Verfügung stand, um den gesamten Bedarf zu decken, wurden prioritär zu impfende Risikogruppen definiert, die eine besonders hohe Vulnerabilität oder ein besonders hohes Expositionsrisiko haben ([www.rki.de/covid-19-impfempfehlung](http://www.rki.de/covid-19-impfempfehlung)).

Eine systematische Aufarbeitung und Bewertung der Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit der in Deutschland verfügbaren Impfstoffe sowie der Effektschätzer für schwere COVID-19 Verläufe in den priorisierten Risikogruppen ist in den Wissenschaftlichen Begründungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu finden.

Weiterführende Informationen und Antworten auf häufig gestellte Fragen rund um die Impfung finden sich hier, sowie ein digitales Impfquotenmonitoring hier. Angaben zu Impfquoten und eine Abschätzung der Impfeffektivität sind zudem im Wochenbericht des RKI zu finden.

## 20. Besondere Aspekte

### „Superspreading“ und „superspreading events“

Superspreading events (SSE) sind Ereignisse, bei denen eine infektiöse Person eine Anzahl an Menschen ansteckt, die deutlich über der durchschnittlichen Anzahl an Folgeinfektionen liegt. In diesem Erreger-Steckbrief werden SSE als Einzelereignisse verstanden, im Gegensatz zu Situationen mit intensiver Übertragung, in denen mehrere Ereignisse, möglicherweise über mehrere Tage, zum Übertragungsgeschehen beitragen.

Für das Auftreten eines SSE sind die folgenden drei Aspekte von Bedeutung: (i) die Anwesenheit eines Superspreaders, (ii) die äußeren Begleitumstände (Setting) und (iii) die Eigenschaften der Exponierten.

Ad (i): die individuelle Infektiosität unterliegt vermutlich einer großen Streuung, so dass wenige Personen sehr infektiös und viele weniger infektiös sind (234). Bei Messungen wurde festgestellt, dass manche Personen besonders viele infektiöse Partikel beim Atmen (235), Sprechen (236) oder Singen (237) emittieren (sogenannte „super-emitter“). Allerdings sind auch intraindividuelle Streuungen bekannt (238). Schließlich muss bei einer infizierten Person auch eine hohe Viruslast vorliegen, um ein SSE auslösen zu können. Generell ist die Viruslast in der Anfangsphase der Infektion höher, außerdem führen die Virusvarianten, die im späteren Pandemieverlauf dominierten (Alpha, Delta-Varianten), möglicherweise zu höheren Viruslasten als der anfänglich zirkulierende Wildtyp (35, 239).

Ad (ii): es gibt Begleitumstände, die eine ungewöhnlich hohe Übertragung begünstigen. Zu diesen gehören vor allem Situationen, in denen sich kleine, infektiöse Partikel (aerosolisierte Partikel) im Raum anreichern. Dazu tragen kleine Räume, keine oder geringe Frischluftzufuhr und ein längerer Aufenthalt in einem Raum mit infektiösen Aerosolen bei (240). Darüber ist die Freisetzung kleiner Partikel generell ansteigend vom Atmen über Sprechen, lauterem Sprechen, Schreien bzw. Singen (4, 236), sowie Aktivitäten mit gesteigerter Atemtätigkeit wie beim Sporttreiben oder bei anderen schweren körperlichen Aktivitäten. Ein weiterer Faktor können extensive soziale Interaktionen und erhöhte Kontaktraten sein.

Ad (iii): auch wenn sich unter den Exponierten besonders viele Personen mit einer erhöhten Empfänglichkeit für eine Infektion befinden (z.B. ältere Menschen ohne Impfung oder mit reduziertem Impfansprechen), kann es zu einer großen Anzahl an Übertragungen kommen.

Klassische Beispiele für SSE sind die SARS-Ausbrüche im Jahr 2003 durch einen infizierten Arzt im MetropoI-Hotel in Hong Kong (241) und durch eine einzelne infektiöse Person im Amoy Garden- Wohnkomplex in Hong Kong (242). Zu größeren COVID-19-Ausbrüchen kam es u. a. in Chören (9), in Fitnessstudios (243), bei religiösen Veranstaltungen (244, 245), in fleischverarbeitenden Betrieben (11, 246), während einer Busfahrt in China (247), in einem Nachtclub (248), oder während eines Jugendcamps in den USA (249).

Typische SSE-Settings und Situationen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für Übertragungen sollten vermieden werden. Dazu zählen u. a. Treffen in geschlossenen Räumen bei schlechter Belüftung, Menschenansammlungen und

Gespräche ohne Mund-Nasen-Schutz.

## Vitamin-D-Versorgung

Eine ausreichende Vitamin-D-Versorgung ist neben der Bedeutung für die Knochengesundheit wichtig für ein gut funktionierendes Immunsystem. Unter Einwirkung von Sonnenlicht bildet der Körper in der Haut dieses Vitamin selbst. Bei geringem Aufenthalt im Freien sowie in der dunklen Jahreszeit ist dieser Versorgungsweg unzureichend. Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel sind unter anderem Ältere, Menschen mit stärkerer Hautpigmentierung und Menschen, die sich selten im Freien aufhalten beziehungsweise aufhalten können, etwa weil sie immobil, chronisch krank oder pflegebedürftig sind (siehe auch FAQ zu Vitamin-D).

Schon früh wurde vermutet, dass eine ausreichende Vitamin-D-Versorgung mit einem geringeren Erkrankungswahrscheinlichkeit bzw. milderem Verlauf einer COVID-19-Erkrankung einhergeht (250, 251). In Beobachtungsstudien zeigten sich Zusammenhänge zwischen einem niedrigeren Vitamin-D-Status unter COVID-19-Erkrankten im Vergleich zu Kontrollgruppen (252, 253). Einige erste randomisierte Kontrollstudien deuten darauf hin, dass sich eine gute Vitamin-D-Versorgung positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann (254-256). Eine unabhängige Rolle einer ausreichenden Vitamin-D-Versorgung ist in Hinblick auf Krankheitsverlauf bei COVID-19 nicht abschließend geklärt (257-259). Bis dahin ist es ratsam, die allgemeinen Empfehlungen zur Vitamin-D-Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, die in einer aktuellen Fachinformation zu Vitamin D und COVID-19 zu einer ähnlichen Einschätzung der Datenlage kommen, zu befolgen und sich nach Möglichkeit regelmäßig im Freien aufzuhalten (z.B. Spaziergänge).

## Saisonalität

Endemische Humancoronaviren, wie z.B. OC43 oder NL62, verbreiten sich wie viele andere saisonale Viren akuter Atemwegserkrankungen besser in der kalten Jahreszeit (260, 261). In unterschiedlichen Klimazonen ist Saisonalität unterschiedlich stark ausgeprägt: während auf der Nord- und Südhalbkugel die Jahreszeiten und damit auch stärkere saisonale Effekte beobachtet werden, lassen sich in (sub-)tropischen Regionen weniger starke Effekte feststellen (261, 262).

SARS-CoV-2 ist ein neu aufgetretener, pandemischer Erreger, der auf eine suszeptible Bevölkerung trifft, so dass starke Übertragungsdynamiken über das ganze Jahr hinweg möglich sind. Dennoch beeinflusst das Zusammenspiel von Faktoren, welche die Saisonalität bei anderen saisonalen Viren bedingen, wahrscheinlich auch den Verlauf der SARS-CoV-2 Dynamik (unabhängig von der Grundimmunität in der Bevölkerung): z. B. Umweltfaktoren (Temperatur, Sonnenlicht/UV-Strahlung, Wind, Luftfeuchtigkeit), Infektionssettings (innen vs. außen), menschliches Verhalten, Immunstärke, oder der Vitamin D Status (260, 261, 263, 264).

Auf Basis des Zusammenspiels dieser Faktoren ist die Übertragungsdynamik im Winter tendenziell stärker und im Sommer abgeschwächt. Bei fehlender Grundimmunität in weiten Teilen der Bevölkerung sind größere Ausbrüche aber auch im Sommer möglich, was Maßnahmen zur Pandemieeindämmung zu jeder Jahreszeit notwendig macht (262, 265).

## Untererfassung

Die veröffentlichten Fallzahlen basieren auf den im Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz erfassten COVID-19-Fällen. Veröffentlicht werden gemäß RKI-Falldefinition nur laborbestätigte COVID-19-Fälle (per Nukleinsäure-Amplifikationstest oder Virusisolierung), unabhängig vom Vorliegen klinischer Symptome. Die Vollständigkeit der Erfassung hängt von verschiedenen Faktoren ab, so beispielsweise von der medizinischen Versorgung, also u. a. davon, wie viele

Personen eine Arztpraxis bzw. eine Teststelle aufsuchen und wie viele Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Da asymptomatische und milde Verläufe auftreten ist davon auszugehen, dass nicht alle Infizierten einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen oder ein Labortest veranlasst wird. Auch spielt die Fallfindung durch die Gesundheitsämter im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen und der Kontaktpersonennachverfolgung eine wichtige Rolle.

Im Rahmen von Antikörperstudien mit Zufallsstichproben der Allgemeinbevölkerung (seroepidemiologische Studien) kann der Anteil der Personen geschätzt werden, die tatsächlich eine Infektion durchgemacht haben. Es ist aufgrund der variablen Sensitivität der Nachweisverfahren jedoch möglich, dass auch Antikörperstudien den Anteil der Infektionen unterschätzen (266).

Seroepidemiologische SARS-CoV-2 Studien wurden in Deutschland in der ersten Covid-19-Welle und im Sommer 2020 vor allem in Hotspots, d.h. in Orten oder Regionen mit hoher Inzidenz durchgeführt. Sie zeigten eine Untererfassung der Fälle um den Faktor 4 bis 5 (zusammengefasst in (141)), demzufolge wird geschätzt, dass es etwa 4 bis 5-mal so viele SARS-CoV-2-Infizierte gab, als für diesen Zeitraum nach Infektionsschutzgesetz an die Gesundheitsämter gemeldet wurden. Die seit dem Herbst 2020 vorliegenden Ergebnisse seroepidemiologischer SARS-CoV-2 Studien aus Deutschland zeigen eine niedrigere Untererfassung, in der Mehrzahl der Studien um etwa den Faktor zwei, in einigen Studien um den Faktor drei bis fünf (141). Dies kann als Zeichen für ein im Untersuchungszeitraum erfolgreiches Zusammenwirken von Teststrategie, Gesundheitswesen und öffentlichem Gesundheitsdienst gewertet werden. Einschränkend ist hier eine im Vergleich zu Beginn der Pandemie in den meisten Studien niedrigere Teilnehmerate zu nennen.

### **Tenazität und Inaktivierung des Virus**

Die Tenazität beschreibt die Widerstandsfähigkeit eines Mikroorganismus gegenüber äußeren Einflüssen. Aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit der beiden Viren SARS-CoV und SARS-CoV-2 liegt es nahe, die umfangreicheren Daten zu SARS-CoV der Tenazitäts-Beurteilung von SARS-CoV-2 zu Grunde zu legen. Inzwischen liegen auch Daten zu SARS-CoV-2 vor, die diese Annahmen bestätigen (267).

Grundlegend für die Bewertung der Tenazität ist der Nachweis infektiöser Viruspartikel, deren Vorhandensein und Infektiosität durch Isolation und Anzucht in der Zellkultur bestätigt werden muss (im Gegensatz zum Nachweis einzelner Komponenten des Virus, wie z.B. der Virus-RNA zum Nachweis einer zurückliegenden Kontamination).

Dabei sind Daten aus unterschiedlichen Laboruntersuchungen zur Stabilität von Viruspartikeln auf kontaminierten Materialien z. T. schwer vergleichbar, da sie mit unterschiedlichen Methoden und unter unterschiedlichen Bedingungen durchgeführt wurden. Die Menge der aufgetragenen Viruspartikel, die Nachweisgrenze der verwendeten Methode, die Anschmutzung (d.h. die Einbettung des Virus in Proteine oder Serum (268, 269)) sowie Umgebungsbedingungen wie Temperatur oder relative Luftfeuchtigkeit tragen zu unterschiedlichen Ergebnissen bei.

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) stellt umfangreiche Informationen zu SARS-CoV-2 auf Oberflächen zur Verfügung.

### **Stabilität auf Oberflächen**

In mehreren Untersuchungen wurde SARS-CoV-2-RNA auf verschiedenen Flächen in der Umgebung von COVID-19-Patienten gefunden (270-273).

Vermehrungsfähige Viruspartikel wurden außerhalb des Gesundheitswesens nur einmal von der Verpackung einer tiefgekühlten Ware isoliert (274). Eine Transmission von SARS-CoV-2 über kontaminierte Oberflächen wurde außerhalb des Gesundheitswesens bisher nicht belegt.

Labordaten weisen darauf hin, dass SARS-CoV-2-Viruspartikel bei geringerer Umgebungstemperatur bzw. relativer Luftfeuchtigkeit stabiler sind (275, 276). Eine Studie hat die Oberflächenbeständigkeit von SARS-CoV-2 bei einer relativen Luftfeuchtigkeit von 40-50 % bei verschiedenen Temperaturen untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass das Virus bei 4 °C auf Geldscheinen bis zu 96 Stunden vermehrungsfähig bleiben kann; bei Raumtemperatur (RT) war das Virus dort nur noch 8 Stunden und bei 37 °C nur noch 4 Stunden stabil. Auf Kleidung war bei 37 °C nur bis zu 4 Stunden vermehrungsfähiges Virus nachweisbar (277).

Bei starker Kontamination, also wenn ein großer Virustiter aufgetragen wird, zeigt SARS-CoV-2 auf glatten Materialien eine höhere Stabilität als auf porösen Strukturen (276, 278, 279). So wurde beispielsweise in einer Studie unter Innenraumbedingungen auf Edelstahl und Plastik bis zu 72 Stunden vermehrungsfähiges SARS-CoV-2 detektiert, wohingegen auf Karton nur bis zu 24 Stunden vermehrungsfähiges Virus nachweisbar war (267). Unter für die Virusstabilität optimalen Bedingungen (20°C, dunkel, glatte Oberfläche, geringe Luftfeuchtigkeit, hoher aufgetragener Virustiter) können SARS-CoV-2 Viruspartikel bis zu 28 Tage auf glatten Oberflächen infektiös bleiben (280).

In einer vergleichenden Untersuchung konnte keine unterschiedliche Oberflächenstabilität zwischen verschiedenen Virusvarianten festgestellt werden (281).

#### **Stabilität in Aerosolen**

Unter Laborbedingungen waren in künstlich generierten und mit SARS-CoV-2 angereicherten Aerosolen vermehrungsfähige Viren auch nach drei Stunden noch nachweisbar (267, 282) (siehe Abschnitt 2 „Übertragungswege“).

#### **Stabilität in Flüssigkeiten**

In Flüssigkeiten weist das Virus eine relativ hohe Beständigkeit bei unterschiedlichen Temperaturen auf. Neben der verwendeten Flüssigkeit bedingt die Konzentration der Viruspartikel, aber auch die Eigenschaften einzelner Virusvariationen und nicht zuletzt die Untersuchungsmethode Unterschiede in der ermittelten Temperaturbeständigkeit. Untersuchungen zu SARS-CoV-2 in flüssigem Nährmedium haben gezeigt, dass bei 4 °C noch nach 14 Tagen infektiöses Virus nachweisbar war, wohingegen bei 70 °C das Virus innerhalb von 5 Minuten inaktiviert war (278). In mit SARS-CoV-2 versehenem menschlichen Nasensekret und Auswurf lag die Virushalbwertszeit bei 4 °C bei maximal 7 Stunden und bei Raumtemperatur bei maximal 3,7 Stunden (283).

#### **UV-Beständigkeit**

Zu einer inaktivierenden Wirkung von UV-Licht liegen unterschiedliche Daten zu SARS-CoV vor. Bei Anschmutzung kann das Virus durch kurzweilige UV-C-Strahlung nur geringfügig inaktiviert werden (269, 284). Eine Virussuspension von SARS-CoV-2 ohne Proteinbelastung konnte unter experimentellen Bedingungen durch UV-C-Strahlung bei einem Abstand von 3 cm innerhalb von 9 Minuten inaktiviert werden (285).

In einem Laborexperiment wurden SARS-CoV-2-haltige Aerosole aus künstlichem Speichel und aus Zellkulturmedium generiert und simuliertem Sonnenlicht mit UV-A- und UV-B-Spektrum ausgesetzt. Das Virus wurde bei starker Bestrahlung (vergleichbar mit direktem, intensiven Sommersonnenlicht im Freien) im Durchschnitt innerhalb von 8 Minuten bis zu 90 % inaktiviert, wohingegen das Virus ohne den Einfluss von simuliertem Sonnenlicht (Innenraumbedingungen) erst nach 286 Minuten zu 90% inaktiviert vorlag (282).

## **Literatur**

1. Wang CC, Prather KA, Sznitman J, Jimenez JL, Lakdawala SS, Tufekci Z, et al. Airborne transmission of respiratory viruses. *Science*. 2021;373(6558).
2. Asadi S, Wexler AS, Cappa CD, Barreda S, Bouvier NM, Ristenpart WD. Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Sci Rep*. 2019;9(1):2348.

3. Asadi S, Wexler AS, Cappa CD, Barreda S, Bouvier NM, Ristenpart WD. Effect of voicing and articulation manner on aerosol particle emission during human speech. *PLoS one*. 2020;15(1):e0227699.
4. Hartmann A, Lange J, Rotheudt H, Kriegel M. Emission rate and particle size of bioaerosols during breathing, speaking and coughing. 2020.
5. Dbouk T, Drikakis D. On coughing and airborne droplet transmission to humans. *Physics of Fluids*. 2020;32(5):053310.
6. Edwards DA, Ausiello D, Salzman J, Devlin T, Langer R, Beddingfield BJ, et al. Exhaled aerosol increases with COVID-19 infection, age, and obesity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2021;118(8):e2021830118.
7. Liu L, Li Y, Nielsen PV, Wei J, Jensen RL. Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people. *Indoor air*. 2017;27(2):452-62.
8. Cheng Y, Ma N, Witt C, Rapp S, Wild PS, Andreae MO, et al. Face masks effectively limit the probability of SARS-CoV-2 transmission. *Science*. 2021:eabg6296.
9. Hamner L, Dubbel P, Capron I, Ross A, Jordan A, Lee J, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice - Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(19):606-10.
10. Streeck H, Schulte B, Kümmerer BM, Richter E, Höller T, Fuhrmann C, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. *Nature communications*. 2020;11(1):5829.
11. Guenther T C-SM, Indenbirken D et al. Investigation of a superspreading event preceding the largest meat processing plant-related SARS-Coronavirus 2 outbreak in Germany (July 17, 2020) 2020 [updated 23.07.2020. Available from: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3654517](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3654517).
12. Umweltbundesamt. Das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 in Innenräumen lässt sich durch geeignete Lüftungsmaßnahmen reduzieren. 2020.
13. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Factsheet for health professionals on Coronaviruses European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/factsheet-health-professionals-coronaviruses>.
14. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England journal of medicine*. 2020.
15. Liu Y, Li T, Deng Y, Liu S, Zhang D, Li H, et al. Stability of SARS-CoV-2 on environmental surfaces and in human excreta. *The Journal of hospital infection*. 2021;107:105-7.
16. Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerging microbes & infections*. 2020;9(1):386-9.
17. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1708-20.
18. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*. 2020;158(6):1831-3.e3.
19. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020;323(18):1843-4.
20. Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(8).
21. Zhou Y, Zeng Y, Tong Y, Chen C. Ophthalmologic evidence against the interpersonal transmission of 2019 novel coronavirus through conjunctiva. *MedRxiv*. 2020.
22. Takla A, Matysiak-Klose D, Bogdan C, Harder T, Ledig T, Neufeind J, et al. Empfehlung und Begründung der STIKO zur Impfung gegen COVID-19 von Schwangeren und Stillenden. 2021(38):10-29.
23. Deniz M, Tezer H. Vertical transmission of SARS CoV-2: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020:1-8.
24. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease->

covid-19-pregnancy-and-childbirth.

25. Aktualisierte Stellungnahme von DGPM, DGGG, DGPGM, DGPI, GNPI und NSK zu SARS-CoV-2/COVID-19 und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Stand 02.10.2020) 2020 [Available from: <https://dgpi.de/aktualisierte-stellungnahme-von-dgpm-dggg-dgpgm-dgpi-und-gnpi-zu-sars-cov-2-covid-19-und-schwangerschaft-geburt-und-wochenbett-stand-30-06-2020/>].
26. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine*. 2020;26(5):672-5.
27. Ferretti L, Wymant C, Kendall M, Zhao L, Nurtay A, Abeler-Dörner L, et al. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*. 2020;368(6491).
28. Bohmer MM, Buchholz U, Corman VM, Hoch M, Katz K, Marosevic DV, et al. Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series. *The Lancet Infectious diseases*. 2020.
29. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(17).
30. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws M-L, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2020:2020.05.10.20097543.
31. Eyre DW, Taylor D, Purver M, Chapman D, Fowler T, Pouwels KB, et al. The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission. *medRxiv*. 2021:2021.09.28.21264260.
32. Keehner J, Horton LE, Pfeffer MA, Longhurst CA, Schooley RT, Currier JS, et al. SARS-CoV-2 Infection after Vaccination in Health Care Workers in California. *The New England journal of medicine*. 2021;384(18):1774-5.
33. McAloon C, Collins Á, Hunt K, Barber A, Byrne AW, Butler F, et al. Incubation period of COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis of observational research. *BMJ Open*. 2020;10(8):e039652.
34. Homma Y, Katsuta T, Oka H, Inoue K, Toyoshima C, Iwaki H, et al. The incubation period of the SARS-CoV-2 B.1.1.7 variant is shorter than that of other strains. *The Journal of infection*. 2021;83(2):e15-e7.
35. Li B, Deng A, Li K, Hu Y, Li Z, Xiong Q, et al. Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. *medRxiv*. 2021:2021.07.07.21260122.
36. Ali ST, Wang L, Lau EHY, Xu XK, Du Z, Wu Y, et al. Serial interval of SARS-CoV-2 was shortened over time by nonpharmaceutical interventions. *Science*. 2020;369(6507):1106-9.
37. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *Annals of internal medicine*. 2020;173(5):362-7.
38. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2020;17(9):e1003346.
39. Takahashi T, Ellingson MK, Wong P, Israelow B, Lucas C, Klein J, et al. Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. *Nature*. 2020.
40. Ortolan A, Lorenzin M, Felicetti M, Doria A, Ramonda R. Does gender influence clinical expression and disease outcomes in COVID-19? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020;99:496-504.
41. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;370:m3320.
42. Schilling J, Lehfeld AS, Schumacher D, Ullrich A, al DMe. Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz. *Journal of Health Monitoring*. 2020;5(S11):2-20.
43. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siaty DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-

- moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 2020.
44. Yan CH, Faraji F, Prajapati DP, Ostrander BT, DeConde AS. Self-reported olfactory loss associates with outpatient clinical course in Covid-19. *International forum of allergy & rhinology*. 2020.
45. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2020:194599820926473.
46. Sardu C, Gambardella J, Morelli MB, Wang X, Marfella R, Santulli G. Hypertension, Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(5).
47. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2020.
48. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory medicine*. 2020;8(5):475-81.
49. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020;323(16):1574-81.
50. Rieg S, von Cube M, Kalbhenn J, Utzolino S, Pernice K, Bechet L, et al. COVID-19 in-hospital mortality and mode of death in a dynamic and non-restricted tertiary care model in Germany. *medRxiv*. 2020:2020.07.22.20160127.
51. Berlit Pea. Neurologische Manifestationen bei COVID-19, S1-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg). 2021; Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. (Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 23.03.2021)).
52. Mao R, Qiu Y, He J-S, Tan J-Y, Li X-H, Liang J, et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*.
53. Tian Y, Rong L, Nian W, He Y. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2020;51(9):843-51.
54. Szekely Y, Lichter Y, Taieb P, Banai A, Hochstadt A, Merdler I, et al. The Spectrum of Cardiac Manifestations in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - a Systematic Echocardiographic Study. *Circulation*. 2020.
55. chen d, Li X, song q, Hu C, Su F, Dai J. Hypokalemia and Clinical Implications in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *medRxiv*. 2020:2020.02.27.20028530.
56. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*; 2020; 395(10223):497-506. 2020.
57. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiology*. 2020.
58. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020.
59. Long B, Brady WJ, Koefman A, Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020.
60. Kollias A, Kyriakoulis KG, Dimakakos E, Poulakou G, Stergiou GS, Syrigos K. Thromboembolic risk and anticoagulant therapy in COVID-19 patients: Emerging evidence and call for action. *British journal of haematology*. 2020.
61. Zhou B, She J, Wang Y, Ma X. Venous thrombosis and arteriosclerosis



- obliterans of lower extremities in a very severe patient with 2019 novel coronavirus disease: a case report. *Journal of thrombosis and thrombolysis*. 2020.
62. Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MCA, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2020.
63. Beun R, Kusadasi N, Sikma M, Westerink J, Huisman A. Thromboembolic events and apparent heparin resistance in patients infected with SARS-CoV-2. *International journal of laboratory hematology*. 2020.
64. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10229):1054-62.
65. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet (London, England)*. 2020.
66. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. *Kidney International*. 2020.
67. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020.
68. Diao B, Feng Z, Wang C, Wang H, Liu L, Wang C, et al. Human Kidney is a Target for Novel Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection. *MedRxiv*. 2020.
69. Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;97(5):829-38.
70. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *The BMJ*. 2020;368.
71. Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C, Voshaar T, Malzahn J, Schillinger G, et al. Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020.
72. Mazzotta F, Troccoli T. Acute acro-ischemia in the child at the time of COVID-19. *European Journal Of Pediatric Dermatology - pd online, Monday's case*. 2020;4.
73. Estebanez A, Perez-Santiago L, Silva E, Guillen-Climent S, Garcia-Vazquez A, Ramon MD. Cutaneous manifestations in COVID-19: a new contribution. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
74. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020.
75. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G, Pigatto P, Monfrecola G, Piraccini BM, et al. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020.
76. Henry D, Ackerman M, Sancelme E, Finon A, Esteve E. Urticarial eruption in COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
77. Piccolo V, Neri I, Filippeschi C, Oranges T, Argenziano G, Battarra VC, et al. Chilblain-like lesions during COVID-19 epidemic: a preliminary study on 63 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
78. Landa N, Mendieta-Eckert M, Fonda-Pascual P, Aguirre T. Chilblain-like lesions on feet and hands during the COVID-19 Pandemic. *International journal of dermatology*. 2020.
79. Kolvras A, Dehavay F, Delplace D, Feoli F, Meiers I, Milone L, et al. Coronavirus (COVID-19) infection-induced chilblains: a case report with histopathological findings. *JAAD Case Reports*. 2020.
80. Alramthan A, Aldaraji W. A case of COVID-19 presenting in clinical picture resembling chilblains disease. First report from the Middle East. *Clinical and experimental dermatology*. 2020.
81. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatric pulmonology*. 2020.

82. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* (London, England). 2020.
83. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020.
84. Lippi G, Plebani M. Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2020.
85. Lai C-C, Wang C-Y, Hsueh P-R. Co-infections among patients with COVID-19: the need for combination therapy with non-anti-SARS-CoV-2 agents? *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020.
86. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, MacFadden DR, et al. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*. 2020;26(12):1622-9.
87. Groff D, Sun A, Ssentongo AE, Ba DM, Parsons N, Poudel GR, et al. Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA network open*. 2021;4(10):e2128568.
88. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ global health*. 2021;6(9).
89. Akbarialiabad H, Taghrir MH, Abdollahi A, Ghahramani N, Kumar M, Paydar S, et al. Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *Infection*. 2021:1-24.
90. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA network open*. 2021;4(5):e2111417-e.
91. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*. 2021;27(4):601-15.
92. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *Jama*. 2020;324(6):603-5.
93. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Social science & medicine* (1982). 2021;268:113426.
94. Zimmermann P, Pittet LF, Curtis N. How Common Is Long COVID in Children and Adolescents? *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2021.
95. NICE. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 (NICE Guideline NG188). 2020 18. Dezember 2020.
96. Koczulla A, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Böing S, Brinkmann F, Franke C, Glöckl R, Gogoll C, Hummel, Kronsbein, J, Maibaum, T, Peters, EMJ, Pfeifer, M, Platz, T, P, M, Pongratz, G, Powitz, F, Rabe, KF, Scheibenbogen C, Stallmach, A, Stegbauer, M W, HO, Waller, C, Wirtz, H, Zeiher, A, Zwick, R. S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID AWMF Online Register Nr 020/027. 2021.
97. Gogoll C, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Brinkmann F, Hummel T, Koczulla, AR K, J, Maibaum, T, Peters, EMJ, Platz, T, Pletz, M, Pongratz, G, Powitz, F R, KF, Reißhauer, A, Scheibenbogen C, Schüller, PO, Stallmach, A, Stegbauer, M W, HO, Wirtz, H, Zeiher, A. Patientenleitlinie "Post-COVID/Long-COVID". AMWF. 2021;1. Ausgabe.
98. (WHO) WHO. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. 2021.
99. Nittas V, Puhan, M. Long COVID: Evolving Definitions, Burden of Disease and Socio-Economic Consequences. Report to the Swiss Federal Office of Public Health. 2021.
100. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, Graham MS, Penfold RS, Bowyer RC, et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*. 2021;27(4):626-31.
101. Augustin M, Schommers P, Stecher M, Dewald F, Gieselmann L, Gruell H, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021;6.
102. (ONS) OfNS. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-

- 19) infection in the UK: 1 April 2021. 2021.
103. Molteni E, Sudre CH, Canas LS, Bhopal SS, Hughes RC, Antonelli M, et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *The Lancet Child & adolescent health*. 2021;5(10):708-18.
104. Miller F, Nguyen V, Navaratnam AMD, Shrotri M, Kovar J, Hayward AC, et al. Prevalence of persistent symptoms in children during the COVID-19 pandemic: evidence from a household cohort study in England and Wales. *medRxiv*. 2021:2021.05.28.21257602.
105. (ONS) OfNS. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 7 October 2021. 2021.
106. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Author Correction: Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine*. 2020;26(9):1491-3.
107. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020.
108. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *The New England journal of medicine*. 2020.
109. Xia W, Liao J, Li C, Li Y, Qian X, Sun X, et al. Transmission of corona virus disease 2019 during the incubation period may lead to a quarantine loophole. *MedRxiv*. 2020.
110. Kasper MR, Geibe JR, Sears CL, Riegodedios AJ, Luse T, Von Thun AM, et al. An Outbreak of Covid-19 on an Aircraft Carrier. *New England Journal of Medicine*. 2020.
111. Letizia AG, Ramos I, Obla A, Goforth C, Weir DL, Ge Y, et al. SARS-CoV-2 Transmission among Marine Recruits during Quarantine. *The New England journal of medicine*. 2020.
112. Moghadas SM, Fitzpatrick MC, Sah P, Pandey A, Shoukat A, Singer BH, et al. The implications of silent transmission for the control of COVID-19 outbreaks. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2020;117(30):17513-5.
113. Kampen JJA, Vijver DAM, Fraaij PLA, Haagmans BL, Lamers MM, Okba N, et al. Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. *medrxiv*. 2020:10.1101.
114. Kujawski SA, Wong KK, Collins JP, Epstein L, Killerby ME, Midgley CM, et al. Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature medicine*. 2020.
115. Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
116. National, Centre for Infectious Diseases and Chapter of Infectious Disease Physicians / Academy of Medicine in Singapore Position Statement: Period of Infectivity to Inform Strategies for De-isolation for COVID-19 Patients 2020 [Available from: [https://www.ams.edu.sg/view-pdf.aspx?file=media%5C5556\\_fi\\_331.pdf&ofile=Period+of+Infectivity+Position+Statement+\(final\)+23-5-20+\(logos\).pdf](https://www.ams.edu.sg/view-pdf.aspx?file=media%5C5556_fi_331.pdf&ofile=Period+of+Infectivity+Position+Statement+(final)+23-5-20+(logos).pdf)].
117. Liu W-D, Chang S-Y, Wang J-T, Tsai M-J, Hung C-C, Hsu C-L, et al. Prolonged virus shedding even after seroconversion in a patient with COVID-19. *The Journal of infection*. 2020;81(2):318-56.
118. Aydillo T, Gonzalez-Reiche AS, Aslam S, van de Guchte A, Khan Z, Obla A, et al. Shedding of Viable SARS-CoV-2 after Immunosuppressive Therapy for Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2020.
119. Zheng S, Fan J, Yu F, Feng B, Lou B, Zou Q, et al. Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;369:m1443-m.
120. Kim M-C, Cui C, Shin K-R, Bae J-Y, Kweon O-J, Lee M-K, et al. Duration of Culturable SARS-CoV-2 in Hospitalized Patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2021.
121. Korea, Centers for Disease Control and Prevention. Findings from

- investigation and analysis of re-positive cases 2020 [Available from: [https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=&bid=0030&act=view&list\\_no=367267&nPage=1](https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=&bid=0030&act=view&list_no=367267&nPage=1)].
122. Singanayagam A, Patel M, Charlett A, Lopez Bernal J, Saliba V, Ellis J, et al. Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020;25(32).
123. Koff AG, Laurent-Rolle M, Hsu JC-C, Malinis M. Prolonged incubation of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a patient on rituximab therapy. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020:1-2.
124. Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerging Infectious Disease journal*. 2020;26(8):1920.
125. Jeong HW, Kim SM, Kim HS, Kim YI, Kim JH, Cho JY, et al. Viable SARS-CoV-2 in various specimens from COVID-19 patients. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2020;26(11):1520-4.
126. Xu K, Chen Y, Yuan J, Yi P, Ding C, Wu W, et al. Factors associated with prolonged viral RNA shedding in patients with COVID-19. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
127. Ruehe B OD, Nitsche A, Haas W, Stolaroff-Pepin A, Eckmanns T, Abu Sin M, van der Toorn W, Jenny M, Mielke M, Herzog C, Wieler LH. Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19. *Epidemiologisches Bulletin*. 2020;39:3-11.
128. Chen J, Qi T, Liu L, Ling Y, Qian Z, Li T, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *Journal of Infection*. 2020;80(5):e1-e6.
129. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;369:m1985.
130. Dreher M, Kersten A, Bickenbach J, Balfanz P, Hartmann B, Cornelissen C, et al. Charakteristik von 50 hospitalisierten COVID-19-Patienten mit und ohne ARDS. *Dtsch Arztebl International*. 2020;117(16):271-8.
131. Li X, Ma X. Acute respiratory failure in COVID-19: is it "typical" ARDS? *Critical Care*. 2020;24(1):198.
132. ISARIC. International Severe Acute Respiratory and Emerging Infections Consortium COVID-19 Report: 13 July 2020. 2020 02.09.2020.
133. Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Eine höhere Letalität und lange Beatmungsdauer unterscheiden COVID-19 von schwer verlaufenden Atemwegsinfektionen in Grippewellen. 2020(41):3-10.
134. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(6):669-77.
135. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological Characteristics of COVID-19: A Systemic Review and Meta-Analysis. *medRxiv*. 2020:2020.04.01.20050138.
136. Schilling J, Tolksdorf K, Marquis A, Faber M, Pfoch T, Buda S, et al. Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2021;64(9):1093-106.
137. Mostert C, Hentschker C, Scheller-Kreinsen D, Günster C, Malzahn J, Klauber J. Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, editors. *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 277-306.
138. King C, Sahjwani D, Brown AW, Feroz S, Cameron P, Osborn E, et al. Outcomes of Mechanically Ventilated Patients with COVID-19 Associated Respiratory Failure. *medRxiv*. 2020:2020.07.16.20155580.

139. Dimpfl T, Sönksen J, Bechmann I, Grammig J. Estimation of the SARS-CoV-2 infection fatality rate in Germany. medRxiv. 2021:2021.01.26.21250507.
140. Staerk C, Wistuba T, Mayr A. Estimating effective infection fatality rates during the course of the COVID-19 pandemic in Germany 2021.
141. Neuhauser H, Buttman- Schweiger N, Ellert U, Fiebig J, Hövener C, Offergeld R, et al. Seroepidemiologische Studien zu SARS-CoV-2 in Stichproben der Allgemeinbevölkerung und bei Blutspenderinnen und Blutspendern in Deutschland – Ergebnisse bis August 2021. *Epid Bull.* 2021(37):3-12.
142. Dougan M, Nirula A, Azizad M, Mocherla B, Gottlieb RL, Chen P, et al. Bamlanivimab plus Etesevimab in Mild or Moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine.* 2021;385(15):1382-92.
143. Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T, Ali S, Gao H, Bhore R, et al. REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *New England Journal of Medicine.* 2020;384(3):238-51.
144. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Weekly* 2020. 2020.
145. Cunningham JW, Vaduganathan M, Claggett BL, Jering KS, Bhatt AS, Rosenthal N, et al. Clinical Outcomes in Young US Adults Hospitalized With COVID-19. *JAMA internal medicine.* 2020.
146. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco induced diseases.* 2020;18:20.
147. Adams SH, Park MJ, Schaub JP, Brindis CD, Irwin CE, Jr. Medical Vulnerability of Young Adults to Severe COVID-19 Illness—Data From the National Health Interview Survey. *Journal of Adolescent Health.* 2020;67(3):362-8.
148. Treskova-Schwarzbach M, Haas L, Reda S, Pilic A, Borodova A, Karimi K, et al. Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. *BMC medicine.* 2021;19(1):212.
149. Malle L, Gao C, Hur C, Truong HQ, Bouvier NM, Percha B, et al. Individuals with Down syndrome hospitalized with COVID-19 have more severe disease. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics.* 2020.
150. Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Hemingway H, Hippisley-Cox J. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study Of 8 Million Adults. *Annals of internal medicine.* 2020.
151. Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the Effect of Age on the Transmission of SARS-CoV-2 in Households, Schools, and the Community. *The Journal of infectious diseases.* 2020;223(3):362-9.
152. Thompson HA, Mousa A, Dighe A, Fu H, Arnedo-Pena A, Barrett P, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Setting-specific Transmission Rates: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases.* 2021.
153. Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM, Jr., Halloran ME, Dean NE. Household Transmission of SARS-CoV-2: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open.* 2020;3(12):e2031756.
154. Viner RM, Mytton OT, Bonell C, Melendez-Torres GJ, Ward J, Hudson L, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adolescents Compared With Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics.* 2020.
155. DJI & RKI. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie - 2. Quartalsbericht(IV/2020). 2020.
156. Dawood FS, Porucznik CA, Veguilla V, Stanford JB, Duque J, Rolfes MA, et al. Incidence Rates, Household Infection Risk, and Clinical Characteristics of SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adults in Utah and New York City, New York. *JAMA pediatrics.* 2021.
157. Meuris C, Kremer C, Geerinck A, Locquet M, Bruyère O, Defêche J, et al. Transmission of SARS-CoV-2 After COVID-19 Screening and Mitigation Measures for Primary School Children Attending School in Liège, Belgium. *JAMA network open.* 2021;4(10):e2128757-e.

158. Wieler LH, Häcker G. Warum müssen wir Kinder vor einer SARS-CoV-2-Infektion schützen? *2021*(46):3-9.
159. Loenenbach A, Markus I, Lehfeld A-S, an der Heiden M, Haas W, Kiegele M, et al. SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 susceptibility and infectiousness of children and adults deduced from investigations of childcare centre outbreaks, Germany, 2021. *Eurosurveillance*. 2021;26(21):2100433.
160. Andeweg SP, Vennema H, Veldhuijzen I, Smorenburg N, Schmitz D, Zwagemaker F, et al. Increased risk of infection with SARS-CoV-2 Beta, Gamma, and Delta variant compared to Alpha variant in vaccinated individuals. *medRxiv*. 2021:2021.11.24.21266735.
161. Head JR, Andrejko KL, Remais JV. Model-based assessment of SARS-CoV-2 Delta variant transmission dynamics within partially vaccinated K-12 school populations. *medRxiv : the preprint server for health sciences*. 2021:2021.08.20.21262389.
162. Dattner I, Goldberg Y, Katriel G, Yaari R, Gal N, Miron Y, et al. The role of children in the spread of COVID-19: Using household data from Bnei Brak, Israel, to estimate the relative susceptibility and infectivity of children. *PLOS Computational Biology*. 2021;17(2):e1008559.
163. Park YJ, Choe YJ, Park O, Park SY, Kim Y-M, Kim J, et al. Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerging Infectious Disease journal*. 2020;26(10).
164. Jing QL, Liu MJ, Zhang ZB, Fang LQ, Yuan J, Zhang AR, et al. Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. *The Lancet Infectious diseases*. 2020.
165. Lyngse FP, Mølbak K, Skov RL, Christiansen LE, Mortensen LH, Albertsen M, et al. Increased Transmissibility of SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 by Age and Viral Load: Evidence from Danish Households. *medRxiv*. 2021:2021.04.16.21255459.
166. Lyngse FP, Kirkeby CT, Halasa T, Andreassen V, Skov RL, Møller FT, et al. COVID-19 Transmission Within Danish Households: A Nationwide Study from Lockdown to Reopening. *medRxiv*. 2020:2020.09.09.20191239.
167. Euser S, Aronson S, Manders I, van Lelyveld S, Herpers B, Sinnige J, et al. SARS-CoV-2 viral load distribution reveals that viral loads increase with age: a retrospective cross-sectional cohort study. *medRxiv*. 2021:2021.01.15.21249691.
168. Kociolek LK, Muller WJ, Yee R, Dien Bard J, Brown CA, Revell PA, et al. Comparison of Upper Respiratory Viral Load Distributions in Asymptomatic and Symptomatic Children Diagnosed with SARS-CoV-2 Infection in Pediatric Hospital Testing Programs. *Journal of clinical microbiology*. 2020;59(1).
169. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2020.
170. Lou L, Zhang H, Tang B, Li M, Li Z, Cao H, et al. Clinical characteristics of COVID-19 in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2021:2021.03.12.21253472.
171. Waterfield T, Watson C, Moore R, Ferris K, Tonry C, Watt A, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in children: a prospective multicentre cohort study. *Archives of Disease in Childhood*. 2020:archdischild-2020-320558.
172. Zhen-Dong Y, Gao-Jun Z, Run-Ming J, Zhi-Sheng L, Zong-Qi D, Xiong X, et al. Clinical and Transmission Dynamics Characteristics of 406 Children with Coronavirus Disease 2019 in China: A Review. *Journal of Infection*. 2020.
173. Bellino S, Punzo O, Rota MC, Del Manso M, Urdiales AM, Andrianou X, et al. COVID-19 Disease Severity Risk Factors for Pediatric Patients in Italy. *Pediatrics*. 2020:e2020009399.
174. Fontanet A, Grant R, Tondeur L, Madec Y, Grzelak L, Cailleau I, et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. *medRxiv*. 2020:2020.06.25.20140178.
175. DJI & RKI. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie - 1. Quartalsbericht (III/2020). 2020.
176. Corona-KiTa-Studie A. 4. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (II/2021). DJI. 2021.
177. Patel NA. Pediatric COVID-19: Systematic review of the literature. *American*

Journal of Otolaryngology. 2020;41(5):102573.

178. Viner RM, Ward JL, Hudson LD, Ashe M, Patel SV, Hargreaves D, et al. Systematic review of reviews of symptoms and signs of COVID-19 in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*. 2020;archdischild-2020-320972.
179. Hurst JH, Heston SM, Chambers HN, Cunningham HM, Price MJ, Suarez L, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infections Among Children in the Biospecimens from Respiratory Virus-Exposed Kids (BRAVE Kids) Study. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
180. Otte im Kampe E, Lehfeld A-S, Buda S, Buchholz U, Haas W. Surveillance of COVID-19 school outbreaks, Germany, March to August 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(38):2001645.
181. Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julián A, Lanaspá M, Lancella L, Calò Carducci FI, et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020.
182. Armann JP, Simon A, Diffloth N, Doenhardt M, Hufnagel M, Trotter A, et al. Hospitalisierungen von Kindern und Jugendlichen mit COVID-19. *Dtsch Arztebl International*. 2020;117(21):373-4.
183. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics*. 2020.
184. Team CC-R. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(14):422-6.
185. Streng A, Hartmann K, Armann J, Berner R, Liese J. COVID-19 bei hospitalisierten Kindern und Jugendlichen: Ein systematischer Review zu publizierten Fallserien (Stand 31.03. 2020) und erste Daten aus Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 1.
186. Ong JS, Tosoni A, Kim Y, Kissoon N, Murthy S. Coronavirus Disease 2019 in Critically Ill Children: A Narrative Review of the Literature. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2020.
187. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment: Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS -CoV-2 infection in children [webpage]. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).; 2020 [updated 15.05.2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-and-sars-cov-2-rapid-risk-assessment>.
188. ECDC. Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children. ECDC; 2020.
189. Hoste L, Van Paemel R, Haerynck F. Multisystem inflammatory syndrome in children related to COVID-19: a systematic review. *European journal of pediatrics*. 2021.
190. Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, Rosenthal EM, Muse A, Rowlands J, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *New England Journal of Medicine*. 2020.
191. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *New England Journal of Medicine*. 2020.
192. Jiang L, Tang K, Levin M, Irfan O, Morris SK, Wilson K, et al. COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(11):e276-e88.
193. Kaushik A, Gupta S, Sood M, Sharma S, Verma S. A Systematic Review of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With SARS-CoV-2 Infection. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2020;39(11).
194. Kellam P, Barclay W. The dynamics of humoral immune responses following SARS-CoV-2 infection and the potential for reinfection. *The Journal of general virology*. 2020.
195. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020.

196. Okba NMA, Müller MA, Li W, Wang C, GeurtsvanKessel CH, Corman VM, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2-Specific Antibody Responses in Coronavirus Disease 2019 Patients. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(7).
197. Rodda LB, Netland J, Shehata L, Pruner KB, Morawski PA, Thouvenel CD, et al. Functional SARS-CoV-2-Specific Immune Memory Persists after Mild COVID-19. *Cell*. 2020.
198. Wajnberg A, Amanat F, Firpo A, Altman DR, Bailey MJ, Mansour M, et al. Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months. *Science*. 2020;370(6521):1227-30.
199. Wagner A, Guzek A, Ruff J, Jasinska J, Scheikl U, Zwazl I, et al. A longitudinal seroprevalence study in a large cohort of working adults reveals that neutralising SARS-CoV-2 RBD-specific antibodies persist for at least six months independent of the severity of symptoms. *medRxiv*. 2020:2020.12.22.20248604.
200. Lau EHY, Tsang OTY, Hui DSC, Kwan MYW, Chan W-h, Chiu SS, et al. Neutralizing antibody titres in SARS-CoV-2 infections. *Nature communications*. 2021;12(1):63.
201. Muecksch F, Wise H, Batchelor B, Squires M, Semple E, Richardson C, et al. Longitudinal analysis of serology and neutralizing antibody levels in COVID19 convalescents. *The Journal of infectious diseases*. 2020.
202. Seow J, Graham C, Merrick B, Acors S, Pickering S, Steel KJA, et al. Longitudinal observation and decline of neutralizing antibody responses in the three months following SARS-CoV-2 infection in humans. *Nature Microbiology*. 2020.
203. Ward H, Cooke G, Atchison C, Whitaker M, Elliott J, Moshe M, et al. Declining prevalence of antibody positivity to SARS-CoV-2: a community study of 365,000 adults. *medRxiv*. 2020:2020.10.26.20219725.
204. Braun J, Loyal L, Frensch M, Wendisch D, Georg P, Kurth F, et al. SARS-CoV-2-reactive T cells in healthy donors and patients with COVID-19. *Nature*. 2020;587(7833):270-4.
205. Grifoni A, Weiskopf D, Ramirez SI, Mateus J, Dan JM, Moderbacher CR, et al. Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals. *Cell*. 2020.
206. Le Bert N, Tan AT, Kunasegaran K, Tham CYL, Hafezi M, Chia A, et al. SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls. *Nature*. 2020;584(7821):457-62.
207. Ni L, Ye F, Cheng ML, Feng Y, Deng YQ, Zhao H, et al. Detection of SARS-CoV-2-Specific Humoral and Cellular Immunity in COVID-19 Convalescent Individuals. *Immunity*. 2020.
208. Zuo J, Dowell A, Pearce H, Verma K, Long H, Begum J, et al. Robust SARS-CoV-2-specific T-cell immunity is maintained at 6 months following primary infection. *bioRxiv*. 2020:2020.11.01.362319.
209. Sekine T, Perez-Potti A, Rivera-Ballesteros O, Strålin K, Gorin J-B, Olsson A, et al. Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19. *Cell*. 2020.
210. Tan AT, Linster M, Tan CW, Le Bert N, Chia WN, Kunasegaran K, et al. Early induction of SARS-CoV-2 specific T cells associates with rapid viral clearance and mild disease in COVID-19 patients. *bioRxiv*. 2020:2020.10.15.341958.
211. Rydzynski Moderbacher C, Ramirez SI, Dan JM, Grifoni A, Hastie KM, Weiskopf D, et al. Antigen-Specific Adaptive Immunity to SARS-CoV-2 in Acute COVID-19 and Associations with Age and Disease Severity. *Cell*. 2020;183(4):996-1012.e19.
212. Dan JM, Mateus J, Kato Y, Hastie KM, Yu ED, Faliti CE, et al. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. *Science*. 2021:eabf4063.
213. Sherina N, Piralla A, Du L, Wan H, Kumagai-Braesch M, Andréll J, et al. Persistence of SARS-CoV-2-specific B and T cell responses in convalescent COVID-19 patients 6–8 months after the infection. *Med*. 2021;2(3):281-95.e4.
214. Turner JS, Kim W, Kalaidina E, Goss CW, Rauseo AM, Schmitz AJ, et al. SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. *Nature*. 2021.



215. Kaneko N, Kuo H-H, Boucau J, Farmer JR, Allard-Chamard H, Mahajan VS, et al. Loss of Bcl-6-expressing T follicular helper cells and germinal centers in COVID-19. *Cell*. 2020.
216. Gaebler C, Wang Z, Lorenzi JCC, Muecksch F, Finkin S, Tokuyama M, et al. Evolution of antibody immunity to SARS-CoV-2. *Nature*. 2021.
217. Chevrier S, Zurbuchen Y, Cervia C, Adamo S, Raeber ME, de Souza N, et al. A distinct innate immune signature marks progression from mild to severe COVID-19. *Cell Reports Medicine*. 2020:100166.
218. Bastard P, Rosen LB, Zhang Q, Michailidis E, Hoffmann H-H, Zhang Y, et al. Autoantibodies against type I IFNs in patients with life-threatening COVID-19. *Science*. 2020;370(6515):eabd4585.
219. Golden JW, Cline CR, Zeng X, Garrison AR, Carey BD, Mucker EM, et al. Human angiotensin-converting enzyme 2 transgenic mice infected with SARS-CoV-2 develop severe and fatal respiratory disease. *JCI insight*. 2020.
220. Takahashi T, Ellingson MK, Wong P, Israelow B, Lucas C, Klein J, et al. Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. *Nature*. 2020.
221. Edara V-V, Pinsky BA, Suthar MS, Lai L, Davis-Gardner ME, Floyd K, et al. Infection and Vaccine-Induced Neutralizing-Antibody Responses to the SARS-CoV-2 B.1.617 Variants. *New England Journal of Medicine*. 2021.
222. Ng KW, Faulkner N, Cornish GH, Rosa A, Harvey R, Hussain S, et al. Preexisting and de novo humoral immunity to SARS-CoV-2 in humans. *Science*. 2020:eabe1107.
223. Poston D, Weisblum Y, Wise H, Templeton K, Jenks S, Hatzioannou T, et al. Absence of SARS-CoV-2 neutralizing activity in pre-pandemic sera from individuals with recent seasonal coronavirus infection. *medRxiv*. 2020:2020.10.08.20209650.
224. Bacher P, Rosati E, Esser D, Martini GR, Saggau C, Schiminsky E, et al. Low-Avidity CD4+ T Cell Responses to SARS-CoV-2 in Unexposed Individuals and Humans with Severe COVID-19. *Immunity*. 2020.
225. To KK, Hung IF, Ip JD, Chu AW, Chan WM, Tam AR, et al. COVID-19 re-infection by a phylogenetically distinct SARS-coronavirus-2 strain confirmed by whole genome sequencing. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
226. Van Elslande J, Vermeersch P, Vandervoort K, Wawina-Bokalanga T, Vanmechelen B, Wollants E, et al. Symptomatic SARS-CoV-2 reinfection by a phylogenetically distinct strain. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
227. Prado-Vivar BB-W, M Guadalupe,J . (September 3, 2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3686174> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3686174>  
COVID-19 Re-Infection by a Phylogenetically Distinct SARS-CoV-2 Variant, First Confirmed Event in South America 2020 [updated September 3, 2020. Available from: <https://ssrn.com/abstract=3686174>.
228. Larson D, Brodniak SL, Voegtly LJ, Cer RZ, Glang LA, Malagon FJ, et al. A Case of Early Re-infection with SARS-CoV-2. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
229. Tillett RL, Sevinsky JR, Hartley PD, Kerwin H, Crawford N, Gorzalski A, et al. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. *The Lancet Infectious Diseases*.
230. Selhorst P, Van Ierssel S, Michiels J, Mariën J, Bartholomeeusen K, Dirinck E, et al. Symptomatic SARS-CoV-2 re-infection of a health care worker in a Belgian nosocomial outbreak despite primary neutralizing antibody response. *medRxiv*. 2020:2020.11.05.20225052.
231. Callow KA, Parry HF, Sergeant M, Tyrrell DA. The time course of the immune response to experimental coronavirus infection of man. *Epidemiology and infection*. 1990;105(2):435-46.
232. Edridge AWD, Kaczorowska J, Hoste ACR, Bakker M, Klein M, Loens K, et al. Seasonal coronavirus protective immunity is short-lasting. *Nature medicine*. 2020.
233. Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk EJM, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. *medRxiv*.

2021:2021.01.13.21249642.

234. Lloyd-Smith JO, Schreiber SJ, Kopp PE, Getz WM. Superspreading and the effect of individual variation on disease emergence. *Nature*. 2005;438(7066):355-9.

235. Edwards DA, Man JC, Brand P, Katstra JP, Sommerer K, Stone HA, et al. Inhaling to mitigate exhaled bioaerosols. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2004;101(50):17383.

236. Asadi S, Wexler AS, Cappa CD, Barreda S, Bouvier NM, Ristenpart WD. Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Scientific Reports*. 2019;9(1):2348.

237. Mürbe D, Fleischer M, Lange J, Rotheudt H, Kriegel M. Aerosol emission is increased in professional singing. 2020.

238. Reichert FS, O.; Hartmann, A.; Ruscher, C.; Brinkmann, A.; Grossegeisse, M.; Neumann, M.; Werber, D.; Hausner, M.; Kunze, M.; Weiß, B.; Michel, J.; Nitsche, A.; Kriegel, M.; Corman, V.M.; Jones, T.C.; Drosten, C.; Brommann, T.; Buchholz, U. Analysis of Two Choir Outbreaks in Germany in 2020 Characterizes Long-range Transmission Risks Through SARS-CoV-2. Preprints. 2021;2021060518.

239. Jones TC, Biele G, Muhlemann B, Veith T, Schneider J, Beheim-Schwarzbach J, et al. Estimating infectiousness throughout SARS-CoV-2 infection course. *Science*. 2021.

240. Hartmann A, Mürbe D, Kriegel M, Lange J, Fleischer M. Risikobewertung von Probenräumen für Chöre hinsichtlich virenbeladenen Aerosolen. 2020.

241. (CDC) CfDcAP. Update: outbreak of severe acute respiratory syndrome--worldwide, 2003. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2003;52(13):269-72.

242. Yu ITS, Li Y, Wong TW, Tam W, Chan AT, Lee JHW, et al. Evidence of Airborne Transmission of the Severe Acute Respiratory Syndrome Virus. *New England Journal of Medicine*. 2004;350(17):1731-9.

243. Bae S, Kim H, Jung TY, Lim JA, Jo DH, Kang GS, et al. Epidemiological Characteristics of COVID-19 Outbreak at Fitness Centers in Cheonan, Korea. *Journal of Korean medical science*. 2020;35(31):e288.

244. Kumar S, Jha S, Rai SK. Significance of super spreader events in COVID-19. *Indian journal of public health*. 2020;64(Supplement):S139-s41.

245. Shim E, Tariq A, Choi W, Lee Y, Chowell G. Transmission potential and severity of COVID-19 in South Korea. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020;93:339-44.

246. Dyal JW GM, Broadwater K, et al. COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities — 19 States, April 2020 2020 [Available from: [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6918e3.htm?s\\_cid=mm6918e3\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6918e3.htm?s_cid=mm6918e3_w).

247. Shen Y, Li C, Dong H, Wang Z, Martinez L, Sun Z, et al. Community Outbreak Investigation of SARS-CoV-2 Transmission Among Bus Riders in Eastern China. *JAMA internal medicine*. 2020.

248. Muller N, Kunze M, Steitz F, Saad N, Mühlemann B, Beheim-Schwarzbach J, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Outbreak Related to a Nightclub, Germany, 2020. *Emerging Infectious Disease journal*. 2021;27(2).

249. Szablewski CM, Chang KT, Brown MM, Chu VT, Yousaf AR, Anyalechi N, et al. SARS-CoV-2 Transmission and Infection Among Attendees of an Overnight Camp - Georgia, June 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(31):1023-5.

250. Benskin LL. A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency. *Frontiers in public health*. 2020;8:513-.

251. Lanham-New SA, Webb AR, Cashman KD, Buttriss JL, Fallowfield JL, Masud T, et al. Vitamin D and SARS-CoV-2 virus/COVID-19 disease. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*. 2020;3(1):106-10.

252. Panagiotou G, Tee SA, Ihsan Y, Athar W, Marchitelli G, Kelly D, et al. Low serum 25-hydroxyvitamin D (25[OH]D) levels in patients hospitalized with COVID-19 are associated with greater disease severity. *Clinical endocrinology*. 2020;93(4):508-11.

253. Merzon E, Tworowski D, Gorohovski A, Vinker S, Golan Cohen A, Green I, et al. Low plasma 25(OH) vitamin D level is associated with increased risk of COVID-

- 19 infection: an Israeli population-based study. *The FEBS journal*. 2020;287(17):3693-702.
254. Entrenas Castillo M, Entrenas Costa LM, Vaquero Barrios JM, Alcalá Díaz JF, López Miranda J, Bouillon R, et al. "Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study". *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2020;203:105751-.
255. Rastogi A, Bhansali A, Khare N, Suri V, Yaddanapudi N, Sachdeva N, et al. Short term, high-dose vitamin D supplementation for COVID-19 disease: a randomised, placebo-controlled, study (SHADE study). *Postgraduate medical journal*. 2020:postgradmedj-2020-139065.
256. Sistanizad M, Kouchek M, Miri M, Salarian S, Shojaei S, Moeini Vasegh F, et al. High dose vitamin D improves total serum antioxidant capacity and ICU outcome in critically ill patients - A randomized, double-blind clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*. 2021;42:101271.
257. Pereira M, Dantas Damascena A, Galvão Azevedo LM, de Almeida Oliveira T, da Mota Santana J. Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: systematic review and meta-analysis. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2020:1-9.
258. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: vitamin D NICE guideline NG187 2020 [updated 17.12.2020. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ng187](http://www.nice.org.uk/guidance/ng187).
259. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Vitamin D for COVID-19. Evidence reviews for the use of vitamin D supplementation as prevention and treatment of COVID-19 NICE guideline NG187. 2020.
260. Park S, Lee Y, Michelow IC, Choe YJ. Global Seasonality of Human Coronaviruses: A Systematic Review. *Open Forum Infectious Diseases*. 2020;7(11).
261. Moriyama M, Hugentobler WJ, Iwasaki A. Seasonality of Respiratory Viral Infections. *Annual review of virology*. 2020;7(1):83-101.
262. Li Y, Wang X, Nair H. Global Seasonality of Human Seasonal Coronaviruses: A Clue for Postpandemic Circulating Season of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2? *The Journal of infectious diseases*. 2020;222(7):1090-7.
263. Dbouk T, Drikakis D. Fluid dynamics and epidemiology: Seasonality and transmission dynamics. *Physics of Fluids*. 2021;33(2):021901.
264. Nickbakhsh S, Ho A, Marques DFP, McMenamin J, Gunson RN, Murcia PR. Epidemiology of Seasonal Coronaviruses: Establishing the Context for the Emergence of Coronavirus Disease 2019. *The Journal of infectious diseases*. 2020;222(1):17-25.
265. Merow C, Urban MC. Seasonality and uncertainty in global COVID-19 growth rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(44):27456.
266. Burgess S, Ponsford MJ, Gill D. Are we underestimating seroprevalence of SARS-CoV-2? *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;370:m3364.
267. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England journal of medicine*. 2020;382(16):1564-7.
268. Rabenau HF, Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Preiser W, Doerr HW. Stability and inactivation of SARS coronavirus. *Med Microbiol Immunol*. 2005;194(1-2):1-6.
269. Darnell ME, Taylor DR. Evaluation of inactivation methods for severe acute respiratory syndrome coronavirus in noncellular blood products. *Transfusion*. 2006;46(10):1770-7.
270. Wu S, Wang Y, Jin X, Tian J, Liu J, Mao Y. Environmental contamination by SARS-CoV-2 in a designated hospital for coronavirus disease 2019. *American journal of infection control*. 2020;48(8):910-4.
271. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *Jama*. 2020;323(16):1610-2.
272. Cheng VC-C, Wong S-C, Chan VW-M, So SY-C, Chen JH-K, Yip CC-Y, et al. Air and environmental sampling for SARS-CoV-2 around hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Infection control and hospital epidemiology*.

2020:1-8.

273. Ye G, Lin H, Chen S, Wang S, Zeng Z, Wang W, et al. Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *Journal of Infection*. 2020;81(2):e1-e5.
274. Liu P, Yang M, Zhao X, Guo Y, Wang L, Zhang J, et al. Cold-chain transportation in the frozen food industry may have caused a recurrence of COVID-19 cases in destination: Successful isolation of SARS-CoV-2 virus from the imported frozen cod package surface. *Biosafety and Health*. 2020;2(4):199-201.
275. Biryukov J, Boydston JA, Dunning RA, Yeager JJ, Wood S, Reese AL, et al. Increasing Temperature and Relative Humidity Accelerates Inactivation of SARS-CoV-2 on Surfaces. *mSphere*. 2020;5(4).
276. Bueckert M, Gupta R, Gupta A, Garg M, Mazumder A. Infectivity of SARS-CoV-2 and Other Coronaviruses on Dry Surfaces: Potential for Indirect Transmission. *Materials*. 2020;13(22).
277. Harbourt DE, Haddow AD, Piper AE, Bloomfield H, Kearney BJ, Fetterer D, et al. Modeling the stability of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) on skin, currency, and clothing. *PLoS neglected tropical diseases*. 2020;14(11):e0008831-e.
278. Chin AWH, Chu JTS, Perera MRA, Hui KPY, Yen H-L, Chan MCW, et al. Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *The Lancet Microbe*. 2020;1(1):e10.
279. Kasloff SB, Leung A, Strong JE, Funk D, Cutts T. Stability of SARS-CoV-2 on critical personal protective equipment. *Scientific Reports*. 2021;11(1):984.
280. Riddell S, Goldie S, Hill A, Eagles D, Drew TW. The effect of temperature on persistence of SARS-CoV-2 on common surfaces. *Virology Journal*. 2020;17(1):145.
281. Meister TL, Fortmann J, Todt D, Heinen N, Ludwig A, Brüggemann Y, et al. Comparable environmental stability and disinfection profiles of the currently circulating SARS-CoV-2 variants of concern B.1.1.7 and B.1.351. *The Journal of infectious diseases*. 2021.
282. Schuit M, Ratnesar-Shumate S, Yolitz J, Williams G, Weaver W, Green B, et al. Airborne SARS-CoV-2 Is Rapidly Inactivated by Simulated Sunlight. *The Journal of infectious diseases*. 2020;222(4):564-71.
283. Matson MJ, Yinda CK, Seifert S, Bushmaker T, Fischer R, van Doremalen N, et al. Effect of Environmental Conditions on SARS-CoV-2 Stability in Human Nasal Mucus and Sputum. *Emerging Infectious Disease journal*. 2020;26(9):2276.
284. Kariwa H, Fujii N, Takashima I. Inactivation of SARS coronavirus by means of povidone-iodine, physical conditions and chemical reagents. *Dermatology*. 2006;212 Suppl 1:119-23.
285. Heilingloh CS, Aufderhorst UW, Schipper L, Dittmer U, Witzke O, Yang D, et al. Susceptibility of SARS-CoV-2 to UV irradiation. *American journal of infection control*. 2020;48(10):1273-5.

Stand: 26.11.2021



## CORONAVIRUS

## Timing the SARS-CoV-2 index case in Hubei province

Jonathan Pekar<sup>1,2</sup>, Michael Worobey<sup>3\*</sup>, Niema Moshiri<sup>4</sup>, Konrad Scheffler<sup>5</sup>, Joel O. Wertheim<sup>6\*</sup>

Understanding when severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) emerged is critical to evaluating our current approach to monitoring novel zoonotic pathogens and understanding the failure of early containment and mitigation efforts for COVID-19. We used a coalescent framework to combine retrospective molecular clock inference with forward epidemiological simulations to determine how long SARS-CoV-2 could have circulated before the time of the most recent common ancestor of all sequenced SARS-CoV-2 genomes. Our results define the period between mid-October and mid-November 2019 as the plausible interval when the first case of SARS-CoV-2 emerged in Hubei province, China. By characterizing the likely dynamics of the virus before it was discovered, we show that more than two-thirds of SARS-CoV-2-like zoonotic events would be self-limited, dying out without igniting a pandemic. Our findings highlight the shortcomings of zoonosis surveillance approaches for detecting highly contagious pathogens with moderate mortality rates.

In late December of 2019, the first cases of COVID-19, the disease caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), were described in the city of Wuhan in Hubei province, China (1, 2). The virus quickly spread within China (3). The cordon sanitaire that was put in place in Wuhan on 23 January 2020 and mitigation efforts across China eventually brought about an end to sustained local transmission. In March and April 2020, restrictions across China were relaxed (4). By then, however, COVID-19 was a pandemic (5).

A concerted effort has been made to retrospectively diagnose the earliest cases of COVID-19 and thus determine when the virus first began transmitting among humans. Both epidemiological and phylogenetic approaches suggest an emergence of the pandemic in Hubei province at some point in late 2019 (2, 6, 7). The first described cluster of COVID-19 was associated with the Huanan Seafood Wholesale Market in late December 2019, and the earliest sequenced SARS-CoV-2 genomes came from this cluster (8, 9). However, this market cluster is unlikely to have denoted the beginning of the pandemic, as COVID-19 cases from early December lacked connections to the market (7). The earliest such case in the scientific literature is from an individual retrospectively diagnosed on 1 December 2019 (6). Notably, however, newspaper reports document retrospective COVID-19 diagnoses recorded by the Chinese government going back to 17 November 2019 in Hubei province (10).

These reports detail daily retrospective COVID-19 diagnoses through the end of November, suggesting that SARS-CoV-2 was actively circulating for at least a month before it was discovered.

Molecular clock phylogenetic analyses have inferred the time of the most recent common ancestor (tMRCA) of all sequenced SARS-CoV-2 genomes to be in late November or early December 2019, with uncertainty estimates typically dating to October 2019 (7, 11, 12). Crucially, though, this tMRCA is not necessarily equivalent to the date of zoonosis or index case infection (13, 14) because coalescent processes can prune basal viral lineages before they have the opportunity to be sampled, potentially pushing SARS-CoV-2 tMRCA estimates forward in time from the index case by days, weeks, or months. For a point of comparison, consider the zoonotic origins of the HIV-1 pandemic, whose tMRCA in the early 20th century coincided with the urbanization of Kinshasa, in what is now the Democratic Republic of the Congo (15, 16), but whose cross-species transmission from a chimpanzee reservoir occurred in southeast Cameroon, likely predating the tMRCA of sampled HIV-1 genomes by many years (17). Despite this important distinction, the tMRCA has been frequently conflated with the date of the index case infection in the SARS-CoV-2 literature (7, 18, 19).

Here, we combine retrospective molecular clock analysis in a coalescent framework with a forward compartmental epidemiological model to estimate the timing of the SARS-CoV-2 index case in Hubei province. The inferred dynamics during these unobserved early days of SARS-CoV-2 highlight challenges in detecting and preventing nascent pandemics.

We first explored the evolutionary dynamics of the first wave of SARS-CoV-2 infections in China. We used Bayesian phylodynamics (20) to reconstruct the underlying coalescent processes using a Bayesian Skyline approach

for 583 SARS-CoV-2 complete genomes, sampled in China between when the virus was first discovered at the end of December 2019 and the last of the non-reintroduced circulating virus in April 2020. Applying a strict molecular clock, we inferred an evolutionary rate of  $7.90 \times 10^{-4}$  substitutions per site per year [95% highest posterior density (HPD):  $6.64 \times 10^{-4}$  to  $9.27 \times 10^{-4}$ ]. The tMRCA of these circulating strains was inferred to fall within a 34-day window with a mean of 9 December 2019 (95% HPD: 17 November to 20 December) (Fig. 1). This estimate accounts for the many disparate inferred rooting orientations [see supplementary text and (21)]. Notably, 78.7% of the posterior density postdates the earliest published case on 1 December, and 95.1% postdates the earliest reported case on 17 November. Relaxing the molecular clock provides a similar tMRCA estimate, as does applying a Skygrid coalescent approach (fig. S1). The recency of this tMRCA estimate in relation to the earliest documented COVID-19 cases obliges us to consider the possibility that this tMRCA does not capture the index case and that SARS-CoV-2 was circulating in Hubei province before the inferred tMRCA.

If the tMRCA postdates the earliest documented cases, then the earliest diverged SARS-CoV-2 lineages must have gone extinct (Fig. 2). As these early basal lineages disappeared, the tMRCA of the remaining lineages would move forward in time (fig. S2). Thus, we interrogated the posterior trees sampled from the phylodynamic analysis to determine whether this time of coalescence had stabilized before the sequencing of the first SARS-CoV-2 genomes on 24 December 2019 or whether this process of basal lineage loss was ongoing in late December and/or early January. Notably, these basal lineages need not be associated with specific mutations, as the phylodynamic inference reconstructs the coalescent history, not the mutational history (20).

We find only weak evidence for basal lineage loss between 24 December 2019 and 13 January 2020 (fig. S3A). The root tMRCA is within 1 day of the tMRCA of virus sampled on or after 1 January 2020 in 78.5% of posterior samples (fig. S3B). The tMRCA of genomes sampled on or after 1 January 2020 is 3 days later than the tMRCA of all sampled genomes. By contrast, the mean tMRCA does not change when considering genomes sampled on or after 1 January 2020 versus on or after 13 January 2020. This consistency indicates a stabilization of coalescent processes at the start of 2020, when an estimated total of 1000 people had been infected with SARS-CoV-2 in Wuhan (22). Nonetheless, to account for the weak signal of a delay in reaching a stable coalescence (i.e., the point in time at which basal lineages cease to be lost), we identified the tMRCA for all viruses sampled on or after

<sup>1</sup>Bioinformatics and Systems Biology Graduate Program, University of California San Diego, La Jolla, CA 92093, USA.

<sup>2</sup>Department of Biomedical Informatics, University of California San Diego, La Jolla, CA 92093, USA.

<sup>3</sup>Department of Ecology and Evolutionary Biology, University of Arizona, Tucson, AZ 85721, USA.

<sup>4</sup>Department of Computer Science and Engineering, University of California San Diego, La Jolla, CA 92093, USA.

<sup>5</sup>Illumina, Inc., San Diego, CA 92122, USA.

<sup>6</sup>Department of Medicine, University of California San Diego, La Jolla, CA 92093, USA.

\*Corresponding author. Email: worobey@arizona.edu (M.W.);

jwertheim@health.ucsd.edu (J.O.W.)



1 January 2020 (i.e., at the time of stable coalescence) for each tree in the posterior sample.

Phylogenetic analysis alone cannot tell us how long SARS-CoV-2 could have circulated in Hubei province before the tMRCA. To answer this question, we performed forward epidemic simulations (23). These simulations were initiated by a single index case using a compartmental epidemiological model across scale-free contact networks (mean number of contacts: 16). This compartmental model was previously developed to describe SARS-CoV-2 transmission dynamics in Wuhan (22). This model, termed SAPHIRE, includes compartments for susceptible (S), exposed (E), presymptomatic (P), unascertained (A), ascertained (I), hospitalized (H), and removed (R) individuals. Our simulations used parameters from the time period before COVID-19 mitigation efforts, from 1 January through 22 January 2020 (table S1), based on the work of Hao *et al.* (22). We analyzed 1000 epidemic simulations that resulted in  $\geq 1000$  total infected people. These simulated epidemics had a median doubling time of 4.1 days (95% range across simulations: 2.7 to 6.7), matching premitigation incidence trends in Wuhan (table S2).

We simulated coalescent processes across the transmission network to determine the tMRCA of the virus at the end of the simulation. This approach allowed us to determine the distribution of the expected number of days between index case infection and the stable coalescence (i.e., tMRCA) (Fig. 2). The median number of days between index case infection and this tMRCA was 8.0 days (95% range: 0.0 to 41.5 days) (Fig. 3A). The median time between index case infection and the first person exiting the presymptomatic phase (i.e., ascertained or unascertained infection) was 5.7 days (95% range: 0.9 to 15.7 days).

As a robustness check, we also simulated epidemics with more densely and more sparsely connected contact networks (mean: 26 and 10 contacts, respectively), rescaling the per-contact transmission rate to maintain empirical epidemic growth dynamics. We also explored the effects of faster (mean: 3.1 days; 95% range: 2.0 to 5.1 days) and slower (mean: 5.3 days; 95% range: 3.6 to 7.5 days) epidemic doubling times (table S2). Slower transmission rates led to more days between the index case and the stable coalescence, but modifying the density of the contact network had minimal effect on this time interval (fig. S4).

To estimate the date of infection for the index case in Hubei province, we combined the retrospective molecular clock analysis with the forward epidemic simulations (fig. S5). We identified the stable tMRCA in the posterior trees as an anchor to the real-world calendar dates and then extended this date back in time according to the number of days between the index case infection and the time of stable co-

alescence from the compartmental epidemic simulations. However, a random sample of tMRCA and days from index case infection to coalescence will not produce epidemiologically meaningful results because many of these combinations do not precede the earliest dates of reported COVID-19 cases. Therefore, we implemented a rejection sampling-based approach to generate a posterior distribution of dates of infection for the Hubei index case, conditioning on at least one individual who had progressed past the presymptomatic stage in the simulated epidemic before the date of the first reported COVID-19 case (see materials and methods and fig. S6).

In our primary analysis, we assume that 17 November represents the first documented case of COVID-19 (ascertained or unascertained in the SAPHIRE model). Under this assumption, the median number of days between index case infection and stable coalescence after rejection sampling is 37 days (95% HPD: 12 to 55 days) (Fig. 3B). Consequently, the index case in Hubei likely contracted SARS-CoV-2 on or around 4 November 2019 (95% upper HPD: 15 October; 99% upper HPD: 7 October) (Fig. 3C).

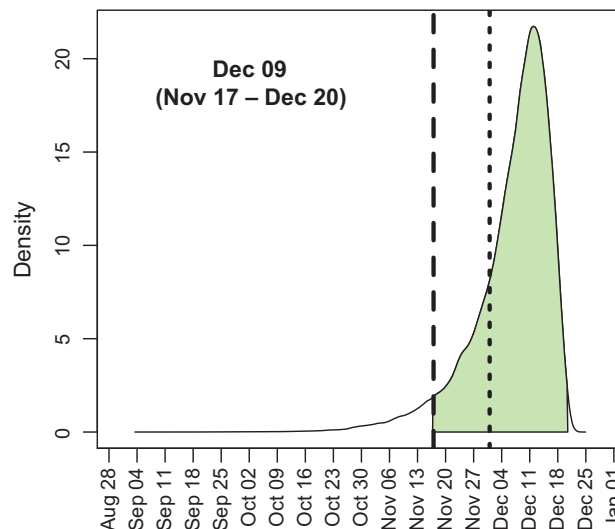
This time frame for the Hubei index case is robust (fig. S7). Epidemic simulations with faster or slower transmission rates and more or less densely connected contact networks produce similar date estimates. Furthermore, using the root tMRCA from the sampled posterior trees, rather than adjusting for the shifting coalescence between 24 December 2019 and 1 January 2020, produces a median date of 3 November (95% upper HPD: 14 October; 99% upper HPD: 4 October). Incorporating a relaxed molecular clock or adjusting the coalescent prior assumption (Skyline versus Skygrid) also had minimal effect.

If we enforce that there must be at least one ascertained case in our simulations before

17 November 2019, the median date of the Hubei index case is pushed back about a week to 28 October (95% upper HPD: 11 October; 99% upper HPD: 5 October) (fig. S7). However, the distinction between ascertained and unascertained in the original SAPHIRE model was meant to reflect the probability of missed diagnoses in January 2020 of the Wuhan epidemic and does not account for the investigations that resulted in retrospective diagnoses in November and December 2019.

If we discount the reported evidence of retrospective COVID-19 diagnoses throughout the end of November and instead take 1 December as representing the first confirmed case of COVID-19, then the median time between index case infection and stable coalescence after rejection sampling is 23 days (95% range: 1 to 47 days) (Fig. 3D). Under this scenario, the index case in Hubei would have contracted SARS-CoV-2 on or around 17 November 2019 (95% upper HPD: 24 October; 99% upper HPD: 13 October) (Fig. 3E). Similar dates are inferred with a relaxed molecular clock and conditioning on an ascertained infection by 1 December (fig. S7).

It is reasonable to postulate that the variant of SARS-CoV-2 that first emerged was less fit than the variant that spread through China and that evolutionary adaptation was critical to its establishment in humans (12). Therefore, we simulated two-phase epidemics in which the index case was infected with a less-fit variant (i.e., half as transmissible) that went extinct, but not before giving rise to a mutant strain matching the transmission dynamics estimated in Wuhan (figs. S8 and S9). If we condition on an ascertained or unascertained COVID-19 case (due to either the original or adapted variant) by 17 November, the original variant transmits for a median of 5 days (95% HPD: 0 to 36 days) before the adapted strain emerges (Fig. 3F); this adapted strain then circulates for a median of 28 days (95%



**Fig. 1. Posterior distribution for the tMRCA of 583 sampled SARS-CoV-2 genomes circulating in China between December 2019 and April 2020.** Inference was performed by using a strict molecular clock and a Bayesian Skyline coalescent prior. The shaded area denotes 95% HPD. The long-dashed line represents 17 November 2019, and the short-dashed line represents 1 December 2019.

HPD: 0 to 52 days) before reaching a stable coalescence (Fig. 3G). In this scenario, the index case in Hubei would have likely contracted an unobserved variant of SARS-CoV-2 on 5 November 2019 (95% upper HPD: 11 October; 99% upper HPD: 25 September) (Fig. 3H). If we again discount the reported evidence of COVID-19 in November and take 1 December as the first confirmed case, then the virus would spend less time in humans across both phases of the early epidemic (Fig. 3, I and J), and the index case in Hubei would have acquired SARS-CoV-2 on 18 November 2019 (95% upper HPD: 20 October; 99% upper HPD: 5 October) (Fig. 3K). As in the primary analysis, the inferred date of the index case in the two-phase epidemic was robust to varying model assumptions (fig. S10), including the amount by which viral fitness differed between the two phases (supplementary text and fig. S18).

These one-phase and two-phase epidemic simulations both suggest that the tMRCA is not representative of the emergence of SARS-CoV-2. In the primary analysis, the index case remains infected at the tMRCA (as in Fig. 2, upper left panel) in <1.1% of simulated epidemics (table S3). In the two-phase epidemics,

the index case is still infected at the tMRCA in 2.2% of simulations, likely because of an increased variance in the time between index case and tMRCA. The initial, less-fit variant persisted until the tMRCA in 17% of simulated epidemics and until 1 January 2020 in 3.7% of simulated epidemics. However, when this less-fit variant persisted, it was represented by only a single infected individual at the tMRCA; this low frequency suggests that even if this less-fit variant did exist, it could have easily been missed in early genome sequencing efforts. In the two-phase epidemic, the first ascertained (or unascertained) case was due to the less-fit variant in around two-thirds of simulated epidemics.

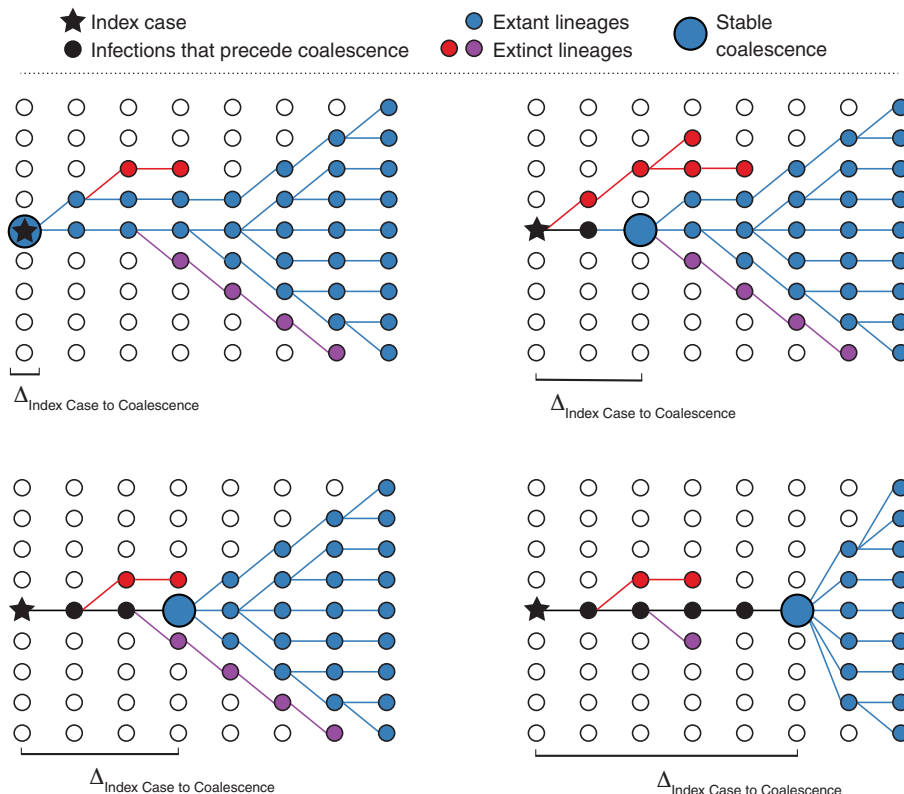
By anchoring our epidemic simulations to specific tMRCA estimates, we can reconstruct a plausible range for the number of SARS-CoV-2 infections before the discovery of the virus (Fig. 4A). The median number of individuals infected with SARS-CoV-2 in our primary analysis is less than one until 4 November. The median number of infected individuals is four (95% HPD: 1 to 13) on 17 November and reaches nine (95% HPD: 2 to 26) on 1 December. These values are generally robust to model specifications, molecular clock method, and

date of first COVID-19 case (table S4 and fig. S11). The two-phase epidemics tend to exhibit similar growth patterns (Fig. 4B, fig. S12, and table S5). Notably, we do not see any evidence for an increase in hospitalizations until mid-to late December, even when we increase the virulence of the less-fit variant in the two-phase epidemics or increase the probability of hospitalization before the stable coalescence (supplementary text and figs. S13 and S14).

Empirical observation throughout the SARS-CoV-2 pandemic has shown the outsized role of superspreading events in the propagation of SARS-CoV-2 (24–27), wherein the average infected person does not transmit the virus. Our results suggest that the same dynamics likely influenced the initial establishment of SARS-CoV-2 in humans, as only 29.7% of simulated epidemics from the primary analysis went on to establish self-sustaining epidemics. The remaining 70.3% of epidemics went extinct (Fig. 4C). Simulated epidemics that went extinct typically produced only 1 infection (95% range: 1 to 9) and never more than 44 infections total or 14 infections at any given time (table S2). The median failed epidemic went extinct by day 8. As the contact network became more or less densely connected, the number of epidemics that went extinct was similar: 68.3 and 69.4%, respectively (table S2). However, the percentage of extinct epidemics increased as the transmission rate decreased (80.5%) and decreased as the transmission rate increased (53.6%). In the two-phase epidemic, this original less-fit variant went extinct by day 9 (95% HPD: 2 to 52) and produced a median of one infection (95% HPD: 1 to 13) (Fig. 4D and table S6).

The overdispersed nature of SARS-CoV-2 transmission patterns favors its persistence, as epidemics simulated over random contact networks (with the same mean number of contacts) that are not characterized by superspreading events (27) tended to go extinct more frequently, 83.7% of the time. Furthermore, the large and highly connected contact networks characterizing urban areas seem critical to the establishment of SARS-CoV-2. When we simulated epidemics in which the number of connections was reduced by 50 or 75% (without rescaling per-contact transmissibility) to reflect emergence in a rural community, the epidemics went extinct 94.5 or 99.6% of the time, respectively.

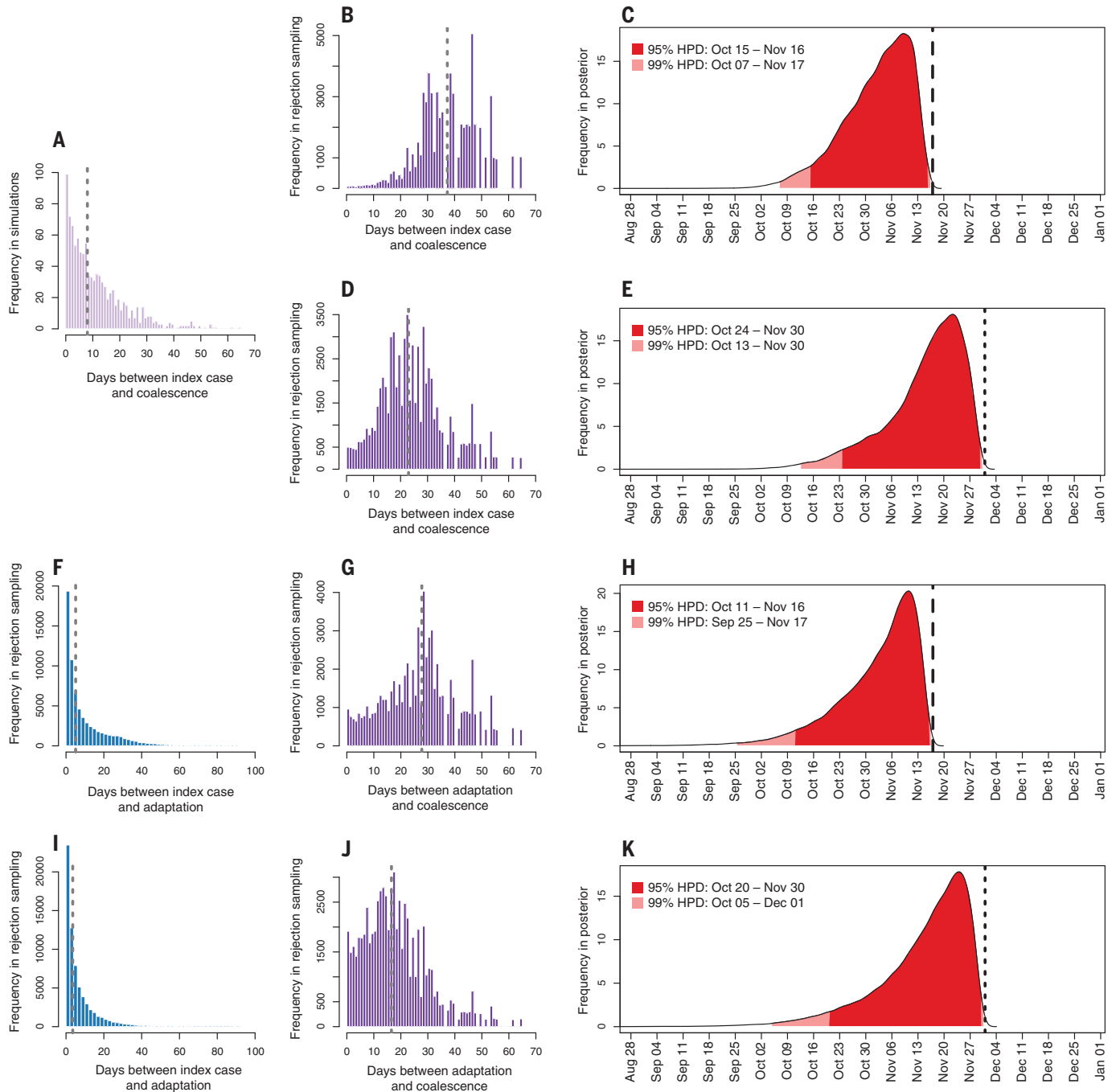
Our results highlight the unpredictable dynamics that characterized the earliest days of the COVID-19 pandemic. The successful establishment of SARS-CoV-2 postzoonosis was far from certain, as more than two-thirds of simulated epidemics quickly went extinct. It is highly probable that SARS-CoV-2 was circulating in Hubei province at low levels in November 2019 and possibly as early as October 2019, but not earlier. Nonetheless, the inferred



**Fig. 2. Hypothetical coalescent scenarios depicting how the time between index case infection and time of stable coalescence can vary on the basis of stochastic extinction events of basal viral lineages.**

Coalescence can occur within or contemporaneously with the index case (upper left) or, in cases infected later in the course of the epidemic, with one (upper right) or more (lower left) basal lineages going extinct. In extreme cases, the epidemic can persist at low levels for a long time before stable coalescence (lower right).





**Fig. 3. Forward simulations estimating the timing of the index case in Hubei province.** (A) Days between index case infection and stable coalescence in forward compartmental epidemic simulations ( $n = 1000$ ). (B and C) Days between index case infection and stable coalescence after rejection sampling (B) and posterior distribution for date of index case infection (C), conditioned on an ascertained case by 17 November 2019, which is denoted by a long-dashed line. (D and E) Epidemic simulation, conditioned on an ascertained case by

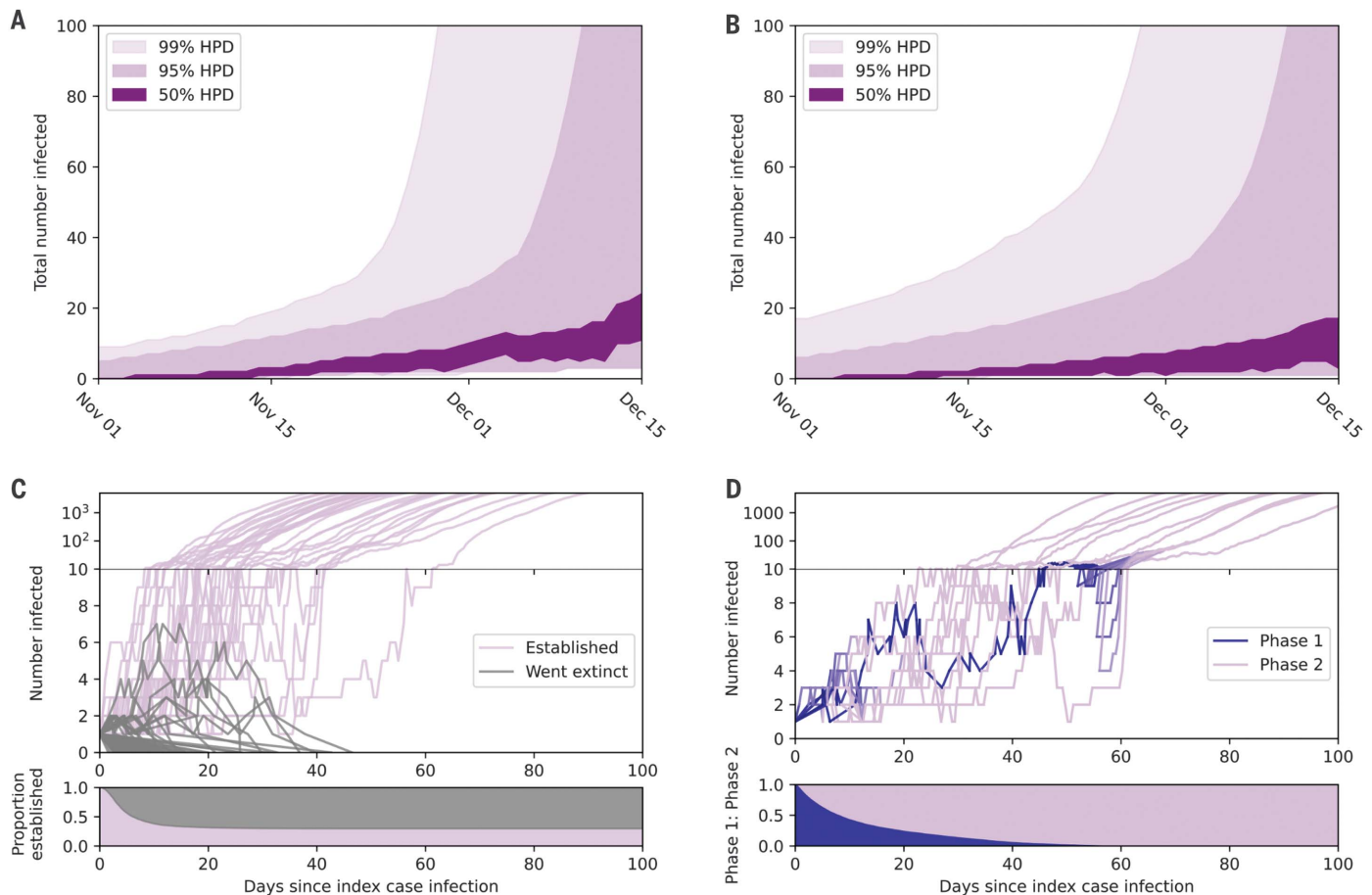
1 December 2019, which is denoted by a short-dashed line. (F to H) Two-phase epidemic (F) days between index case carrying less-fit variant and adaptation ( $n = 2000$ ), (G) days between adaptation and stable coalescence ( $n = 1000$ ), and (H) posterior distribution for date of index case infection, conditioned on an ascertained case by 17 November 2019. (I to K) Two-phase epidemic conditioned on an ascertained case by 1 December 2019. Gray dashed lines indicate median estimates.

prevalence of this virus was too low to permit its discovery and characterization for weeks or months. By the time that COVID-19 was first identified, the virus had firmly established itself in Wuhan. This delay highlights the dif-

ficulty in surveillance for novel zoonotic pathogens with high transmissibility and moderate mortality rates.

The high extinction rates we inferred suggest that spillover of SARS-CoV-2-like viruses

may be frequent, even if pandemics are rare (28). Furthermore, the same dynamics that characterized the establishment of SARS-CoV-2 in Hubei province may have played out all over the world, as the virus was repeatedly



**Fig. 4. Epidemic growth in compartmental simulations.** (A) Estimated total number of people infected in late 2019. Dark purple shading represents central 50% HPD, intermediate purple shading represents central 95% HPD, and light purple represents central 99% HPD. (B) Estimated total number of people infected in late 2019 for a two-phase epidemic. (C) Number of people infected over time in a sample of epidemic simulations that established (purple;  $n = 30$ ) and went extinct (gray;  $n = 70$ ). The y axis transitions to log scale once  $\geq 10$

people are infected at any given time. The lower panel shows the proportion of simulations that still have at least 1 infected individual over time (persisting epidemics in purple; extinct epidemics in gray). (D) Sample ( $n = 10$ ) of two-phase epidemic simulations transitioning from less-fit phase 1 (blue) to more-fit phase 2 (purple). Each line represents a single simulation and its transition over time. The lower panel shows the average proportion of phase 1- to phase 2-infected individuals over time.

introduced but only occasionally took hold (29, 30). The reports of cases in December 2019 and January 2020 in France and California that did not establish sustained transmission fit this pattern (31–33). However, our results suggest that polymerase chain reaction evidence of SARS-CoV-2 in wastewater outside of China before November 2019 is unlikely to be valid (34), and the suggestion of international spread in mid-November or early December 2019 should be viewed with skepticism (35–37), given that our results suggest that fewer than 20 people were infected with SARS-CoV-2 at this time (table S4 and fig. S11). Our results also refute claims (38) of large numbers of patients requiring hospitalization because of COVID-19 in Hubei province before December 2019 (figs. S13 and S14). Nevertheless, SARS-CoV-2 may be detectable in archived wastewater samples or other biomaterials from Hubei province from early to mid-November 2019, should they

exist, and incorporating these types of data in our model could further refine our timing estimates. Moreover, wastewater detection may present the best chance of early detection of future pandemics during the early phase of spread for which we estimate very low numbers of infections (39).

Even though all of the earliest documented cases of COVID-19 were found in Hubei province, we cannot discount the possibility that the index case initially acquired the virus elsewhere. Nonetheless, our dating inference is insensitive to geography. Furthermore, our results suggest that if the virus first emerged in a rural community, it would have needed to migrate to an urban setting to avoid extinction. The lack of reports of COVID-19 elsewhere in China in November and early December suggests that Hubei province is the location where human-to-human transmission chains were first established.

The circumstances surrounding the emergence of SARS-CoV-2 in Hubei province remain shrouded. Although SARS-CoV-2 is repeatedly adapting to spread among humans (40, 41), our findings do not reveal whether the virus that first emerged was less fit than the virus that spread throughout China. Nevertheless, the inferred timing of the index case is generally similar in both of these scenarios because less-fit viruses in our simulations that went extinct tended to do so very quickly. It is yet unknown whether the virus emerged directly from its animal reservoir [presumably horseshoe bats (42, 43)] or first circulated in and possibly adapted to an intermediate host. Our estimates for the timing of the Hubei index case further distance this individual from the outbreak at the Huanan Seafood Wholesale Market. Finding the animal reservoir or hypothetical intermediate host will help to further narrow down the date, location, and

circumstances of the original SARS-CoV-2 infection in humans. However, even in the absence of that information, coalescent-based approaches permit us to look back beyond the tMRCA and toward the earliest days of the COVID-19 pandemic. Although there was a pre-tMRCA fuse to the COVID-19 pandemic, it was almost certainly very short. This brief period of time suggests that future pandemics with similar characteristics to those of the COVID-19 pandemic permit only a narrow window for pre-emptive intervention.

#### REFERENCES AND NOTES

- Zhu et al., *N. Engl. J. Med.* **382**, 727–733 (2020).
- Li et al., *N. Engl. J. Med.* **382**, 1199–1207 (2020).
- World Health Organization, "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)" (World Health Organization, 2020); [www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](http://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)).
- Fei et al., *Lancet Reg. Health West. Pac.* **3**, 100032 (2020).
- World Health Organization, "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020" (World Health Organization, 2020); [www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020](http://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020).
- Huang et al., *Lancet* **395**, 497–506 (2020).
- Zhang et al., *Nature* **583**, 437–440 (2020).
- Wu et al., *Nature* **579**, 265–269 (2020).
- Lu et al., *Lancet* **395**, 565–574 (2020).
- Ma, "Coronavirus: China's first confirmed Covid-19 case traced back to November 17," *South China Morning Post*, 13 March 2020; [www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back](http://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back).
- Rambaut, "Phylogenetic Analysis | 176 genomes | 6 Mar 2020," *Virological* (2020); <https://virological.org/t/phylogenetic-analysis-176-genomes-6-mar-2020/356>.
- Duchene et al., *Virus Evol.* **6**, veaa061 (2020).
- K. G. Andersen, A. Rambaut, W. I. Lipkin, E. C. Holmes, R. F. Garry, *Nat. Med.* **26**, 450–452 (2020).
- du Plessis, O. Pybus, "Further musings on the tMRCA," *Virological* (2020); <https://virological.org/t/further-musings-on-the-tmrca/340>.
- N. R. Faria et al., *Science* **346**, 56–61 (2014).
- Worobey et al., *Nature* **455**, 661–664 (2008).
- F. Keele et al., *Science* **313**, 523–526 (2006).
- Bedford et al., *Science* **370**, 571–575 (2020).
- Qi et al., *Lancet Infect. Dis.* **20**, 911–919 (2020).
- M. A. Suchard et al., *Virus Evol.* **4**, vey016 (2018).
- Pipes, H. Wang, J. P. Huelsenbeck, R. Nielsen, *Mol. Biol. Evol.* **10.1093/molbev/msaa316** (2020).
- Hao et al., *Nature* **584**, 420–424 (2020).
- M. Moshiri, M. Ragonnet-Cronin, J. O. Wertheim, S. Mirarab, *Bioinformatics* **35**, 1852–1861 (2019).
- R. Laxminarayan et al., *Science* **370**, 691–697 (2020).
- Endo, S., Abbott, A. J., Kucharski, S., Funk; Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group, *Wellcome Open Res.* **5**, 67 (2020).
- X.-K. Xu et al., *Clin. Infect. Dis.* **71**, 3163–3167 (2020).
- D. C. Adam et al., *Nat. Med.* **26**, 1714–1719 (2020).
- Li et al., *Biosaf. Health* **1**, 84–90 (2019).
- Worobey et al., *Science* **370**, 564–570 (2020).
- du Plessis et al., *Science* **371**, 708–712 (2021).
- Deslandes et al., *Int. J. Antimicrob. Agents* **55**, 106006 (2020).
- X. Deng et al., *Science* **369**, 582–587 (2020).
- M. A. Jorden et al., *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **69**, 680–684 (2020).
- Chavarria-Miró et al., medRxiv 2020.06.13.20129627 [Preprint]. 13 June 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.06.13.20129627>.
- Fongaro et al., *Sci. Total Environ.* **778**, 146198 (2021).
- La Rosa et al., *Sci. Total Environ.* **750**, 141711 (2021).
- Amendola et al., *Emerg. Infect. Dis.* **27**, 648–650 (2021).
- E. O. Nsoesie, B. Rader, Y. L. Barnoon, L. Goodwin, J. Brownstein, "Analysis of hospital traffic and search engine data in Wuhan China indicates early disease activity in the Fall of 2019" (Harvard Library Office for Scholarly Communication, 2020); <https://dash.harvard.edu/handle/1/42669767>.
- Peccia et al., *Nat. Biotechnol.* **38**, 1164–1167 (2020).
- Volz et al., *Nature* **10.1038/s41586-021-03470-x** (2021).
- Korber et al., *Cell* **182**, 812–827.e19 (2020).
- Lytras, J. Hughes, W. Xia, X. Jiang, D. L. Robertson, bioRxiv 2021.01.22.427830 [Preprint]. 30 January 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.01.22.427830>
- M. F. Boni et al., *Nat. Microbiol.* **5**, 1408–1417 (2020).
- Pekar, J. Wertheim, Data for "Timing the SARS-CoV-2 Index Case in Hubei Province," *Dryad* (2021); <https://doi.org/10.5061/dryad.4f4qrjfbm>.

#### ACKNOWLEDGMENTS

We gratefully acknowledge the authors from the originating laboratories and the submitting laboratories, who generated and shared via GISAID the viral genomic sequence data on which this research is based. A complete list acknowledging the authors who submitted the data analyzed in this study can be found in data S1. We thank J. Havens, M. Sanderson, and B. Wertheim for fruitful conversations and insight. **Funding:** J.O.W. acknowledges funding from the National Institutes of Health (AI135992 and AI136056). J.P. acknowledges funding from the National Institutes of Health (T15LM011271) and the Google Cloud COVID-19 Research Credits Program. M.W. was supported by the David and Lucile Packard Foundation as well as the University of Arizona College of Science. N.M. acknowledges funding from the National Science Foundation (2028040) and the Google Cloud COVID-19 Research Credits Program. **Author contributions:** Conceptualization: J.O.W.; Methodology: J.P., N.M., M.W., K.S., and J.O.W.; Software: J.P., N.M., and J.O.W.; Validation: J.P. and J.O.W.; Formal analysis: J.P. and J.O.W.; Investigation: J.P. and J.O.W.; Resources: J.O.W.; Data curation: J.O.W.; Writing – original draft: J.P. and J.O.W.; Writing – review & editing: J.P., M.W., K.S., J.O.W., and N.M.; Visualization: J.P. and J.O.W.; Supervision: J.O.W.; Project administration: J.O.W.; and Funding acquisition: J.O.W. and M.W. **Competing interests:** J.O.W. has received funding from Gilead Sciences, LLC (completed), and the CDC (ongoing) via grants and contracts to his institution unrelated to this research. **Data and materials availability:** All data used in this analysis are free to access via GISAID. BEAST XML input, FAVITES JSON, and results files are available in Dryad (44). This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>. This license does not apply to figures/photos/artwork or other content included in the article that is credited to a third party; obtain authorization from the rights holder before using such material.

#### SUPPLEMENTARY MATERIALS

[science.sciencemag.org/content/372/6540/412/suppl/DC1](https://science.sciencemag.org/content/372/6540/412/suppl/DC1)  
Materials and Methods  
Supplementary Text  
Figs. S1 to S18  
Tables S1 to S7  
References (45–54)  
MDAR Reproducibility Checklist  
Data S1

20 November 2020; accepted 15 March 2021  
Published online 18 March 2021  
10.1126/science.abf8003



## Timing the SARS-CoV-2 index case in Hubei province

Jonathan Pekar, Michael Worobey, Niema Moshiri, Konrad Scheffler, and Joel O. Wertheim

*Science*, **372** (6540), .

DOI: 10.1126/science.abf8003

### Backtracking a pandemic

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) may have had a history of abortive human infections before a variant established a productive enough infection to create a transmission chain with pandemic potential. Therefore, the Wuhan cluster of infections identified in late December of 2019 may not have represented the initiating event. Pekar *et al.* used genome data collected from the early cases of the COVID-19 pandemic combined with molecular clock inference and epidemiological simulation to estimate when the most successful variant gained a foothold in humans. This analysis pushes human-to-human transmission back to mid-October to mid-November of 2019 in Hubei Province, China, with a likely short interval before epidemic transmission was initiated.

*Science*, this issue p. 412

### View the article online

<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abf8003>

### Permissions

<https://www.science.org/help/reprints-and-permissions>

Use of this article is subject to the [Terms of service](#)

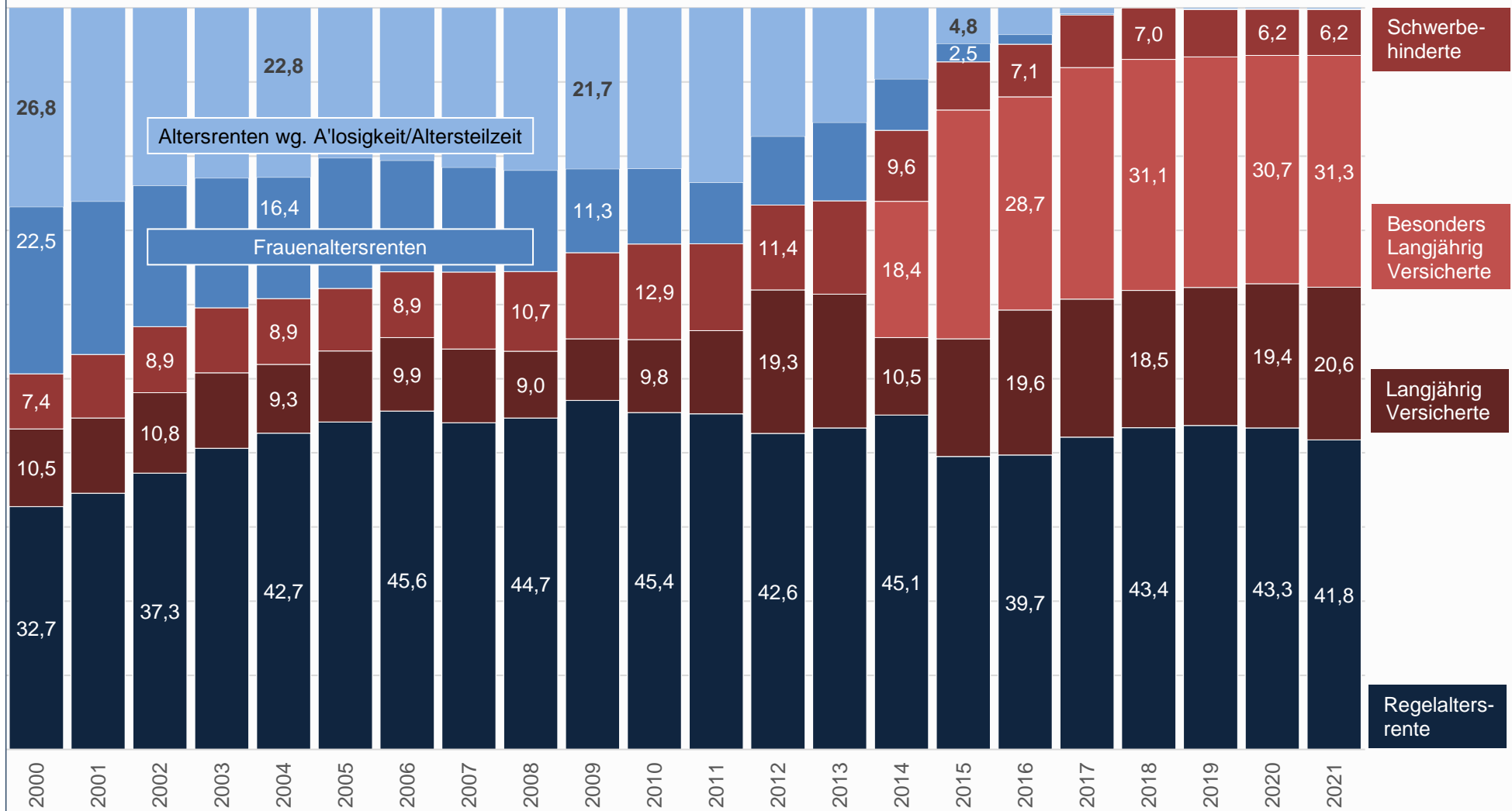
---

*Science* (ISSN 1095-9203) is published by the American Association for the Advancement of Science, 1200 New York Avenue NW, Washington, DC 20005. The title *Science* is a registered trademark of AAAS.  
Copyright © 2021 The Authors, some rights reserved; exclusive licensee American Association for the Advancement of Science. No claim to original U.S. Government Works

# Süßes Gift? Abschaffung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten ab 2023



■ Zugänge von Altersrenten nach Rentenarten, in % aller Altersrentenzugänge 2000 - 2021



Quelle: Deutsche Rentenversicherung (zuletzt 2022), Rentenversicherung in Zeitreihen; Statistikportal



## Süßes Gift? Abschaffung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten ab 2023

### Kurz gefasst:

- Ab dem 01.01.2023 entfallen für Empfänger\*innen einer vorgezogenen Altersrente, im Zugang und Bestand, die Hinzuverdienstgrenzen. Der Kreis der davon Betroffenen ist groß, denn mehrheitlich beziehen die jährlich neu zugehenden Rentner\*innen eine Frührente. So waren im Jahr 2021 von den insgesamt rund 855.000 Altersrentenzugängen 20,6 % langjährig Versicherte, 31,3 % besonders langjährig Versicherte und 6,2 % Schwerbehinderte. Sie alle haben ihre Rente vor der Regelaltersgrenze bezogen.
- Während Bezieher\*innen einer Regelaltersrente schon immer unbegrenzt hinzu verdienen konnten, galt für Bezieher\*innen von vorgezogenen Altersrenten bislang eine Hinzuverdienstgrenze. Die Begründung dafür war, dass (besonders) langjährig Beschäftigte, die über viele Jahre belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren, von der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und der Notwendigkeit einer noch längeren Erwerbsarbeit entbunden werden sollten.
- Nun wird es diesen Versicherten ermöglicht, uneingeschränkt weiterzuarbeiten und zugleich eine vorgezogene Altersrente beziehen, d.h. den gegebenen Arbeitsvertrag weiter zu erfüllen oder gegebenenfalls die Arbeitszeit zu verringern oder einen neuen Arbeitgeber zu finden. Erst mit Erreichen der Regelaltersgrenze endet dann (wie in Tarifverträgen und/oder individuellen Arbeitsverträgen gängig) das Arbeitsverhältnis. Für den Jahrgang 1958, der im Jahr 2023 das 65. Lebensjahr vollendet, gilt das 66. Lebensjahr als Regelaltersgrenze.
- Für alle, die die Voraussetzungen einer vorgezogenen Altersrente erfüllen, wird es damit deutlich attraktiver, nicht erst mit Erreichen des 66. Lebensjahrs eine Rente zu beziehen. Denn das komplette Erwerbseinkommen bleibt anrechnungsfrei. Das gilt auch dann, wenn die selbe Beschäftigung beim selben Arbeitgeber ausgeübt wird. Zudem können noch weitere Entgeltpunkte erworben werden. Dies ist vor allem lohnend für die Gruppe der besonders langjährig Versicherten, die (2023) mit frühestens 64 Jahren eine abschlagsfreie Rente erhalten. Aber auch die Inanspruchnahme vorgezogener Altersrenten mit Abschlägen (ab 63 Jahren) dürfte steigen, da die Folgen der Abschläge gemindert werden.
- Der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen lässt sich als „süßes Gift“ interpretieren: Zwar ergeben sich Vorteile für die Versicherten, aber die Gefahren sind nicht zu übersehen: Es kommt mittelfristig zu erheblichen Mehrausgaben in der Rentenversicherung. Und zu erwarten ist, dass das fortlaufende Erwerbseinkommen als Argument für eine Absenkung des Rentenniveaus und die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze dient. Die Rente verliert damit ihre Lohnersatzfunktion und tendiert zu einer Kombirente. Demgegenüber steht die bisherige Auffassung, dass es sich bei der gesetzlichen Rente nicht um eine privatwirtschaftliche Versicherungsleistung handelt, sondern dass die Rente ein Leistungsziel hat, nämlich den erreichten/erarbeiteten Lebensstandard in einem arbeitsfreien (!) Alter in etwa beizubehalten.
- Begünstigt werden vor allem jene besser gestellten und besser bezahlten Altersrentner\*innen, die gesundheitsbedingt und qualifikatorisch durchaus in der Lage sind, tatsächlich weiterarbeiten zu können. Aber auch bei diesen noch "fitten" Älteren kommt es zu Problemen, wenn die gesundheitliche und berufliche Leistungsfähigkeit mit steigendem Lebensalter nachlässt oder wenn es keine entsprechenden Arbeitsplätze gibt. Dann muss der Lebensunterhalt allein mit der Rente bestritten werden, die aber aufgrund der Abschläge wie auch in Folge des niedrigen Rentenniveaus gering ausfällt.

## Hintergrund

Wer eine Regelaltersrente bezieht, kann in unbegrenzter Dauer eine Erwerbstätigkeit gleich welcher Art und gleich welcher Einkommenshöhe ausüben. Zwar wird der Hinzuverdienst oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze besteuert und es fallen für diese Einkommen Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung an, aber auf die gezahlte Altersrente hat das keinen Einfluss. Diese Regelung zählt zum Charakter einer Versicherungsleistung: Tritt der Versicherungsfall ein, wird ohne Berücksichtigung weiterer Tatbestände die Altersrente gezahlt. Davon haben in den zurückliegenden Jahren immer mehr Ältere Gebrauch gemacht: Das betrifft zum einen die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigten; hier zählt die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit Ende 2020 rund 1,3 Mio. Personen, die auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze beschäftigt sind – gegenüber etwa 500 Tausend Personen im Jahr 2005 (vgl. [Abbildung IV.108](#)). Zum anderen haben die Minijobs ein erhebliches Gewicht: Knapp 1,2 Million Personen im Alter oberhalb der Regelaltersgrenze haben im Juni 2020 eine Beschäftigung mit einem Verdienst von bis zu 450 Euro ausgeübt (vgl. [Abbildung IV.106](#)). Die pauschale Steuer- und Kranken- bzw. Pflegeversicherungsbefreiung unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze veranlasst offensichtlich einen großen Teil der Erwerbstätigen im Rentenalter dazu, ihre Erwerbstätigkeit auf diesen Bereich zu beschränken.

Bei vorgezogenen Altersrenten hingegen war bislang ein Hinzuverdienst nur begrenzt möglich. Vor der Corona-Pandemie lagen die Hinzuverdienstgrenzen starr bei 6.300 Euro im Jahr. Das hat einen monatlichen Verdienst auf Minijobbasis von bis zu 450 Euro möglich gemacht. Darüber hinaus galt die sogenannte ‚doppelte Hinzuverdienstgrenze‘, die es zuließ, dass die 450 Euro Schwelle in zwei Monaten eines Kalenderjahres bis zum doppelten Verdienst (900 Euro) überschritten wird, ohne dass sich daraus rentenwirksame Konsequenzen ergaben. Dadurch konnten eventuell gewährte Urlaubsgelder oder Weihnachtsprämien bedenkenlos angenommen werden. Im Rahmen des ersten Corona-Sozialschutzpaketes von 03/2020 sind die Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten auf gut 46.060 Euro im Jahr angehoben worden – befristet bis Ende 2022. Von dieser Befristung, auch nicht von einer Entfristung ist nun keine Rede mehr. Es kommt zum 01.01.2023 – so der Bundestag den Gesetzentwurf der Bundesregierung verabschiedet - zu einem ersatzlosen Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen.

Der Wegfall der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogenen Altersrenten ändert die sozialpolitische Ausrichtung der gesetzlichen Rentenversicherung. Denn hinter den rentenrechtlichen Hinzuverdienstregelungen stand bislang ein rentenrechtliches und sozialpolitisches Kalkül, dass grundsätzlich die Funktionslogik der jeweiligen Rentenart stützen sollte: Für Bezieher\*innen einer vorgezogenen Altersrente beispielsweise war ein Hinzuverdienst oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze nicht möglich, weil sich ein verfrühter Rentenbezug nicht mit einer unbegrenzten Weiterarbeit vereinbaren lässt. Fand doch der frühzeitige Rentenbezug seine Begründung darin, dass es gerechtfertigt ist, jene Versicherten, die ein sehr langes und belastendes Arbeitsleben hinter sich haben, von der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und der Notwendigkeit einer noch längeren Erwerbsarbeit zu entbinden. Dies galt insbesondere für die abschlagsfreien Altersrenten für besonders langjährig Versicherte (Einführung im Jahr 2012 und befristete Erweiterung im Jahr 2014 bereits ab 63 Jahren). Verfolgt man die damalige Gesetzesbegründung und (äußerst kontroverse) politische Diskussion, so wurde die Bevorzugung dieser Versicherten gegenüber den anderen Versicherten mit genau diesem Argument begründet.

Dieses Argument spielt offensichtlich keine Rolle mehr. Die Altersrente entwickelt sich vielmehr von einer Lohnersatzleistung zu einer Kombirente. Auch das bisherige Selbstverständnis, dass eine gesetzliche Altersrente nicht irgendeine eine privatwirtschaftliche Versicherungsleistung ist, sondern



vielmehr ein Leistungsziel hat, nämlich den erreichten/erarbeiteten Lebensstandard in einem arbeitsfreien (!) Alter in etwa beizubehalten, steht damit in Frage. Das kann dazu führen, dass das Leistungsniveau der gesetzlichen Rente weiter beschränkt wird.

Die Beantragung einer vorgezogenen Altersrente wird zu einer rechnerischen Entscheidung: Das Arbeitsverhältnis läuft weiter, bis (in der Regel durch Tarifvertrag oder individuellem Arbeitsvertrag geregelt) die Regelaltersgrenze erreicht wird und das Arbeitsverhältnis endet. Es bedarf keiner Zustimmung des Arbeitgebers, für den Arbeitgeber bleibt es im Grundsatz unbekannt, ob der/die Beschäftigte bereits eine vorgezogene Altersrente bezieht. Zu einer Änderung des Arbeitsvertrags kommt es nur dann, wenn die Tätigkeit und/oder die Stundenzahl verändert wird oder wenn der Arbeitgeber gewechselt wird. Für die Dauer einer weiterlaufenden versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit können Arbeitnehmerbeiträge entrichtet und entsprechend zusätzliche Entgeltpunkte in der Rentenversicherung erworben werden. Die von Versicherten und Arbeitgebern gezahlten Beiträge erhöhen die ausbezahlten Renten jeweils ab der Rentenanpassung im darauffolgenden Jahr.

Dies ist besonders lohnend für jene Versicherte, die die Voraussetzungen für eine vorgezogene Rente ohne Abschläge erfüllen. Sie können und werden auf jeden Fall ihre Altersrente beantragen - ganz unabhängig davon, ob sie bis zur Regelaltersgrenze weiterarbeiten oder nicht. Aber auch die Inanspruchnahme vorgezogener Altersrenten mit Abschlägen dürfte steigen, da durch die Weiterarbeit zusätzliche Einkommen anfallen, die die Verluste durch die Abschläge mindern können. Wie diese Kalkulation im Einzelnen ausfällt, müsste in Modellrechnungen geprüft werden, die auch die steuerlichen Folgen berücksichtigen müssten. Diese Modellrechnungen hängen dabei auch von der Einschätzung der individuellen Lebenserwartung ab: Wer davon ausgeht, nur noch wenige Jahre eine Altersrente zu beziehen, wird die Konstellation Abschläge und Weiterarbeit als vorteilhaft ansehen.

Auch die bisherige Regelung von Teilrenten wird sich ändern: Das seit 2017 geltende Flexirentengesetz sieht ein gleitendes (und zugleich kompliziertes) Berechnungsverfahren zwischen der Höhe der Teilrente einerseits und der Höhe des (Teilzeit)Erwerbseinkommens andererseits vor. Durch die Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen spielt aber künftig die Höhe des neben einer Teilrente erzielten Einkommens keine Rolle mehr. Die bisherige Nutzung der Teilrenten fällt mehr als gering aus: So gab es im Jahr 2021 rund 855.000 Neuzugänge von Altersrenten – darunter befanden sich gerade einmal 7.449 Teilrenten. Dies entspricht einem Anteil von 0,9 Prozent. Ob sich dies ab 2023 ändern wird, erscheint mehr als fraglich, da es vor allem bei den abschlagsfreien vorgezogenen Renten finanziell von Vorteil ist, eine Vollrente zu beziehen, und zwar unabhängig davon, wie hoch das Erwerbseinkommen ausfällt.

Naturgemäß lässt sich noch nicht beziffern, wie sich die Zahl der vorgezogenen Altersrenten ab 2023 entwickeln wird. Erkennbar ist allerdings, dass die betroffenen Geburtsjahrgänge (Baby-Boomer) zunehmend stärker besetzt sind. Angesichts der hohen Attraktivität der Inanspruchnahme vorgezogener Altersrenten spricht insofern alles dafür, dass sich Zahl und zugleich Anteil der Frührenten erhöhen werden. Die Ausgaben der GRV werden deshalb steigen. Nur bei den abschlagsbehafteten vorgezogenen Altersrenten gibt es einen Ausgleich durch die Abschläge. Der wirkt jedoch nur langfristig, gegen Ende des Versicherungslebens der Betroffenen. Kurzfristig – und dies in einem schwierigen ökonomischen und fiskalischen Umfeld - wird die GRV mit erheblichen Vorfinanzierungskosten belastet.



Ob durch die Neuregelung – wie von der Regierung erwartet – das Arbeitsangebot ausgeweitet wird und dem Fachkräftemangel begegnet werden kann, bleibt abzuwarten. Das Arbeitsvolumen erhöht sich, wenn die bisher wegen der Hinzuverdienstgrenzen nicht oder nur eingeschränkt erwerbstätigen Frührentner zukünftig eine Tätigkeit aufnehmen und/oder ihre Arbeitszeit verlängern. Es würde sinken, wenn statt einer Weiterarbeit bis zur Regelaltersrente (2023 mit 66 Jahren) vorgezogene Altersrenten bezogen werden, aber der Stundenumfang der Weiterarbeit geringer als zuvor ausfällt. Auf der anderen Seite ist aber auch zu erwarten, dass durch die Neuregelung die Erwerbstätigkeit nach Erreichen der Regelaltersgrenze einen weiteren Schub erhält.

### **Eine beispielhafte und grobe (!) Modellrechnung (ohne Berücksichtigung von betrieblichen Renten)**

Beispielhaft können diese Überlegungen anhand einer groben Modellrechnung illustriert werden, die von einem Rentner ausgehen, der frühzeitig ohne Abschläge aus dem Erwerbsleben ausscheiden kann. Als Eckwert wird hierzu ein männlicher Angestellter im höheren Einkommenssegment zugrunde gelegt, der im Jahr 2023:

- 5.000 Euro/Monat brutto, Steuerklasse I, 2.980 Euro/Monat netto verdient,
- im Jahrgang 1958 geboren ist,
- 45 Versicherungsjahre aufweist,
- und mit Vollendung des 64. Lebensjahrs eine vorgezogene Altersrente für besonders langjährig Versicherte bezieht, bei der keine Abschläge anfallen.
- Er kommt auf 54 Entgeltpunkte, das entspricht einer Bruttorente (West) von etwa 1.945 Euro/Monat und 1.600 Euro/Monat netto.

Mit dem Bezug einer vorgezogenen und zugleich abschlagsfreien Altersrente bei einem weiterlaufenden Arbeitsvertrag erhöht sich für gut zwei Jahre (bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze) das gesamte Nettoeinkommen um über 50 % auf 4.330 Euro/Monat (die jährliche Anpassung von Löhnen und Renten ist dabei nicht berücksichtigt).

Nicht nur das weiter bezogene Erwerbseinkommen ist steuer- und beitragspflichtig, sondern auch die (vorgezogene) Rente. 2023 sind für Neurentner 83 Prozent der Rente steuerpflichtig. Die Beitragsbelastung in den Kranken- und Pflegeversicherung begrenzt sich 2023 auf 4.987,50 Euro brutto. Da damit die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung überschritten wird, bedeutet das, dass auf die Rente keine Beiträge zu entrichten sind und netto höher ausfällt als oben ausgewiesen.

Die Modellrechnung zeigt, dass es gerade für gut verdienende, besonders langjährig Versicherte, die weiterarbeiten können und wollen, das „Privileg“ eines quasi doppelten Einkommens gibt. Der finanzielle Mehraufwand für die gesetzliche Rentenversicherung, der von allen Versicherten zu tragen ist, liegt auf der Hand.

## Süßes Gift

Was an dieser Stelle als reine "Rententechnik" erscheint, erweist sich insofern aus gleich mehreren Gründen um ein "süßes Gift". Aus kurzfristiger Sicht ergeben sich erhebliche Vorteile für einen bestimmten Kreis der Versicherten, aus grundsätzlicher Sicht überwiegen aber die Gefahren:

- Der Verweis auf die unbegrenzte Möglichkeit, die Altersrenten durch ein Erwerbseinkommen aufzustocken, lässt Abschläge als weniger nachteilig erscheinen. Deswegen wird die Aussage nicht auf sich warten lassen, dass eine weitere Heraufsetzung der Regelaltersgrenze, verbunden mit entsprechend höheren Abschlägen bei einem vorgezogenen Rentenbezug, finanziell ja nun durchaus verkraftbar sei. Und erst recht liegt die politische Schlussfolgerung nahe, die Entscheidung, das Rentenniveau niedrig zu halten oder noch weiter abzusenken, führe durch das fortlaufende Erwerbseinkommen zu keiner Versorgungslücke.
- Übersehen wird dabei jedoch, dass eine Weiterarbeit keinesfalls selbstverständlich ist: Gerade diejenigen, die aus Gründen einer nachlassenden gesundheitlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit und belastenden Arbeitsbedingungen eine vorgezogene Altersrente mit Abschlägen beziehen müssen, sind nur nicht oder nur begrenzt in der Lage, weiterzuarbeiten. Begünstigt werden demgegenüber die gesundheitlich Leistungsfähigen mit einem in der Regel höheren Einkommen, die weiterarbeiten können.
- Entscheidend für die Möglichkeit einer Weiterarbeit wird auch immer die Lage auf dem Arbeitsmarkt sein. In einer nächsten Rezession – womöglich verbunden mit einem Arbeitsplatzabbau in vielen Unternehmen - werden sich die Chancen einer Aufstockung der Rente durch ein Erwerbseinkommen deutlich einschränken. Darüber hinaus fällt das Arbeitsplatzangebot auch regional sehr unterschiedlich aus. Auf der Basis dieser Vorzeichen ist keineswegs davon auszugehen, dass alle berechtigten Älteren von den neuen Hinzuverdienstmöglichkeiten in gleicher Weise Gebrauch machen werden können.
- Kommt es zu einem Arbeitsplatzverlust, wird das Risiko einer Arbeitslosigkeit nicht abgesichert, denn neben einer Vollrente gibt es keinen Anspruch auf Zahlung von Arbeitslosengeld. Das gleiche gilt für die soziale Absicherung bei einer langen Krankheit; wird eine Vollrente bezogen, so erlischt der Anspruch auf Zahlung der Versicherungsleistung Krankengeld.
- Auch bei den noch "fitten" Älteren lässt die gesundheitliche und berufliche Leistungsfähigkeit mit steigendem Lebensalter nach oder ist nicht mehr vorhanden und die Erwerbstätigkeit wird aufgegeben. Dann muss der Lebensunterhalt allein mit der Rente bestritten werden, die aber aufgrund der Abschläge wie auch in Folge des niedrigen Rentenniveaus gering ausfällt. Die zusätzlichen Entgeltpunkte werden diesen Verlust nicht ausgleichen können. Eine verlässliche und dauerhafte „vierte Säule“ der Alterssicherung sind die Einkommen aus einer Alterserwerbstätigkeit deshalb nicht.

## Altersgrenzen und Rentenzugänge seit 2000

Betrachtet man die Struktur der Rentenzugänge nach Rentenarten seit 2000 lassen sich erhebliche Verschiebungen erkennen. Dahinter stehen nicht nur arbeitsmarkt- und gesundheitsbedingte sowie demografische Faktoren, sondern ganz wesentlich die rentenrechtlichen Veränderungen bei den Altersgrenzen (siehe unten). So sind (einsetzend ab der Jahrtausendwende) bei den Altersrenten für Frauen und bei den Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit die Altersgrenzen heraufgesetzt und bei allen vorgezogenen Altersrenten Rentenabschläge eingeführt worden. Die Rentenabschläge, die die Höhe der Rente bei einem vorgezogenen Rentenbeginn dauerhaft mindern, machen einen vorzeitigen Renteneintritt finanziell unattraktiv: Für 2020 galt: Bei einem Rentenbeginn mit 63 Jahren und einer Regelaltersgrenze von 65 Jahren und 10 Monaten wird die Rente um 10,2 % gekürzt (0,3 % für jeden vorgezogenen Monat) (vgl. auch [Abbildung VIII.45](#)).

Entscheidend für die Rentenzugänge ab 2012 ist, dass seitdem keine neuen Altersrenten für Frauen sowie Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit bewilligt werden und zugleich der Prozess der schrittweisen Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre eingesetzt hat. Für ab 1952 Geborene gibt es Ausnahmen von der Regelaltersgrenze nur noch für Schwerbehinderte und langjährig Versicherte (jeweils mit 35 Versicherungsjahren) sowie für besonders langjährig Versicherte (mit 45 Versicherungsjahren). Mit dem Anstieg der Regelaltersgrenze erhöhen sich entsprechend die Abschlagsmonate für langjährig Versicherte, die eine vorgezogene Rente in Anspruch nehmen. Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen schließlich erhöht sich die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Bezug schrittweise auf 65 Jahre und für einen mit Abschlägen verbundenen vorzeitigen Bezug schrittweise auf 62 Jahre.

Auffällig ist der starke Zuwachs der Rentenneuzugänge für besonders langjährig Versicherte seit 2013/2014 (vgl. [Abbildung VIII.10](#)). Die Erklärung dafür ist, dass die ab 2012 neu eingeführte Altersrente für besonders langjährig Versicherte einen Renteneintritt ab 65 ohne Abschläge ermöglicht und dass diese Regelung Mitte des Jahres 2014 auf die Altersgrenze ab 63 Jahre zeitlich befristet ausgeweitet worden ist. Ganz offensichtlich macht ein Großteil derjenigen Rentner\*innen, die die versicherungsrechtlichen Anforderungen für die Rente ohne Abschläge erfüllen, auch von der Möglichkeit eines frühen Renteneintritts Gebrauch, wie auch der hohe Anteil an allen Rentenzugängen verdeutlicht (31,3 %). Die Ausweitung dieser Rentenart auf das 63. Lebensjahr gilt für Versicherte, die zwischen Juli 1951 und Dezember 1952 geboren sind. Für die später geborenen Jahrgänge zwischen 1953 und 1963 wird im Zuge der Anhebung der Regelaltersgrenze das Zugangsalter schrittweise wieder auf 65 Jahre angehoben. Für Jahrgänge ab 1964 gilt dann die bisherige Regelung der Altersgrenze für besonders langjährig Versicherte. Voraussetzung für den abschlagsfreien Rentenbeginn ist die Erfüllung einer besonderen Wartezeit von 45 Versicherungsjahren.

Besonders häufig wird die abschlagsfreie Frührente von Männern wahrgenommen (36,0 % der neu zugegangenen Altersrenten). Aber auch unter den Frauen finden sich 26,4 %, die 2020 diese Altersrente erstmalig bezogen haben (vgl. [Abbildung VIII.7](#) und [Abbildung VIII.8](#)). Zwar liegt die durchschnittliche Höhe der Versicherungsjahre bei den Frauen deutlich niedriger (vgl. [Abbildung VIII.31](#)), aber durch den Einbezug von Kindererziehungs- bzw. Kinderberücksichtigungszeiten bis zum 10. Lebensjahr des Kindes als vollwertige Versicherungszeiten erreichen überraschend viele Frauen – vor allem in den neuen Bundesländern – dennoch die Voraussetzung von 45 Jahren.

## Methodische Hinweise

Die Daten entstammen aus der Rentenzugangsstatisik der Deutschen Rentenversicherung.

Beim zeitlichen Vergleich der Rentenzugänge ist einschränkend zu berücksichtigen, dass demografische Effekte das Bild verzerren können. Ist z.B. in einem bestimmten Kalenderjahr die Altersgruppe mit dem Lebensalter 65 Jahre stark, die Altersgruppe 63 Jahre hingegen schwächer besetzt, dann wird das Rentenzugangsgeschehen im besonderen Maße durch den Bezug der Regelaltersrente mit 65 Jahren geprägt. Will man diesen demografischen Effekt ausschalten, dann müssen die Zugänge der einzelnen Rentenarten im Vergleich von Kohorten betrachtet werden.

Der Statistik der Rentenversicherung ist nicht zu entnehmen, ab welchem exakten Lebensalter vorgezogene Altersrenten tatsächlich bezogen werden. Zwei gegriffene Beispiele: Die Rente für langjährig Versicherte kann auch erst mit 63 Jahren und 9 Monaten, die Rente für besonders langjährig Versicherte erst mit 65 Jahren und 3 Monaten beantragt und gezahlt werden.

## Voraussetzungen für die einzelnen Rentenarten

- *Regelaltersrenten* können beantragt werden, wenn die jeweils gültige Altersgrenze erreicht worden ist und eine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt ist. Die Regelaltersgrenze steigt seit 2012 schrittweise auf 67 Jahre: Für den Geburtsjahrgang 1947 (also im Jahr 2012) liegt die Altersgrenze bei 65 Jahren und einem Monat, für jeden weiteren Jahrgang bis zum Geburtsjahr 1958 kommt ein Monat dazu. Für spätere Jahrgänge steigt das Renteneintrittsalter um jeweils zwei Monate. Ab Jahrgang 1964 (bzw. ab 2031) gilt die Altersgrenze von 67 Jahren.
- *Altersrenten für langjährig Versicherte* werden geleistet, wenn Versicherte das 63. Lebensjahr vollendet und eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Sie können ab Vollendung des 63. Lebensjahres in Anspruch genommen werden; bei einem vorzeitigen Renteneintritt fallen jedoch Abschläge an. Die Zahl der Abschlagsmonate richtet sich nach der jeweiligen Höhe der Regelaltersgrenze bzw. nach dem Geburtsjahrgang. Da die Regelaltersgrenze angehoben wird, erhöhen sich die Abschläge auf bis zu 14,4 %. Die ersten Versicherten, für die der Rentenabschlag von bisher maximal 7,2 Prozent schrittweise steigt, sind im Jahr 1949 geboren.
- *Altersrenten für besonders langjährig Versicherte* sind 2012 eingeführt worden. Sie können mit Vollendung des 65. Lebensjahres ohne Abschläge in Anspruch genommen werden. Erforderlich sind hier 45 Pflichtbeitragsjahre. Dazu zählen vor allem auch Pflichtbeiträge aus Kindererziehung, nicht erwerbsmäßiger Pflege, Krankengeldbezug sowie Wehr- und Zivildienst. Nicht berücksichtigt werden Pflichtbeiträge, die wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe gezahlt wurden. Im Rahmen des Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetzes ist – beginnend ab Juli 2014 – die vorgezogene Altersrente für besonders langjährig Versicherte (ohne Abschläge) auf 63 Jahre zeitlich befristet ausgeweitet worden. Diese Ausweitung gilt für Versicherte, die zwischen Juli 1951 und Dezember 1952 geboren sind. Für die später geborenen Jahrgänge zwischen 1953 und 1963 wird im Zuge der Anhebung der Regelaltersgrenze das Zugangsalter schrittweise wieder auf 65 Jahre angehoben. Für Jahrgänge ab 1964 gilt dann wieder die bisherige Regelung der Altersgrenze für besonders langjährig Versicherte. Voraussetzung für den abschlagsfreien Rentenbeginn ab 63 ist die Erfüllung einer besonderen Wartezeit von 45 Versicherungsjahren. Zu den 45

Jahren zählen: Pflichtbeiträge aus Beschäftigung, Pflichtbeiträge aus selbstständiger Tätigkeit, freiwillige Beiträge (beim Vorliegen von mindestens 18 Jahren Pflichtbeiträge), Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr, Zeiten der nichterwerbsmäßigen Pflege von Angehörigen, Zeiten von Entgeltersatzleistungen (u.a. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld, Insolvenzgeld), Leistungen bei beruflicher Weiterbildung. Nicht dazu zählen Zeiten des Bezugs von Arbeitslosenhilfe und von Arbeitslosengeld II, Anrechnungszeiten wegen Schule, Studium usw., Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld in den letzten beiden Jahren vor Rentenbeginn (es sei denn, es kommt zur Insolvenz des Betriebes oder zu einer vollständigen Geschäftsaufgabe).

- *Altersrenten für schwerbehinderte Menschen* werden Versicherten gewährt, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, als schwerbehindert anerkannt sind und eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Renten, die vor Vollendung des 63. Lebensjahres bezogen werden, werden durch Abschläge gemindert. Sie betragen 0,3 Prozent pro Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme. Im Gefolge der Anhebung der Regelaltersgrenze wird auch die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen ab 2012 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr angehoben. In der Endstufe dieses Prozesses, die im Jahr 2024 erreicht ist, müssen dann Abschläge hingenommen werden, wenn die Rente vor dem 65. Lebensjahr bezogen wird. Die maximale Abschlagshöhe bleibt aber auf drei Jahre bzw. 10,8 Prozent begrenzt.
- *Regelaltersrenten bei aufgeschobenem Rentenbeginn*: Der Antrag auf Bewilligung einer Regelaltersrente kann nach hinten hin verschoben werden. Je Monat eines aufgeschobenen Rentenbeginns erhöht sich die Altersrente um Zuschläge von 0,5 %. Wer (2023) statt mit 66 Jahren erst mit 68 Jahren eine Regelaltersrente bezieht, kann demnach mit einer Rentenerhöhung von 6,0 % rechnen. Zusätzlich führen die vermehrten Versicherungsjahre zu mehr Entgeltpunkten und Rentenanwartschaften. Allerdings scheinen weder die Arbeitnehmer noch die Arbeitgeber daran ein Interesse zu haben, denn dies betrifft (2021) gerade einmal 21.515 Personen. Bei Altersrentenzugängen von rund 855.000 Versicherten entspricht dies einem Anteil von 2,5 Prozent.

**Thema des Monats Oktober 2022 – Kontakt:**

Prof. Dr. Gerhard Bäcker | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | [gerhard.baecker@uni-due.de](mailto:gerhard.baecker@uni-due.de)

Dr. Jutta Schmitz-Kießler | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | [jutta.schmitz-kiessler@uni-due.de](mailto:jutta.schmitz-kiessler@uni-due.de)

Home > Bayern > Medizin > Coronavirus Bayern: Rückblick Januar und Februar 2020

### Meldungen im Rückblick

## Die Coronavirus-Pandemie in Bayern - die Monate Januar und Februar

29. Februar 2020, 23:00 Uhr



Wenige Stunden, nachdem der erste Coronavirus-Fall bekannt geworden ist, informiert die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml über die Folgen. (Foto: Peter Kneffel/dpa)

- Am 27. Januar 2020 meldet das bayerische Gesundheitsministerium spät-abends den ersten Coronavirus-Fall Deutschlands: Ein Mann aus Bayern hat sich mit dem neuartigen Erreger angesteckt.
- In den Tagen darauf werden stetig neue Fälle bekannt, die Patienten in Krankenhäusern isoliert. Personen, die zu ihnen engeren Kontakt hatten, werden ebenfalls getestet und müssen teilweise zu Hause in Quarantäne bleiben. Der Automobilzulieferer Webasto, wo die ersten Fälle aufgetreten sind, schließt seine Zentrale in Stockdorf bei München für zwei Wochen komplett.
- Am 27. Februar ist der Webasto-Ausbruch beendet, aber noch am selben Tag wird eine neue Coronavirus-Infektion bestätigt - diesmal geht sie auf Italien zurück.
- In diesem Artikel finden Sie die Entwicklungen rund um den ersten Coronavirus-Ausbruch in Bayern von Januar bis Ende Februar.
- Die aktuellsten Entwicklungen finden Sie im [aktuellen Newsblog aus Bayern](#).
- Die Meldungen im Rückblick: [Januar und Februar](#), [März](#), [April](#), [Mai](#), [Juni](#), [Juli](#) und [August](#).

      
Anhören Merken Teilen Feedback Drucken

Der Artikel wurde noch nicht vertont.

- ANZEIGE -

### Drei neue Fälle in Bayern

**Samstag, 29. Februar, 22.28 Uhr:** In Bayern gibt es drei weitere Coronavirus-Fälle. Es handele sich um Patienten aus Oberbayern, teilte das bayerische Gesundheitsministerium am Samstagabend mit. Die drei neuen Infektionen wurden nach Angaben des Landesamtes für [Gesundheit](#) und Lebensmittelsicherheit (LGL) bis zum späten Samstagnachmittag bestätigt. Aktuell gibt es nach Angaben des Ministeriums damit insgesamt vier bestätigte Krankheitsfälle im Freistaat. Die 14 bereits zuvor infizierten Menschen in Bayern sind bereits wieder auskuriert.

### Nürnberger in Baden-Württemberg erkrankt

**Freitag, 28. Februar, 17.31 Uhr:** Ein Mann aus Nürnberg ist während einer Geschäftsreise nach Baden-Württemberg positiv auf das neuartige [Coronavirus](#) getestet worden. Der 36-Jährige werde in einem Krankenhaus in Karlsruhe isoliert behandelt, teilten das Gesundheitsministerium in Stuttgart sowie die Stadt Nürnberg am Freitag mit. Auch seine Familie habe Symptome gezeigt, hieß es. Die Ehefrau, zwei Kinder sowie die Schwiegermutter des Mannes befänden sich in einer Nürnberger Isolierstation zur Abklärung. Mit den Testergebnissen werde frühestens am Samstag gerechnet.

### Was die Behörden Italien-Urlaubern empfehlen

**Freitag, 28. Februar, 16.25 Uhr:** Zum Ende der bayerischen Faschingsferien hat das Gesundheitsministerium ein spezielles Informationsblatt für Rückkehrer aus dem Italien-Urlaub veröffentlicht. Wer in den vergangenen zwei Wochen in einem der Coronavirus-Risikogebiete gewesen sei, solle in jedem Fall zu Hause bleiben und "unnötige Kontakte" zu anderen Menschen vermeiden, heißt es darin. Als offizielles Risikogebiet gilt zum Beispiel die Region Lombardei westlich des Gardasees. Träten zudem innerhalb von zwei Wochen nach der Rückkehr von dort Krankheitssymptome auf, solle man sich sofort telefonisch beim Hausarzt oder dem ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Nummer 116 117 melden, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Als mögliche Symptome werden genannt: Fieber, Muskelschmerzen, Husten, Schnupfen oder Durchfall.

- ANZEIGE -

Völlig unabhängig davon, ob er oder sie sich krank fühlt, muss sich jede Person beim örtlichen Gesundheitsamt melden, sollte sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einem Menschen gehabt haben, bei dem das neuartige Coronavirus nachgewiesen wurde. Wer hingegen keinen solchen Patienten getroffen habe oder in einer anderen italienischen Region unterwegs war, der müsse "keine speziellen Vorsichtsmaßnahmen" treffen, schreibt das Ministerium. Eine aktuelle Liste der offiziellen Risikogebiete nicht nur in Italien kann auf der [Internetseite des Robert-Koch-Instituts](#) abgerufen werden. Generell rät das Gesundheitsministerium derzeit älteren oder chronisch kranken Menschen von Reisen nach Norditalien ab.

### **Auch München beruft städtischen Krisenstab ein**

**Freitag, 28. Februar, 15.20 Uhr:** Wegen des Coronavirus hat die Landeshauptstadt erstmals seit gut vier Jahren wieder einen "Stab für außergewöhnliche Ereignisse" einberufen. Er wolle sicher sein, dass München gut vorbereitet sei, "wie auch immer sich die Lage weiter entwickeln wird", sagte Oberbürgermeister Dieter Reiter. In diesem Stab sitzen, je nach Situation, Vertreter verschiedener Behörden zusammen. Er dient vor allem dazu, deren Arbeit zu koordinieren und Abstimmungen zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Im Rathaus hat man registriert, dass sich in den vergangenen Tagen vermehrt "besorgte" Bürger wegen des Coronavirus-Ausbruchs gemeldet haben - und diese Zahl werde weiter steigen, wenn jetzt viele Münchner aus den Ferien zurückkämen, heißt es in einer Mitteilung. Zuletzt wurde in der Stadt ein "Stab für außergewöhnliche Ereignisse" im Herbst 2015 eingesetzt: Damals kamen binnen weniger Tage Zehntausende Flüchtlinge am Münchner Hauptbahnhof an, die die Behörden versorgen und unterbringen mussten.



### **Messen sollen Aussteller aus Risikogebieten ausladen**

**Freitag, 28. Februar, 14.15 Uhr:** Wegen des Ausbruchs des Coronavirus bittet die Staatsregierung Messeveranstalter in Bayern, Aussteller aus Risikogebieten auszuladen. Sollte das nicht möglich sein, müsse überdacht werden, ob die komplette Messe abgesagt wird, sagte Gesundheitsministerin Melanie Huml am Freitag nach einer Sitzung des Kabinettsausschusses. Es gehe um Veranstaltungen mit mehr als 1000 Besuchern. Es sollten nicht alle Großveranstaltungen abgesagt werden, betonte die Ministerin. Die Veranstalter im Freistaat sollten aber alle in naher Zukunft geplanten Events den Gesundheitsbehörden melden. Dann solle gemeinsam entschieden werden, wie man damit umgeht. Erst am Donnerstag war die für kommende Woche geplante Waffen- und Jagdmesse IWA in Nürnberg verschoben worden.

Am Freitag berieten in der Staatskanzlei diverse Minister über den Umgang mit der neuartigen Lungenkrankheit Covid-19. Im Anschluss teilte Huml mit, dass der Freistaat einen Krisenstab einrichtet. Darin sei vor allem das Innenministerium einbezogen. Bislang habe eine Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums etwa 25-mal getagt, sagte Huml. Diese sei zuletzt schon mit Vertretern anderer Ministerien verstärkt worden.

In Bayern können derzeit täglich 1200 Proben auf das Virus Sars-CoV-2 untersucht werden. "Das wird schon noch mehr werden", sagte Andreas Zapf, der Leiter des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), der ebenfalls an der Sitzung des Kabinettsausschusses teilnahm. Die aktuelle Zahl beruhige ihn aber schon mal. Seit Januar werde die Laborkapazität erhöht. Auf den Erreger getestet werden inzwischen auch alle neu ankommenden Flüchtlinge und Asylbewerber - schon bei ihrer Ankunft in Bayern, wie Innenminister Joachim Herrmann sagte. Bislang sei kein positiver Fall dabei gewesen.

Ganze Ortschaften abzuriegeln, wie etwa in Italien geschehen, das steht in Bayern nicht zur Diskussion. "Definitiv nicht", sagte Herrmann. Der Freistaat verfolge die Strategie, Personen die krank sind oder bei denen ein Verdacht bestehe, zu isolieren und unter Quarantäne zu stellen.

### **Dem infizierten Oberarzt geht es nach eigenen Worten gut**

**Freitag, 28. Februar, 12.30 Uhr:** Zum neuen Coronavirus-Fall in Bayern werden weitere Einzelheiten bekannt. Dem Mann gehe es gesundheitlich gut, er werde in einem Isolierzimmer überwacht, teilte das Uni-Klinikum Erlangen mit. In der dortigen Hautklinik arbeitet er als Oberarzt, wo er nun auch behandelt wird. "Ich war perplex, als ich am Mittwochabend den Anruf aus dem Gesundheitsamt bekam, dass ich mich womöglich von einem italienischen Kollegen bei einer Konferenz in München mit dem Coronavirus

angesteckt haben könnte", wird der Arzt in einer Mitteilung des Klinikums zitiert. Aktuell gehe es ihm gut: "Der Hals kratzt ein wenig, die Nase läuft, es ist wie bei einer leichten Erkältung." Fieber habe der Patient nicht, teilte das Klinikum mit, sein Zustand sei stabil.

In der betroffenen Hautklinik wird momentan beraten, wie das Haus mit dem Corona-Fall umgehen soll. Dies soll in den kommenden Stunden entschieden werden. Zunächst muss wohl überprüft werden, ob sich Patienten und Mitarbeiter, die mit dem betroffenen Mediziner Kontakt hatten, angesteckt haben. In der Hautklinik sollen in den kommenden Tagen dann voraussichtlich nur noch Notfälle behandelt werden und Patienten, die auf eine dauerhafte Therapie angewiesen sind. Ob Patienten, deren hautärztliche Therapie beendet ist, für 14 Tage in der Klinik bleiben müssen oder zur Quarantäne nach Hause geschickt werden können, muss dann wohl das Gesundheitsamt entscheiden.

### **Ministerin appelliert: Lasst kranke Kinder zu Hause!**

**Freitag, 28. Februar, 11.55 Uhr:** Die bayerische Familienministerin Carolina Trautner ruft Eltern zur Besonnenheit auf. "Der Betrieb der Kitas läuft mit den ohnehin üblichen und allseits bekannten Hygienemaßnahmen uneingeschränkt weiter", sagte sie. Wenn ein Kind Krankheitssymptome aufweise, die auf das neuartige Coronavirus schließen lassen - wie etwa Husten oder Schnupfen -, sollte es nicht in den Kindergarten oder die Krippe geschickt werden, sondern erst dann wieder, wenn es ganz gesund sei. Haben sich die Kinder mit entsprechenden Symptomen in den bekannten Verbreitungsgebieten des Coronavirus aufgehalten, dürften sie die Kita nicht mehr besuchen, sagte Trautner. Eltern sollten mit ihren Kindern in diesem Fall auch nicht in Arztpraxen gehen, sondern den Hausarzt oder den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116117 anrufen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

### **Bayerns erster Patient berichtet von seiner Zeit in der Klinik**

**Freitag, 28. Februar, 11.45 Uhr:** Deutschlands erster Coronavirus-Patient ist sich nach eigenen Worten nie richtig krank vorgekommen. "Ich habe mich nie in Lebensgefahr gefühlt", sagte er dem Radiosender Bayern 1 in einem Interview. Die Diagnose sei natürlich schockierend gewesen. "Mir kam das alles sehr surreal vor", berichtete der Mann aus dem Landkreis Landsberg. "Warum muss ich jetzt der Erste sein, der das hat?"

Der damals 33-Jährige hatte sich bei einem chinesischen Gast seiner Firma [Webasto](#) angesteckt. "Für mich war sie komplett gesund", sagte der Mann über den Tag, als er die Frau bei einer Schulung traf. In den Tagen vor seiner Isolierung Ende Januar habe er zwar Schnupfen, Husten und Fieber gehabt, dies allerdings der Jahreszeit wegen als normal abgetan und sich dann auch wieder gesund gefühlt. "Mir ging es eigentlich auch nie schlecht."

Zweieinhalb Wochen war der Mann im Klinikum München-Schwabing. "Es war ein sehr, sehr langweiliger Alltag", sagte er. Zugleich wirft er den Behörden vor, sich sehr lange Zeit gelassen zu haben, um die Kriterien für eine Entlassung aus dem Krankenhaus festzulegen. "Da hat man keine Rücksicht auf uns genommen." Das Warten und die Perspektivlosigkeit hätten ihn und

die anderen Patienten psychisch sehr belastet. "Wir waren gesund, wir waren mehr oder weniger gefangen in dieser Anstalt und wir mussten darauf warten, bis das Ministerium sich entscheidet." Der Mann wird nach eigenen Worten immer noch regelmäßig auf den Erreger Sars-CoV-2 getestet. "Ich bin zu Hause, ich darf aber ganz normal rausgehen." Nur in die Arbeit dürfe er nach wie vor nicht.

### **Neuerlicher Coronavirus-Fall in Bayern**

**Donnerstag, 27. Februar, 22.25 Uhr:** In Bayern gibt es einen neuen Coronavirus-Fall. Wie das bayerische Gesundheitsministerium am Donnerstagabend mitteilte, handelt es sich dabei um einen Mann aus Mittelfranken. Dieser hatte offenbar bei einem Kongress in München Kontakt zu einem Italiener, der bei seiner Rückkehr nach Italien positiv auf das Virus getestet wurde. Man gehe daher davon aus, dass sich der Mann aus Mittelfranken bei dem Italiener angesteckt habe, erklärte der Ministeriumssprecher Jörg Säuberlich am Abend der SZ. Das zuständige Gesundheitsamt habe bereits damit begonnen, mögliche Kontaktpersonen zu ermitteln. Sie müssen dann für zwei Wochen zu Hause in Quarantäne.

Später bestätigte das Ministerium SZ-Informationen, dass es sich bei dem infizierten Mann um einen Mediziner der Universitätsklinik Erlangen handelt. Dort wird er momentan auch behandelt und isoliert. Die Erlanger Hautklinik, in der der Mann tätig ist, will nun alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Das Gesundheitsministerium will am Freitag weitere Details bekanntgeben.

### **Letzter Coronavirus-Patient darf Schwabinger Klinik verlassen**

**Donnerstag, 27. Februar, 17.18 Uhr:** Nach gut vier Wochen ist Bayern offiziell wieder Coronavirus-frei - zumindest vorerst. [Der letzte Patient sei aus dem Krankenhaus entlassen worden, teilte das Gesundheitsministerium am Donnerstagnachmittag mit.](#) Nähere Angaben zur Person machte es nicht. Er war im Klinikum München-Schwabing behandelt worden, nachdem er sich mit dem neuartigen Erreger Sars-CoV-2 angesteckt hatten. Insgesamt waren in Bayern 14 Coronavirus-Fälle bekannt geworden, der erste davon vor viereinhalb Wochen.

### **Waffen-Messe in Nürnberg abgesagt**

**Donnerstag, 27. Februar, 16.40 Uhr:** Die Nürnberger Messegesellschaft hat am Donnerstagnachmittag die Waffen- und Jagdmesse IWA auf unbestimmte Zeit verschoben. Mit gut 1600 Ausstellern und 45 000 Fachbesuchern ist sie nach der Shot Show in Las Vegas die zweitgrößte Messe ihrer Art weltweit. Ursprünglich sollte sie vom 6. bis 9. März stattfinden. Traditionell tummeln sich auf der IWA sehr viele Aussteller und Besucher aus China und der Lombardei. "Wir sind aufgrund der neuesten Entwicklungen und Aussagen der Experten und des Gesundheitsministers zu der Entscheidung gelangt, die auch von der Branche so mitgetragen wird", sagte der Nürnberger Messesprecher-Thomas Koch. Ein Ersatztermin steht noch nicht fest.

### **Coronavirus-Patient im Kino - Sitznachbarn in Quarantäne**

**Donnerstag, 27. Februar, 16.07 Uhr:** Nach dem Kinobesuch eines Coronavirus-Patienten in Neu-Ulm müssen mehrere Sitznachbarn des Mannes in Quarantäne. Die vier Kinobesucher dürfen nach Anordnung des Gesundheitsamtes vorläufig ihre Wohnung nicht mehr verlassen, teilte das Landratsamt in Neu-Ulm am Donnerstag mit. Die Behörde geht davon aus, dass insgesamt acht Kinobesucher, die in unmittelbarer Nähe des erkrankten 25-Jährigen saßen, gefährdet sind. Nach den anderen vier Betroffenen wird noch gesucht.

Der 25-Jährige aus dem Landkreis Göppingen in Baden-Württemberg hatte am Samstagabend das Kino in Neu-Ulm besucht. In dem Filmsaal saßen insgesamt 138 Besucher. Die anderen Gäste, die weiter entfernt von dem Patienten saßen, sollen in den kommenden Tagen auf Krankheitssymptome wie Fieber, Husten oder Schnupfen achten. Falls sie erkrankten, sollten die Kinogäste sofort die Kontakte zu anderen Menschen minimieren und ihren Hausarzt sowie das örtliche Gesundheitsamt anrufen.

### **Bayern verspricht von Corona betroffenen Betrieben Hilfe**

**Donnerstag, 27. Februar, 15.54 Uhr:** Bayerns Wirtschaftsminister Hubert Aiwanger (Freie Wähler) stellt von den Auswirkungen des neuartigen Coronavirus betroffenen Betrieben finanzielle Hilfe in Aussicht. "Wir lassen unsere Unternehmen nicht im Stich, sollten sie wegen des Coronavirus in Schieflage geraten", sagte er am Donnerstag. Komme es zu Liquiditätsproblemen, beispielsweise durch unterbrochene Lieferketten, könnten Betriebe Kredite und Bürgschaften durch die LfA Förderbank Bayern erhalten, sofern sie über ein zukunftsfähiges Geschäftsmodell verfügten.

Aiwanger sagte, er hoffe, dass es zu keiner dramatischen Zuspitzung der Situation kommen werde, "aber wir sind vorbereitet". Sollte die Situation "über die bayerischen Möglichkeiten hinaus eskalieren", erwarte er Unterstützung vom Bund. Künftig soll es jeweils Montagvormittag einen runden Tisch mit den Spitzenverbänden der Wirtschaft und der Messen sowie der LfA Förderbank Bayern im Ministerium geben.

### **Sondersitzung des bayerischen Kabinetts**

**Donnerstag, 27. Februar, 14.25 Uhr:** Die Ausbreitung des Coronavirus Sars-CoV-2 beschäftigt nun außer der Reihe die bayerische Staatsregierung. In einem Kabinettsausschuss wollen sich einzelne Ministerien mit Regierungschef Markus Söder (CSU) am Freitag mit Vertretern des Robert Koch-Institutes (RKI) über die Lage in Bayern und den anderen Bundesländern austauschen.

Im Fokus soll dabei die Frage stehen, wie der Freistaat auf eine möglicherweise bevorstehende Ausbreitung vorbereitet ist. Dabei geht es etwa um vorhandene Kapazitäten von geeigneten Quarantänebetten in Krankenhäusern. An der Sitzung nehmen laut Staatskanzlei teil: Gesundheitsministerin Melanie Huml, Innenminister Joachim Herrmann, Staatskanzleichef Florian Herrmann, Sozialministerin Carolina Trautner, Verkehrsministerin Kerstin Schreyer (alle CSU), Kultusminister Michael Piazolo, Wirtschaftsstaatssekretär Roland Weigert (beide Freie Wähler) sowie RKI-Präsident Lothar Wierler und der Leiter des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Andreas Zapf.

## Entwarnung bei spanischer Schülergruppe

**Donnerstag, 27. Februar, 8.57 Uhr:** Ein Coronavirus-Verdacht bei einer spanischen Reisegruppe in Oberbayern hat sich nicht bestätigt. Unter den Schülern mit Grippesymptomen gebe es keinen begründeten Verdachtsfall auf Covid-19, teilte das Landratsamt Rosenheim mit. Stattdessen gehe man von Grippe aus. Getestet auf das Coronavirus wurden die spanischen Schüler allerdings nicht. Am Mittwochnachmittag waren drei von ihnen mit Grippesymptomen in ein Krankenhaus gebracht worden. 15 weitere Personen aus der 32-köpfigen Reisegruppe wurden mit leichten Symptomen zur Beobachtung ebenfalls in Krankenhäuser gebracht. Die Gruppe hatte am Mittwoch das Schloss Herrenchiemsee besucht.

## Coronavirus-Patient im Kino - Gesundheitsamt warnt andere Besucher

**Mittwoch, 26. Februar, 14.20 Uhr:** Nach dem Kinobesuch eines Coronavirus-Patienten in Neu-Ulm warnt das Gesundheitsamt andere Gäste des Filmtheaters vor einer möglichen Ansteckung. Wie das Landratsamt in Neu-Ulm am Mittwoch berichtete, hatte sich der Mann aus dem Landkreis Göppingen in Baden-Württemberg am vergangenen Samstagabend den Krimi-Thriller "Bad Boys for Life" angeschaut. In dem Saal des Neu-Ulmer Kinos seien 138 Besucher gewesen. Später sei bei dem 25-Jährigen das neuartige Virus nachgewiesen worden.

"Die Möglichkeit einer Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus besteht für Personen, die mindestens 15 Minuten in Gesicht-zu-Gesicht-Kontakt mit dem Erkrankten waren", heißt es in einer Mitteilung der Kreisbehörde. Auf welche Besucher dies möglicherweise zutrefte, könne im Nachhinein nicht näher bestimmt werden.

Besucher der Kinovorführung, die in den kommenden zehn Tagen Krankheitssymptome wie Fieber, Husten oder Schnupfen bekämen, sollten sofort die Kontakte zu anderen Menschen minimieren und ihren Hausarzt sowie das örtliche Gesundheitsamt anrufen, betonte das Landratsamt. Der 25-Jährige hatte sich vermutlich während einer Italienreise in Mailand angesteckt. Am Mittwoch wurde bekannt, dass sich auch seine Reisebegleiterin sowie deren Vater infiziert haben.

## Preis für Mundschutzmasken 20 Mal höher

**Mittwoch, 26. Februar, 14.20 Uhr:** Die hohe Nachfrage nach Mundschutz- oder OP-Masken zum vermeintlichen Schutz vor dem Coronavirus führt vereinzelt zu extremen Preissprüngen. So bot zum Beispiel ein Händler bei Amazon eine Box mit 50 Gesichtsmasken "mit elastischen Ohrschlaufen weiß 3-lagig" des Herstellers SF am Mittwoch für 95,50 Euro an. Versandapotheken hatten das gleiche Produkt vor kurzem noch für 3,95 Euro im Angebot gehabt - jetzt ist es ausverkauft.

Dem US-Internetmagazin *Wired* zufolge hat Amazon einige überbeuerte Angebote bereits von seinen Seiten entfernt und Händler gewarnt, keine unangemessenen Preise zu fordern. Ein Amazon-Sprecher sagte in München, Verkäufer setzten ihre Preise selbst fest, aber bei Verstößen gegen die Richtlinien werde Amazon Maßnahmen ergreifen. Ein SF-Mitarbeiter in Berlin sagte auf Anfrage, wegen der hohen Nachfrage habe es Preiserhöhun-

gen gegeben, aber die Masken seien derzeit nicht mehr lieferbar. Das nutzten einige wohl spekulativ aus.

### **Ein weiterer Corona-Patient aus Klinikum Schwabing entlassen**

**Dienstag, 25. Februar, 16.55 Uhr:** Wie das bayerische Gesundheitsministerium mitteilte, befindet sich nur noch eine Person, bei der das Coronavirus bestätigt worden ist, im Krankenhaus in München-Schwabing. Am Dienstag sei ein weiterer Patient entlassen worden. Es bleibt nach Ministeriumsangaben beim Stand von 14 nachgewiesenen Corona-Fällen im Freistaat.

### **Bayern will Italien-Reisende wegen Coronavirus informieren**

**Dienstag, 25. Februar 16.11 Uhr:** Wegen des Coronavirus-Ausbruchs in Italien will die Staatsregierung Reisende so gut wie möglich aufklären. Dafür hätten sich Vertreter unter anderem der Ministerien für Gesundheit, Verkehr und Inneres am Dienstag beraten, sagte Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU). In den Faschingsferien seien derzeit viele Menschen in Italien und kämen per Flugzeug, Bus oder mit dem Auto zurück. Beispielsweise solle auch vermehrt in Zügen informiert werden, sagte Huml. Es sei ganz wichtig, "dass wir diejenigen, die betroffen sein könnten, erreichen". Das Infomaterial, das bisher stark auf China - als Ursprungsland der Epidemie - ausgelegt sei, solle aktualisiert werden. So habe das Robert Koch-Institut neue Risikogebiete benannt. [Mehr zu diesem Thema lesen Sie hier.](#)

### **Italien-Rückkehrer dürfen vier Wochen kein Blut spenden**

**Dienstag, 25. Februar, 15.53 Uhr:** Zum Schutz vor weiteren Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus dürfen Reiserückkehrer aus Italien bei den Blutspendediensten des Deutschen Roten Kreuzes und des Bayerischen Roten Kreuzes vier Wochen lang kein Blut spenden. Die Zeitspanne werde ab der Rückkehr berechnet, sagte Sprecher Patric Nohe am Dienstag der Deutschen Presse-Agentur. Für Reisende aus der gesamten Volksrepublik China sowie aus Nord- und Südkorea betrage die Sperre seit längerem ohnehin vier Wochen, allerdings wegen des Chikungunya-Virus. Es kann durch Stechmücken übertragen werden und die Tropenkrankheit Chikungunya fieber verursachen. "Die Inkubationszeit des neuartigen Coronavirus (Sars-CoV-2) liegt bei bis zu 14 Tagen und ist somit durch diese Maßnahme ebenfalls abgedeckt", so Nohe.

### **Zug nach München am Brenner wegen Corona-Verdachts gestoppt**

**Montag, 24. Februar, 8.50 Uhr:** Der aus Furcht vor dem Coronavirus am Brenner gestoppte Eurocity ist mit mehrstündiger Verspätung am frühen Montagmorgen in München angekommen. Zahlreiche Passagiere - vereinzelt mit Gesichtsmasken, verließen den aus Venedig eingetroffenen Zug am Hauptbahnhof.

Den Zwangsstopp für zwei Züge am italienisch-österreichischen Grenzübergang hatten zwei Frauen an Bord ausgelöst, die Fieber und starken Husten hatten. Nach Angaben des österreichischen Innenministeriums fiel ein Test auf das Virus negativ getestet. Kurz vor Mitternacht hatten die österreichischen Behörden dann grünes Licht für die Weiterfahrt der rund 500 Reisenden gegeben.



Zuvor waren alle Passagiere des Eurocitys (EC) 86 von Venedig nach München in den nachfolgenden EC 1288 ebenfalls mit dem Ziel München umgestiegen. Das österreichische Innenministerium teilte mit, bei allen Passagieren, die in Österreich aussteigen, würden Identitätsfeststellungen vorgenommen. Ein Sprecher der Bundespolizei sagte auf Nachfrage der Deutschen Presse-Agentur, er gehe nicht von einer Registrierung der Passagiere aus dem Zug in Deutschland aus. Die Aussteigenden dürften nach seinem Wissen den Bahnhof ohne Einschränkung verlassen. Der Zugverkehr mit Italien verlief am Montagmorgen wieder planmäßig.

### **Nur noch zwei Patienten im Krankenhaus**

**Freitag, 21. Februar, 14.10 Uhr:** Erneut ist ein Patient aus dem Schwabinger Krankenhaus entlassen worden, das hat das Gesundheitsministerium mitgeteilt. Damit sind nur noch zwei Personen in Behandlung, die sich mit dem Erreger Sars-CoV-2 angesteckt haben.

### **Was in Schwabing über die Krankheit herausgefunden wurde**

**Freitag, 21. Februar, 13.10 Uhr:** Clemens Wendtner und seine Kolleginnen und Kollegen in der München Klinik Schwabing haben lehrreiche Wochen hinter sich. Sie haben neun der 14 bayerischen Coronavirus-Patienten behandelt und dabei interessante Erkenntnisse über den neuen Erreger und die von ihm ausgelöste Krankheit Covid-19 gesammelt. Zum Beispiel, dass der sich nicht wie das verwandte Sars-Virus in den tieferen Atemwegen einnistet, sondern oben im Rachenraum. Oder dass die Patienten etwa zehn Tage, nachdem sie erste Symptome zeigen, immun gegen die Krankheit sind. [Erkenntnisse wie diese helfen Ärzten weltweit bei der Bekämpfung des neuen Virus - und vielleicht auch bei einer Entwicklung des Impfstoffes, wie Wendtner berichtet.](#)

### **Wie sich der Alltag in der Isolation anfühlt**

**Mittwoch, 19. Februar, 18.20 Uhr:** Krank waren die allermeisten von ihnen nicht wirklich, beobachtet und getestet aber wurden sie so intensiv wie kaum ein Patient im Schwabinger Krankenhaus von München: Täglich Abstriche aus Nase und Rachen, dazu Hustenschleim, Stuhl-, Urin- und Blutproben. Kein Wunder: Die acht Männer und eine Frau hatten sich mit dem neuartigen Coronavirus Sars-CoV-2 infiziert, für die Mediziner sind sie Ausnahmefälle und zugleich Forschungsobjekte im Kampf gegen eine globale Pandemie. Wie sich ihr Klinikaufenthalt gestaltete, das [hat Chefarzt Clemens Wendtner nun erstmals öffentlich geschildert](#). Sechs Patienten sind mittlerweile entlassen, drei werden noch in Schwabing behandelt. Sie müssen weiter all die Proben abgeben - und dann warten. Bis zum Abend. Denn dann kommen erst die Ergebnisse aus den Labors und damit eine Antwort auf die Frage: Wie hoch ist die Viruslast noch? Wann kann ich nach Hause?

### **Erneut Patient entlassen**

**Mittwoch, 19. Februar, 14.35 Uhr:** Die Zahl der Coronavirus-Patienten in Bayern sinkt weiter: Am Mittwoch wurde ein weiterer Patient aus dem Klinikum München-Schwabing entlassen, wie das Gesundheitsministerium mitteilte. Damit werden dort nur noch drei Menschen behandelt, die sich mit dem Erreger Sars-CoV-2 angesteckt haben, der die Lungenkrankheit Covid-

19 auslöst. Sie sind die letzten der zwischenzeitlich 14 Patienten, deren Infektionen in Bayern bekannt geworden waren. Und auch sie sähen "einer zeitnahen Entlassung" entgegen, ließ die Klinik wissen.

### **Puma fürchtet Einbußen, BMW und Audi produzieren wieder**

**Mittwoch, 19. Februar, 11.25 Uhr:** Der fränkische Sportartikelhersteller Puma befürchtet Einbußen durch das Coronavirus in Asien. China ist der zweitgrößte Markt nach den USA für Puma und mit einer Wachstumsrate von 40 Prozent im vergangenen Jahr das sich am schnellsten entwickelnde Geschäftsfeld. Der Betrieb dort sei derzeit "stark beeinträchtigt", sagte Vordachschef Björn Gulden. "Das Geschäft in anderen Märkten, vor allem in Asien, leidet unter dem Ausbleiben chinesischer Touristen." Eine genaue Vorhersage sei schwierig. Puma gehe aber derzeit davon aus, dass die Einbußen weitgehend kompensiert werden können.

Derweil produzieren die bayerischen Autofirmen Audi und BMW nach den krankheitsbedingten Einschränkungen wieder in China. Die Produktion laufe seit Montag wieder, teilte ein BMW-Sprecher mit. Eine Audi-Sprecherin sagte, sowohl in der Produktion im Joint Venture als auch in allen anderen Geschäftsbereichen sei wieder Normalbetrieb erreicht. Audis Marketing- und Vertriebsvorständin, Hildegard Wortmann, sagte der Zeitschrift *Automobilwoche* über die Geschäfte in China: "Im Moment treten Kunden überwiegend online in Kontakt mit Audi, darauf fokussieren wir aktuell auch unsere Vertriebs- und Marketing-Aktivitäten. In den Showrooms und bei den Händlern passiert, je nach Region, gerade weniger."

### **Drei weitere Patienten entlassen**

**Dienstag, 18. Februar, 13.45 Uhr:** Nach und nach können immer mehr Coronavirus-Patienten nach Hause: Bis Dienstagmittag seien drei weitere Erkrankte aus den Kliniken entlassen worden, teilte das bayerische Gesundheitsministerium mit. Zwei von ihnen wurden bis zum Montag in München-Schwabing behandelt, ein dritter in einem unbekanntem Krankenhaus. Bei dieser Person handelt es sich um den letzten der bislang 14 Coronavirus-Fälle in Bayern, der erst vor einer Woche bekannt geworden war. Nähere Angaben zu den drei Personen machte das Ministerium nicht. Damit werden in Bayern nur noch vier Menschen behandelt, die sich mit dem neuartigen Erreger Sars-CoV-2 angesteckt haben. Sie alle befinden sich im Schwabinger Krankenhaus, seien "weitestgehend symptomfrei" und könnten vermutlich ebenfalls bald entlassen werden, teilte die Klinik mit.

### **Die meisten Quarantänen aufgehoben, seit einer Woche kein neuer Fall aufgetreten**

**Dienstag, 18. Februar, 8.40 Uhr:** Drei Wochen nach dem Beginn des Coronavirus-Ausbruchs scheint sich die Lage in Bayern zu entspannen. Seit nunmehr sieben Tagen ist nach offiziellen Angaben kein neuer Fall aufgetreten, die Hälfte der bislang 14 Patienten ist aus den Kliniken entlassen und auch die meisten der sogenannten Kontaktpersonen, die zwei Wochen lang in Quarantäne bleiben mussten, dürfen ihre Wohnungen inzwischen wieder verlassen.

Am Montag vor drei Wochen war in Deutschland erstmals ein Mann positiv auf den neuartigen Erreger Sars-CoV-2 getestet worden. Der 33-Jährige aus



Kaufering arbeitet für den Automobilzulieferer Webasto und hatte sich dort auch angesteckt. 13 weitere Fälle traten seitdem im Freistaat auf, alle sind auf Infektionen in der Firma zurückzuführen. Zuletzt waren vor einer Woche der Fall eines 49-jährigen Webasto-Beschäftigten sowie der Fall eines Angehörigen eines anderen Webasto-Mitarbeiters gemeldet worden. Beide hatten sich bereits zuvor zu Hause isolieren müssen. Bei beiden schlug, kurz bevor die Quarantäne enden sollte, der Abschlusstest positiv an. Dass seitdem, soweit öffentlich bekannt, keine weiteren Fälle aufgetreten sind, ist ein beruhigendes Zeichen, denn immer mehr Menschen werden aus der sogenannten "häuslichen Isolierung" entlassen, ohne dass beim abschließenden Test bei ihnen das Virus nachgewiesen wird.

Nach Angaben des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) wurden in Bayern bislang etwa 230 Menschen dazu verpflichtet, ihre Wohnungen nicht zu verlassen und Kontakt zu anderen Menschen zu meiden; bis zum Montag lief bei drei Viertel der Betroffenen die Quarantäne aus. Sie alle hatten engeren Kontakt zu einem der Coronavirus-Patienten und wurden mindestens zweimal auf den Erreger getestet und isoliert, auch ohne dass sie Symptome der Lungenkrankheit Covid-19 zeigten, die das neuartige Virus auslöst.

Gute Nachrichten gibt es auch für einen weiteren Patienten, dessen Infektion ebenfalls auf den Coronavirus-Ausbruch bei Webasto zurückzuführen ist, den die Behörden aber nicht als deutschen oder bayerischen Fall führen, sondern als spanischen. Der 26-jährige Mann aus dem Landkreis Landsberg hatte vor gut drei Wochen Kontakt zu einem infizierten Webasto-Mitarbeiter und flog anschließend mit vier weiteren Männern in den Urlaub nach La Gomera. Dort wurde er positiv getestet und kam in eine Klinik, seine Reisegruppe wurde auf der spanischen Insel isoliert. Nach Informationen des LGL ist der 26-Jährige inzwischen aus dem Krankenhaus entlassen worden und wie auch seine Mitreisenden nach Bayern zurückgekehrt.

### **Sieben von 14 Patienten wieder zu Hause**

**Montag, 17. Februar, 13.40 Uhr:** Sieben der insgesamt 14 Coronavirus-Patienten in Bayern haben das Krankenhaus inzwischen wieder verlassen - darunter auch eine Familie aus Siegsdorf, die gut zwei Wochen lang gemeinsam in der Kreisklinik Trostberg ([Landkreis Traunstein](#)) isoliert war. Das hat das bayerische Gesundheitsministerium am Montagmittag mitgeteilt. Bei dem Familienvater war das neuartige Virus Sars-CoV-2 bereits am 30. Januar nachgewiesen worden, später auch bei seiner Frau und zweien seiner drei Kinder. Der 38-Jährige hatte sich bei einem Kollegen angesteckt; er arbeitet für den Automobilzulieferer Webasto in Stockdorf bei München, wo vor drei Wochen der erste Coronavirus-Fall Deutschlands aufgetreten war. "Allen Familienmitgliedern geht es gesundheitlich bereits seit einigen Tagen gut", teilte das Klinikum mit, insbesondere die Kinder seien aber "durch die Quarantänesituation psychisch stark belastet gewesen".

Wer an der neuartigen Lungenkrankheit, die inzwischen den Namen Covid-19 trägt, erkrankt, wird in einem Krankenhaus isoliert. Das Robert-Koch-Institut des Bundes hat inzwischen deutschlandweit gültige Kriterien für eine Entlassung formuliert. Demnach darf ein Patient nur dann nach Hause, wenn er folgende Bedingungen erfüllt: Das erste Auftreten von Krankheitssymptomen liegt mindestens zehn Tage zurück, er ist seit mindestens zwei

Tagen frei von Fieber und seit mindestens 24 Stunden auch von Krankheitssymptomen - und vor allem: Innerhalb von 24 Stunden waren mindestens zwei Tests auf den Erreger negativ. Auch aus dem Klinikum München-Schwabing sind seit dem Wochenende drei der neun Patienten dort entlassen worden.

### **Weitere Coronavirus-Patienten aus Klinik entlassen**

**Sonntag, 16. Februar, 13.09 Uhr:** In Bayern sind am Wochenende weitere Coronavirus-Patienten aus dem Krankenhaus entlassen worden. Das teilte das Gesundheitsministerium am Sonntag in München mit. Die Entlassungskriterien des Robert Koch-Institutes (RKI) seien erfüllt, sagte eine Ministeriumssprecherin. Nähere Angaben zu den Betroffenen wollte die Behörde nicht machen.

Der erste der insgesamt 14 im Freistaat registrierten Patienten war am vergangenen Mittwoch aus einer Münchner Klinik entlassen worden. Die Person sei wieder vollständig gesund und nicht mehr ansteckend, hatte das Krankenhaus mitgeteilt. Alle 14 Infektionen mit dem Virus Sars-CoV-2 in Bayern stehen in Zusammenhang mit dem Stockdorfer Autozulieferer Webasto. Eine chinesische Kollegin hatte den Erreger im Januar bei einer Dienstreise eingeschleppt. Der Stammsitz war wegen der Infektionen zwei Wochen geschlossen und hatte am vergangenen Mittwoch wieder geöffnet.

Neben den 14 Fällen in Bayern gab es in Deutschland zwei weitere Infektionen. Die beiden Heimkehrer aus dem chinesischen Wuhan wurden am Freitag aus der Universitätsklinik Frankfurt entlassen, darunter eine Frau, die aus dem oberbayerischen [Landkreis Freising](#) kommt.

### **Fluggäste aus China werden genauer zu Coronavirus befragt**

**Samstag, 15. Februar, 10.45 Uhr:** Flugpassagiere aus China werden vor der Landung an den Flughäfen Frankfurt und München nun genauer nach einem möglichen Kontakt mit dem Coronavirus befragt. Bei Direktflügen muss dafür ab sofort eine Selbstauskunft mit drei Fragen an Bord verteilt werden, wie das Bundesgesundheitsministerium und die Fachressorts in Hessen und Bayern am [Samstag mitteilten](#).

### **Munich Re-Mitarbeiter möglicherweise mit Coronavirus infiziert - erstes Testergebnis negativ**

**Freitag, 14. Februar, 14.52 Uhr:** Der Rückversicherer Munich Re hat bestätigt, dass ein Mitarbeiter des Konzerns in München möglicherweise mit dem Coronavirus infiziert ist. "Wir haben unsere Mitarbeiter unterrichtet und entsprechende Maßnahmen ergriffen", sagte ein Sprecher der SZ. Das erste Testergebnis sei negativ gewesen, eine Infektion könne aber nur durch einen zweiten negativen Test am Ende der Inkubationszeit definitiv ausgeschlossen werden. In der Munich-Re-Hauptverwaltung in München sind 3000 Mitarbeiter beschäftigt.

Das Unternehmen hat alle Mitarbeiter, die direkt intensiveren Kontakt mit der betroffenen Person hatten, über den Verdacht informiert und gebeten, von zu Hause aus zu arbeiten. Dazu gehören Kolleginnen und Kollegen, die in demselben Büro sitzen oder mit denen die betroffene Person zu Mittag

gegessen hat. Weitere Personen, die Begegnungen mit dem Mitarbeiter hatten, seien auf wirksame Hygienemaßnahmen hingewiesen worden.

Der Sprecher wollte nichts dazu sagen, wo die betroffene Person den Virus erhalten haben könnte. Im Unternehmen wird spekuliert, es handele sich nicht um jemand, der beruflich in China war, sondern im privaten Umfeld mit betroffenen Mitarbeitern der Webasto-Gruppe zu tun hatte.

### **Erstmals Patient aus Krankenhaus entlassen**

**Donnerstag, 13. Februar, 13.55 Uhr:** Einer der 14 Coronavirus-Patienten in Bayern ist wieder nach Hause zurückgekehrt. Da die Person gesund und nicht mehr ansteckend sei, [habe sie am Mittwoch das Krankenhaus verlassen können](#), teilten das Gesundheitsministerium und das Klinikum München-Schwabing mit. Dies ist die erste Entlassung, seitdem vor gut zwei Wochen der erste Coronavirus-Fall in Bayern bekannt geworden war. Man habe Kriterien entwickelt, wann dies bei Infizierten möglich sei, hieß es in der Mitteilung - etwa dass in den Atemwegssekreten kein Erreger mehr nachweisbar, dass die Person frei von Symptomen und lange genug isoliert worden sei. Auch bei weiteren der nunmehr acht Patienten in Schwabing sei eine Entlassung absehbar, teilte die Klinik mit.

### **Nun 16 Coronavirus-Patienten in Deutschland**

**Mittwoch, 12. Februar, 14.25 Uhr:** Zu den beiden neuen Coronavirus-Fällen in Bayern hat das Gesundheitsministerium weitere Details genannt. Demnach handelt es sich bei einem der beiden Patienten, deren Erkrankung am Dienstagabend bekannt geworden war, um einen 49-jährigen Mitarbeiter der Firma Webasto. Er werde im Klinikum München-Schwabing behandelt und sei wie fast alle Patienten dort "aktuell weitestgehend symptomfrei", teilte das Klinikum mit. Beim zweiten Fall, der am Dienstag gemeldet wurde, handele es sich um das Familienmitglied eines Webasto-Beschäftigten, bei dem bereits in der vorvergangenen Woche der Erreger nachgewiesen wurde. Wo es behandelt wird, teilte das Ministerium nicht mit. Beide Patienten hätten als direkte Kontaktpersonen von Infizierten bereits unter häuslicher Quarantäne gestanden, hieß es bei Webasto. Sie seien routinemäßig nochmals getestet worden, bevor die Quarantäne aufgehoben werden sollte.

Bundesweit sind bislang 16 Coronavirus-Fälle aufgetreten, bis auf zwei gehen sie alle auf den Ausbruch in der Firma Webasto zurück. Damit steht Deutschland momentan, was die Zahl der Fälle betrifft, auf dem weltweit siebten Platz - nach China, Singapur, Thailand, Japan, Südkorea und Malaysia. Das geht aus der offiziellen Übersicht der Weltgesundheitsorganisation WHO hervor. Zwei der deutschen Patienten werden derzeit in Frankfurt behandelt, sie waren vor zehn Tagen von der Luftwaffe aus dem chinesischen Wuhan ausgeflogen worden. Die übrigen 14 sind Beschäftigte von Webasto oder Angehörige. In der Zentrale des Autozulieferers in Stockdorf bei München war vor gut zwei Wochen der erste Coronavirus-Fall aufgetreten. Dem Ausbruch zuzurechnen ist mindestens noch ein weiterer Fall: Auf der spanischen Insel La Gomera wird derzeit ein Mann aus dem Landkreis Landsberg behandelt, der Kontakt zu einem infizierten Webasto-Mitarbeiter hatte, bevor er in den Urlaub flog - wo er schließlich positiv auf den Erreger getestet wurde.

## **Webasto will Zentrale trotz neuer Coronavirus-Fälle öffnen**

**Mittwoch, 12. Februar, 7.24 Uhr:** Der Autozulieferer Webasto will am Mittwoch seine wegen mehrerer Coronavirus-Fälle seit zwei Wochen geschlossene Unternehmenszentrale in Gautinger Ortsteil Stockdorf wieder öffnen. Trotz der zwei am Dienstagabend neuen bestätigten Corona-Fällen, sagte eine Unternehmenssprecherin. Eine Spezialfirma hatte das Gebäude in dem Münchner Vorort zuvor gereinigt und desinfiziert.

Der Webasto-Vorstandschef Holger Engelmann will am Mittwochmorgen um neun Uhr ein Pressestatement geben. Alle nunmehr 14 Corona-Fälle in Bayern stehen in Zusammenhang mit dem Automobilzulieferer.

## **Zwei neue Coronavirus-Fälle im Freistaat**

**Dienstag, 11. Februar, 19.02 Uhr:** Zwei weitere Personen in Bayern haben sich mit dem Coronavirus infiziert. Das bestätigte das Gesundheitsministerium am Dienstagabend. Damit gibt es derzeit insgesamt 14 bestätigte Coronavirus-Fälle in Bayern. Die beiden neuen Fälle stünden im Zusammenhang mit dem Autozulieferer Webasto, bei dem viele der bereits infizierten Personen arbeiten. Einzelheiten zu den neuen Fällen will das Ministerium am Mittwoch bekanntgeben.

## **Webasto-Zentrale von Mittwoch an wieder offen**

**Dienstag, 11. Februar, 10.45 Uhr:** Nach zwei Wochen wird der Autozulieferer Webasto, bei dem die ersten Coronavirus-Fälle in Deutschland aufgetreten sind, seine Zentrale wieder öffnen. Am morgigen Mittwoch soll dort wie geplant der Betrieb aufgenommen werden, teilte das Unternehmen mit. Seit dem 29. Januar hatten die allermeisten der gut 1000 Beschäftigten in Stockdorf südwestlich von München von zu Hause aus gearbeitet, die Zentrale wurde nahezu komplett dicht gemacht und inzwischen desinfiziert.

Bei Webasto haben sich, soweit bislang bekannt, acht Mitarbeiter mit dem neuartigen Erreger infiziert, sie liegen nach wie vor im Klinikum München-Schwabing und im Krankenhaus von Trostberg im Landkreis Traunstein. Webasto-Chef Holger Engelmann sagte am Dienstag, einige von ihnen würden "voraussichtlich in Kürze entlassen". Nach seinen Angaben hatten sich insgesamt 180 Mitarbeiter auf das Coronavirus testen lassen. "Wir sind erleichtert, dass seit Anfang vergangener Woche kein neuer Krankheitsfall unter unseren Mitarbeitern dazu gekommen ist", sagte Engelmann. Noch sei man vorsichtig, weil über den Erreger wenig bekannt sei. "Aber es sieht so aus, als hätten wir durch unser schnelles und entschiedenes Handeln nach dem ersten positiven Test die Infektionskette im Unternehmen unterbrochen."

Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) würdigte das Vorgehen von Webasto, das in einer Pressemitteilung den LGL-Chef Andreas Zapf zitierte: "Die Konsequenz, mit der das Unternehmen in dieser Sondersituation agiert hat, ist lobenswert." Der Automobilzulieferer hat in China elf Standorte, einen davon in Wuhan, wo das Virus erstmals aufgetreten ist. Geschäftsreisen nach China hat die Firma nach eigenen Angaben bis Ende des Monats ausgesetzt.

## **Behörden heben Isolierungen von Kontaktpersonen auf**

**Sonntag, 9. Februar, 15.20 Uhr:** Keine zwei Wochen nach dem Coronavirus-Ausbruch in Bayern sind die ersten Quarantänen wieder aufgehoben worden. Das teilte das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) auf Anfrage mit. Bei knapp 200 Personen sei bisher eine "häusliche Isolierung" angeordnet worden, weil sie engeren Kontakt zu einem der zwölf Patienten hatten, bei denen das Coronavirus nachgewiesen wurde. Diese Quarantäne gelte für eine Dauer von zwei Wochen nach dem letzten möglichen Kontakt, sagte ein Sprecher; [die ersten Personen dürften ihre Wohnungen bereits wieder verlassen](#). Bei einem großen Teil der Betroffenen wird das vermutlich in den kommenden Tagen der Fall sein.

Jeder, dem die Behörden anordnen, in "häuslicher Isolierung" zu bleiben, muss Kontakt zu anderen meiden, eigentlich auch zu Familienmitgliedern, er darf nicht nach draußen und wird täglich vom Gesundheitsamt angerufen. Am Ende der Quarantäne steht ein weiterer Test auf das Virus; fällt auch dieser negativ aus, gelten für die Betroffenen keine speziellen Auflagen mehr, wie das LGL mitteilt. Und auch für manche der zwölf Infizierten dürfte der Tag näher rücken, dass sie das Krankenhaus verlassen dürfen: Wann der richtige Zeitpunkt für eine Entlassung sei, werde "derzeit intensiv diskutiert", teilte das LGL am Wochenende mit, dort habe eine ärztliche Expertenkommission darüber beraten. "Die Empfehlung soll in Kürze vorliegen."

In Bayern sind inzwischen zwölf Fälle einer Infektion mit dem neuartigen Erreger bekannt. Der bislang letzte wurde am Freitagabend gemeldet, er betrifft laut LGL eine 48 Jahre alte Frau aus dem [Landkreis Fürstenfeldbruck](#). Sie war zuvor selbst isoliert, da sie mit einem 52-jährigen Webasto-Mitarbeiter verheiratet ist, bei dem bereits in der vergangenen Woche der Erreger nachgewiesen wurde. Sie beide sind nun im Klinikum München-Schwabing, so wie sechs weitere Patienten auch. Allen gehe es gut, lediglich die Frau und ein weiterer Mann zeigten "grippeähnliche Symptome", hieß es aus der Klinik.

### **Weitere Frau mit Coronavirus infiziert**

**Freitag, 7. Februar, 19.37 Uhr** In Bayern gibt es einen weiteren Coronavirus-Fall. Dies teilte das bayerische Gesundheitsministerium am Freitagabend unter Berufung auf das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) mit. Bei dem neuen Fall handelt es sich um die Frau eines Mannes, dessen positiver Befund vergangene Woche bekannt geworden war. Er wird derzeit in der München Klinik Schwabing behandelt. Der Mann ist Mitarbeiter des Autozulieferers Webasto in Stockdorf bei München. Alle in Bayern aufgetretenen Fälle stehen in Zusammenhang mit Webasto. Dort hatten sich Mitarbeiter bei einer Kollegin aus China angesteckt. Die Frau wird nach Angaben des Gesundheitsministeriums medizinisch überwacht und ist in der München Klinik Schwabing isoliert, wo sich bereits sieben weitere Coronavirus-Patienten aus Bayern befinden.

### **Die Folgen des Coronavirus-Ausbruchs für Webasto**

**Freitag, 7. Februar, 18.19 Uhr:** Der Coronavirus-Ausbruch hat den bayerischen Autozulieferer Webasto schwer getroffen. In der Firmenzentrale in Stockdorf bei München gab es die erste Infektion, alle bisherigen Fälle in Bayern sind darauf zurückzuführen. Im Interview mit der *Süddeutschen Zeitung* hat [Firmenchef Holger Engelmann nun ausführlich über diese Krisen-](#)

[zeit berichtet \(SZ-Plus\)](#). Er findet vor allem enttäuschend, dass Mitarbeiter und deren Angehörige ausgegrenzt worden seien. "Ich würde mir wünschen, dass die Menschen etwas abgeklärter damit umgehen." Andernfalls würde das bewirken, dass zum Beispiel Firmen die Öffentlichkeit nicht mehr über solche Krankheitsfälle informieren. "Mir ist vor allem wichtig, dass die Schulen und Kindergärten eine einheitliche Linie haben", sagt Engelmann. "Es kann nicht sein, dass einzelne Einrichtungen Webasto-Kinder ausschließen." Im Interview berichtet der Webasto-Chef auch darüber, wie die Firma mit dem Ausbruch umgegangen ist, was er für das Geschäft bedeutet und warum er die Belegschaft in gewisser Weise auch zusammengeschweißt hat.

### **Coronavirus-Ausbruch weiter auf Bayern beschränkt**

**Freitag, 7. Februar, 15.05 Uhr:** Der Verdacht, der bayerische Coronavirus-Ausbruch könnte sich auch in Baden-Württemberg fortsetzen, hat sich bislang nicht bestätigt. Die dortigen Behörden gaben am Freitag Entwarnung für neun Menschen, die in Baden-Württemberg unter besonderer Beobachtung standen. "Alle sind negativ getestet worden", sagte eine Sprecherin des Stuttgarter Regierungspräsidiums. Sieben von ihnen blieben vorsorglich bis Anfang der kommenden Woche zu Hause, weil die Inkubationszeit noch nicht vorbei sei. Die neun Menschen aus sechs baden-württembergischen Landkreisen hatten Kontakt zu einer infizierten Person in Bayern gehabt.

### **Frau von Webasto-Mitarbeiter infiziert**

**Donnerstag, 6. Februar, 13.35 Uhr:** In Bayern hat sich eine weitere Frau mit dem Coronavirus angesteckt. Wie das Gesundheitsministerium am Donnerstag mitteilte, handelt es sich um die Mutter der fünfköpfigen Familie aus Siegsdorf, deren Vater bei der Firma Webasto arbeitet und der sich über Kollegen mit dem neuen Erreger infiziert hat. Neben den Eltern sind auch zwei der Kinder positiv auf das Virus getestet worden; nur bei dem etwa sechs Monate alten Säugling ist nach offiziellen Angaben der Erreger noch nicht nachgewiesen worden.

Die Familie ist seit einer Woche im Krankenhaus von Trostberg im Landkreis Traunstein. Laut Ministerium zeigt die Mutter keine Krankheitssymptome. Die beiden Kinder hätten nur leichte gehabt, sagte der medizinische Direktor der Kliniken der Südostbayern AG, Stefan Paech. Auch der gesundheitliche Zustand des Vaters sei stabil. Er werde mit antiviralen Medikamenten behandelt. Die Familie, die dem Vernehmen nach auch auf eigenen Wunsch zusammenbleiben wollte, war auf behördliche Entscheidung hin in Quarantäne genommen worden. "Wir sind von vorneherein davon ausgegangen, dass die Familie insgesamt schon infiziert war", sagte Paech. Das bestätigten nun die Befunde, die Stück für Stück eingingen. Dass die Mutter erst jetzt positiv getestet worden sei, liege daran, dass die Reaktionszeit unterschiedlich sei.

Man habe bewusst entschieden, auch den Säugling bei der Familie zu lassen, zumal die Verläufe gerade in diesem Alter sehr milde seien, sagte Paech. Es habe eine Abwägung gegeben: "Kindstrennung versus dem möglichen Risiko eines milden klinischen Verlaufes. Da haben wir uns in Abstimmung mit den Kinderärzten so entschieden, und es hat sich bestätigt, dass das die richtige Vorgehensweise war." Der Familie gehe es den Umständen entsprechend gut, wenngleich die Situation der Quarantäne belastend sei.



## Elfter Fall aus Bayern

**Donnerstag, 6. Februar, 11.10 Uhr:** Im Zusammenhang mit dem Coronavirus-Ausbruch bei der Firma Webasto ist ein weiterer Fall aus Bayern bekannt geworden. Bei einem der infizierten Mitarbeiter hat sich auch ein 26-jähriger Mann aus dem [Landkreis Landsberg am Lech](#) angesteckt. Das teilte das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) am Donnerstag auf Anfrage der *Süddeutschen Zeitung* mit. [Auch der erste in Bayern bekanntgewordene Coronavirus-Patient stammt aus dem Landkreis Landsberg.](#)

Der Mann befindet sich derzeit in einem Krankenhaus auf der spanischen Insel La Gomera. Dort war er positiv auf das Coronavirus getestet worden, wie die Behörden in der Nacht zum Samstag mitgeteilt hatten. Am Dienstag sagte ein Sprecher der regionalen Gesundheitsbehörde, dass es dem Mann gut gehe und er noch keine Krankheitssymptome aufweise. Vier weitere Deutsche, die mit ihm in Kontakt waren, stünden in einer Klinik auf der Insel La Gomera unter Beobachtung. Bei ihnen sei bisher keine Infektion festgestellt worden.

Der Fall des 26-Jährigen ist somit die elfte Infektion mit dem neuartigen Erreger in Bayern, die die Experten auf betriebsinterne Schulungen bei dem Automobilzulieferer Webasto südwestlich von München zurückführen. Diese fanden vor zwei Wochen statt. Zehn Patienten werden derzeit in den Krankenhäusern München-Schwabing und Trostberg (Landkreis Traunstein) behandelt. Bislang haben die Behörden laut LGL in Bayern bereits 190 Personen ermittelt, die engeren Kontakt zu Infizierten hatten und die nun zwei Wochen zu Hause bleiben müssen und keine anderen Menschen treffen dürfen.

## Experten beraten über Kriterien, wann Patienten entlassen werden

**Donnerstag, 6. Februar, 9.10 Uhr:** Für die ersten der zehn Corona-Patienten in den Kliniken in München und im Landkreis Traunstein rückt die Chance auf eine Entlassung näher. Womöglich noch diese Woche sollten die Kriterien dafür bekannt gegeben werden, sagte Chefarzt Clemens Wendtner vom Klinikum München-Schwabing. Dass die ersten noch diese Woche die Klinik verlassen können, sei aber unwahrscheinlich. Die Entscheidung liege letztlich bei den Gesundheitsbehörden, betonte Wendtner. Denn die Menschen seien nach dem Infektionsschutzgesetz amtlich eingewiesen worden. "Wir sind derzeit in sehr enger Abstimmung mit den Behörden."

Wendtner berichtete, manche seiner Patienten hätten leichten trockenen Husten, einer habe zudem leichtes Fieber. "Wir würden das subsumieren unter leichten grippeähnlichen Symptomen." Keiner der Patienten müsse derzeit mit antiviralen Medikamenten behandelt werden oder sei intensivstationsgefährdet. Für die Ärzte sei es eine "routinemäßige Situation".

## Schwabinger Patienten liefern wichtige Erkenntnisse

**Mittwoch, 5. Februar, 11.16 Uhr:** Auch leicht Erkrankte können womöglich das Coronavirus übertragen - das schließen Experten aus der Beobachtung der derzeit sieben Patienten im Klinikum München-Schwabing. In mehreren Fällen habe man das Virus im Nasen-Rachen-Raum der Infizierten

gefunden und in Zellkulturen anzüchten können, obwohl diese Personen nur Symptome einer harmlosen Erkältung zeigten, nicht etwa einer schwereren Erkrankung wie einer Lungenentzündung - das teilte das Klinikum am Mittwoch zusammen mit der Berliner Charité und dem Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München mit. Alle drei arbeiten bei den Tests der Patienten zusammen. Diese sind wichtig, weil sich die Forscher davon neue Erkenntnisse über die Übertragungswege des Coronavirus erhoffen, [über das noch recht wenig bekannt ist](#).

Die Untersuchungen in Schwabing lieferten "deutliche Hinweise für eine Übertragbarkeit des Virus bereits bei milder oder beginnender Erkältungssymptomatik", schreiben die Mediziner in einer Pressemitteilung. Als Symptome nennen sie dabei Halsschmerzen, Zeichen einer akuten Nasennebenhöhlen-Infektion und leichtes allgemeines Krankheitsgefühl ohne Fieber.

Als vor gut einer Woche [der erste Coronavirus-Fall in Bayern](#) auftrat, waren die Experten überrascht: Dieser ging - wie auch alle weiteren Infektionen in Bayern bisher - zurück auf eine chinesische Mitarbeiterin des Autozulieferers Webasto, die in der vorvergangenen Woche an Schulungen in der Firmenzentrale in Stockdorf südwestlich von München teilnahm. Dabei habe sie, teilten die Behörden anfangs mit, keine Krankheitssymptome gezeigt - und dass ein sich gesund fühlender, mit dem Coronavirus infizierter Mensch andere Menschen anstecken kann, das wäre neu gewesen. Inzwischen ist aber klar geworden, dass sich die Frau durchaus unpässlich gefühlt hatte, dies aber nicht mit dem neuartigen Erreger in Verbindung gebracht hatte. "Sie hatte wohl schon eine leichte Symptomatik, hat das aber auf den Jetlag zurückgeführt", sagte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml am Dienstag. Erst nachdem die Frau nach China zurückgekehrt war und sich untersuchen ließ, erwies sich, dass auch sie mit dem Virus 2019-nCoV infiziert war.

### **Auch eine Freisingerin mit dem Coronavirus infiziert**

**Dienstag, 4. Februar, 17.31 Uhr:** [Eine Frau aus dem Landkreis Freising hat sich in China mit dem neuartigen Coronavirus infiziert](#). Wie das Landratsamt mitteilt, ist die 45-Jährige eine der beiden positiv getesteten Personen unter den Rückkehrern aus Wuhan, die am Samstag mit einer Bundeswehrmaschine aus der chinesischen Region ausgeflogen wurden und in Frankfurt gelandet waren. Sie befindet sich derzeit im Universitätsklinikum Frankfurt und ist in einem klinisch guten Zustand, wie es in der Mitteilung weiter heißt.

### **Zehnter Coronavirus-Fall ist ein Mann aus dem Landkreis München**

**Dienstag, 4. Februar, 16.40 Uhr:** Der zuletzt positiv auf das Coronavirus geteste Mann ist ein 58-Jähriger aus dem [Landkreis München](#). Das hat das Gesundheitsministerium mitgeteilt. Er gilt als bislang zehnter Coronavirus-Fall in Bayern, seine Erkrankung war am späten Montagabend bekannt geworden. Wie sechs weitere Patienten liegt der Mann nun im Klinikum München-Schwabing. Das Kind, dessen positives Testergebnis ebenfalls am Montagabend öffentlich wurde, ist laut Ministerium zwei Jahre alt.



## **Bayern fordert einheitlichen Umgang mit Coronavirus an den Flughäfen**

**Dienstag, 4. Februar, 15.07 Uhr:** Bayern fordert eine bundeseinheitliche Regelung im Umgang mit den Risiken durch das Coronavirus an den deutschen Flughäfen. "Um die Ansteckungsgefahr durch Einreisende nach Deutschland bestmöglich zu minimieren, bedarf es rasch eines bundesweit einheitlichen Vorgehens", sagte die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml nach einer Kabinettsitzung in München. Auch über eine europaweite Position solle gesprochen werden. Flugreisende aus China sollten detaillierter nach Verbindungen zur Region Wuhan befragt werden, in der das Virus erstmals aufgetreten war.

## **Patienten müssen weiter in Klinik bleiben**

**Dienstag, 4. Februar, 12.45 Uhr:** Den bislang zehn bayerischen Coronavirus-Patienten geht es offenbar weiter gut. Die sieben im Schwabinger Krankenhaus Behandelten seien in einem klinisch stabilen Zustand, teilte die Klinik mit. Einer von ihnen habe eine erhöhte Temperatur und man sehe "radiologisch eine beginnende Entzündung der Atemwege", der Patient befinde sich aber "in keinem kritischen Zustand". Wie lange die sieben im Krankenhaus bleiben müssen, ist unklar. Sie würden weiter beobachtet und man stimme sich mit den zuständigen Behörden "über die Rahmenbedingungen für einen Entlasszeitpunkt" ab, teilte die Klinik mit. Bereits in der vergangenen Woche hatte sie davon gesprochen, dass wichtig dafür sei, ob die Erreger bei den Patienten noch nachweisbar sind. Das werde täglich geprüft.

In einem "stabilen gesundheitlichen Zustand" befänden sich auch der Mann und seine zwei Kinder, die positiv auf das neuartige Coronavirus getestet wurden, hatte bereits am Montagabend das bayerische Gesundheitsministerium mitgeteilt. Die Familie befindet sich im Krankenhaus von Trostberg im Landkreis Traunstein.

Weil sie engeren Kontakt zu den inzwischen zehn infizierten Menschen in Bayern hatten, müssen derzeit etwa 150 Menschen zu Hause bleiben und Kontakt zu anderen Menschen meiden - das war nach Auskunft des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zumindest der Stand am Montagabend. Diese Zahl werde sich "in den nächsten Tagen in der Folge der Ermittlungen weiterhin ändern", sagte eine Sprecherin.

Im [Landkreis Starnberg](#), in dem die Zentrale der Firma Webasto liegt, wo die Coronavirus-Fälle aufgetreten sind, geben das Gesundheitsamt und die Regierung von Oberbayern derweil Entwarnung bei den Schulen. Aus dem Landkreis ist ein Mann mit 2019-nCov infiziert; bei denjenigen, die Kontakt zu ihm hatten, gebe es "aktuell keine Infektion", heißt es in einem Rundbrief an alle Schulen. Deshalb stehe eine Schließung von Schulen nicht bevor. Lehrer sollten jedoch aufmerksam sein, wenn Kinder sich nicht wohl fühlen und Krankheitsanzeichen zeigen.

## **Chinesische Webasto-Mitarbeiterin offenbar doch schon krank in Stockdorf**

**Dienstag, 4. Februar, 11.30 Uhr:** Zum Coronavirus-Ausbruch in Deutschland gibt es neue Erkenntnisse: Anders als zunächst angenommen, hat die

Webasto-Mitarbeiterin aus China die bayerischen Kollegen während ihres Besuchs in der vorvergangenen Woche offenbar doch nicht vor dem Ausbruch ihrer Erkrankung angesteckt. [Wie das Wissenschaftsmagazin Science berichtet](#), fühlte sich die Chinesin bereits während ihres Aufenthalts in Deutschland krank, nahm aber Medikamente ein, um die Symptome zu unterdrücken. Sie war vom 19. bis zum 23. Januar in Deutschland und gab in dieser Zeit Schulungen in der Firmenzentrale von Webasto in Stockdorf südwestlich von München. Dabei steckte sie nach Angaben des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) mehrere Kolleg(inn)en mit dem neuartigen Virus an.

Als vor einer Woche die erste Coronavirus-Infektion in Deutschland bekannt geworden war, hatten die Behörden mitgeteilt, dass die sogenannte "Indexpatientin" erst auf dem Rückflug nach China erste Anzeichen einer Erkrankung bemerkt hatte. Davon war auch noch am vergangenen Freitag [eine rasch veröffentlichte Arbeit deutscher Ärzte und Wissenschaftler](#) ausgegangen. Die Autoren der Arbeit sahen darin einen Hinweis, dass der Erreger womöglich schon in der Inkubationszeit - der Zeit zwischen Ansteckung und Erkrankung - übertragen werden kann. Ausgeschlossen ist eine solche Ansteckung in der symptomfreien Phase nun zwar immer noch nicht, sie ist aber unwahrscheinlicher geworden. Für Epidemiologen ist das eher eine gute Nachricht, denn das könnte bedeuten, dass das Virus doch weniger ansteckend ist als befürchtet.

### **Behörden melden zehnten Infektionsfall**

**Montag, 3. Februar, 21.07 Uhr:** Ein weiterer Mitarbeiter der Firma Webasto ist an dem neuartigen Coronavirus erkrankt. Damit sind nun acht Mitarbeiter des Autozulieferers infiziert. Bayernweit sind es insgesamt zehn Fälle, bundesweit zwölf. Der Mann befindet sich in der Schwabinger Klinik in München, teilte das bayerische Gesundheitsministerium mit.

### **Zahl der Infizierten in Bayern steigt auf neun**

**Montag, 3. Februar, 19.48 Uhr:** Nach Angaben des bayerischen Gesundheitsministeriums wurde das Virus bei einer weiteren Person festgestellt. "Damit gibt es insgesamt neun Coronavirus-Fälle in Bayern", heißt es [in einer Erklärung](#). Der Mitteilung nach stammt das Kind aus der Familie eines positiv getesteten Webasto-Mitarbeiters, von dem bereits ein weiteres Kind erkrankt ist. "Alle drei Familienmitglieder, die positiv getestet worden sind, befinden sich nach Ärzte-Angaben derzeit in einem stabilen gesundheitlichen Zustand", heißt es von dem Ministerium. Die Familie wird im Krankenhaus von Trostberg im Landkreis Traunstein behandelt. Deutschlandweit steigt die Zahl der Infizierten damit auf elf.

### **Webasto-Firmenzentrale bleibt länger geschlossen**

**Montag, 3. Februar 11.37 Uhr:** Die Webasto-Zentrale bleibt geschlossen: Statt an diesem Dienstag soll der Betrieb erst am 11. Februar wieder aufgenommen werden, meldet das Unternehmen. "Inzwischen sind insgesamt sieben unserer Mitarbeiter in Deutschland positiv auf das Coronavirus getestet. Das nehmen wir sehr ernst", sagt Vorstandsvorsitzender Holger Engelmann. Die Angestellten sind dazu angehalten, im Homeoffice zu arbeiten. [Eine Ausnahme bildeten 20 Mitarbeiter](#) für Tests und Prototypenbau von Dachsystemen, die freiwillig bereits am Dienstag erscheinen.

Am Sonntagmittag liefen Menschen in gelben Schutzanzügen, mit Hygienehauben und Mundschutzmasken durch die Webasto-Zentrale in Stockdorf südwestlich von München. Nach Angaben des Unternehmens desinfizierten sie das Gebäude.

Webasto hatte seine Firmenzentrale am 29. Januar geschlossen. "Da wir die Risikogruppen schnell eingegrenzt und die Mitarbeiter gebeten haben, im Homeoffice zu arbeiten, konnten wir die Infektionskette unterbrechen", erklärt Engelmann. Dass bereits am Dienstag 20 Mitarbeiter in der Zentrale erscheinen, sei mit dem Gesundheitsamt und dem Betriebsrat abgestimmt worden.

### **Ministerin: Notfalls Kapazität für mehrere hundert Patienten**

**Montag, 3. Februar, 10.51 Uhr:** Die bayerischen Arztpraxen und Krankenhäuser sind laut Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) gut auf eine mögliche Zunahme der Coronavirus-Infektionen vorbereitet. "Wir haben alle ambulanten Ärzte informiert und wir haben auch in den Krankenhäusern Bayerns, vor allem im südbayerischen Raum, nach Bettenkapazitäten gefragt, um hier eine gewisse Vorbereitung zu treffen, falls es notwendig sein sollte, mehrere hundert Personen isolieren zu müssen", sagte Huml dem Radiosender Bayern 2. Allerdings sei völlig offen, ob sich eine solche Notwendigkeit ergeben und wie sich die Lage entwickeln werde. "Das ist sehr, sehr schwer abzuschätzen. Wir tun alles, dass wir das möglichst eindämmen."

Huml sagte weiter, bisher sei es gelungen, die Herkunft der Fälle nachzuvollziehen. "Aber gleichzeitig ist es natürlich so, dass wir noch nicht die Sicherheit haben, dass man sagen kann "wir haben jetzt die Kette durchbrochen".

### **80 Bayern in "häuslicher Isolierung"**

**Montag, 3. Februar, 10.09 Uhr:** Von einer häuslichen Quarantäne sind in Bayern nicht 140, sondern nur etwa 80 Personen betroffen. Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hat seine Angaben präzisiert. Demnach wurden zwar, wie am Sonntag vermeldet, von gut 140 Mitarbeitern der Firma Webasto Abstriche entnommen, um sie auf das Coronavirus zu testen - die allermeisten mit negativem Ergebnis. Weiterhin zu Hause bleiben müssen davon aber nur 80 Personen, auch wenn bei ihnen der neuartige Erreger nicht nachgewiesen wurde.

Denn die Pflicht zur zweiwöchigen "häuslichen Isolierung", wie Gesundheitsexperten das nennen, besteht nur bei Menschen, die in die Kategorie I der Kontaktpersonen eingestuft werden. Das sind Menschen, die mit einem Infizierten mindestens 15 Minuten engeren Kontakt hatten, zum Beispiel bei einem Gespräch. Wer mit ihm nur in einem Zimmer zusammen war, ohne länger und direkt mit ihm zu sprechen, kommt in die Kategorie II. Dann wird er zwar auch von den Gesundheitsämtern beobachtet, muss aber nicht zu Hause bleiben. Die Zahlen seien immer nur Momentaufnahmen, da mögliche Kontaktpersonen laufend weiter ermittelt würden, sagte eine LGL-Sprecherin

Von den bislang acht bayerischen Coronavirus-Patienten haben sich nach Angaben des LGL vier bei einer Schulung in der Firma Webasto infiziert.

Drei weitere sind ebenfalls Mitarbeiter, sie nahmen an der Schulung in der vorvergangenen Woche aber nicht teil - anders, als noch am Sonntag gemeldet. Und ein weiterer Patient ist das Kind eines Webasto-Beschäftigten.

### **Woher die Coronavirus-Patienten kommen**

**Sonntag, 2. Februar, 18.25 Uhr:** Zu den bislang acht Coronavirus-Fällen in Bayern werden neue Einzelheiten bekannt. Auf Anfrage teilte das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) der SZ die Herkunft aller Patienten mit. Demnach wohnen eine Frau und ein Mann in München, zwei Männer im Landkreis Fürstentfeldbruck, ein Mann und sein Kind im Landkreis Traunstein sowie je ein Mann in den Landkreisen Starnberg und Landsberg am Lech. Bis auf das Kind arbeiten die Infizierten alle für den Automobilzulieferer Webasto. Dessen Zentrale in Stockdorf südwestlich von München wird nach Firmenangaben erst am Dienstag wieder geöffnet - ursprünglich sollte sie nur bis zum heutigen Sonntag geschlossen bleiben. Am Wochenende wurde sie von Experten desinfiziert.

Nach den Erkenntnissen des LGL ist nun auch klar, dass sich die sieben Webasto-Mitarbeiter alle bei einer einzigen betriebsinternen Schulung in der vorvergangenen Woche angesteckt haben, wie eine Sprecherin sagte. Es wurden bislang also keine Infektionen von einem Teilnehmer dieses Seminars auf einen unbeteiligten Kollegen festgestellt. *(Anmerkung der Redaktion: Diese Angaben wurde am Montag vom LGL korrigiert; siehe oben.)* Geleitet hatte es eine chinesische Webasto-Mitarbeiterin, die sich erst auf dem Rückflug nach China krank fühlte und dort dann positiv auf das Virus 2019-nCov getestet wurde.

In der Firma wurden bislang von mehr als 140 Mitarbeitern Abstriche entnommen, um im Labor analysiert zu werden. Die allermeisten Proben lieferten keinen Nachweis auf den Erreger, trotzdem müssen die Betroffenen nun bis zu zwei Wochen lang "in häuslicher Isolierung" bleiben, wie die Behörden das nennen, und Kontakt zu anderen Menschen meiden. Darüber hinaus wurden laut LGL gut 100 Personen bislang auf das Virus getestet, darunter zum Beispiel auch Familienmitglieder von Webasto-Mitarbeitern. Mit Ausnahme der bekannten acht Fälle verliefen alle Tests negativ. Allerdings würden nach und nach auch von neu bekannten Fällen Kontaktpersonen ermittelt, die dann ebenfalls auf den neuartigen Erreger getestet würden, ließ das LGL wissen.

### **Zustand der acht Patienten "stabil"**

**Sonntag, 2. Februar, 11.50 Uhr:** Die acht bayerischen Coronavirus-Patienten befinden sich in einem "klinisch stabilen Zustand", wie das Gesundheitsministerium mitteilt. Bis auf den Mann und sein Kind, die im Krankenhaus von Trostberg (Landkreis Traunstein) liegen, werden sie im Münchner Klinikum Schwabing behandelt. Seine Patienten hätten "im Verlauf teilweise grippeähnliche Symptome" gezeigt und seien derzeit "weitestgehend symptomfrei", sagte der Schwabinger Chefarzt Clemens Wendtner. Zur Beobachtung blieben sie vorerst weiter im Krankenhaus.

In dem Kindergarten, den das mit dem Virus 2019-nCoV infizierte Kind besucht, habe keine Infektionsgefahr bestanden, teilte das Traunsteiner Gesundheitsamt mit. Man habe festgestellt, dass es, als es das letzte Mal

dort gewesen sei, "nicht ansteckungs- oder krankheitsverdächtig" gewesen sei.

### **Erster Fall in München bestätigt**

**Samstag, 1. Februar, 19.01 Uhr:** Nach [Angaben des bayerischen Gesundheitsministeriums](#) vom Samstagabend handelt es sich dabei um einen 33-jährigen Mann, der in München wohnt. Auch er ist Mitarbeiter des Autozulieferers Webasto. Am Sonntag wollen die zuständigen Behörden ausführlich über die aktuelle Lage informieren.

### **Alle Patienten in Bayern in stabilem Zustand**

**Samstag, 1. Februar, 11.22 Uhr:** Die sieben Patienten in Bayern, die sich mit dem Coronavirus infiziert haben, sind nach Angaben der behandelnden Ärzte allesamt in stabilem Zustand. Lediglich der jüngst bekannt gewordene Fall, ein 52 Jahre alter Mann aus dem Landkreis Fürstentum, zeige leichte Symptome, die anderen Patienten seien nahezu symptomfrei, sagte Dr. Clemens Wendtner vom Klinikum München-Schwabing. Zur klinischen Beobachtung bleiben die Patienten weiterhin im Krankenhaus - zwei von ihnen in Trostberg im Landkreis Traunstein, die übrigen im Schwabinger Klinikum.

### **Angesteckt bei Webasto-Mitarbeiter? Deutscher auf La Gomera infiziert**

**Samstag, 1. Februar, 4.16 Uhr:** Die spanischen Gesundheitsbehörden haben erstmals eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus bestätigt. Betroffen sei ein Deutscher auf der Kanareninsel La Gomera, der mit einem der in Deutschland infizierten Patienten in Kontakt gewesen sein soll, teilte die Regierung auf Twitter mit. Er liegt nach ihren Angaben isoliert in einem Krankenhaus der Insel. Einzelheiten zu Alter oder Herkunftsort des Patienten wurden zunächst nicht bekannt. Insgesamt waren fünf Deutsche auf der Insel auf das Virus getestet worden. Sie sollen alle mit einem Webasto-Mitarbeiter in Kontakt gewesen sein, bei dem in Deutschland das Virus nachgewiesen worden war. Außerhalb Chinas wurde das Virus bisher bei mehr als 150 Menschen in über 25 Ländern nachgewiesen. In China stieg die Zahl der Infizierten auf rund 11 800. Damit stieg die Zahl der bestätigten Fälle binnen eines Tages um rund 2000. 259 Menschen starben bereits.

### **Siebter Coronavirus-Fall in Bayern**

**Freitag, 31. Januar, 20.34 Uhr:** In Bayern ist ein weiterer Mensch nachweislich an dem neuartigen Coronavirus infiziert. Damit stieg die Zahl der Betroffenen im Freistaat auf sieben. Bei dem neuen Infizierten handele es sich um einen Mann aus dem Landkreis Fürstentum, teilte das bayerische Gesundheitsministerium am Freitagabend in München mit. Auch er arbeite beim Autozulieferer Webasto aus dem oberbayerischen Gauting-Stockdorf - wie die fünf ersten bekanntgewordenen Fälle. Zudem war ein Kind eines der Erkrankten ebenfalls positiv auf die neuartige Lungenkrankheit getestet worden. Von 128 jüngst (Stand 20.30 Uhr) vorliegenden Testergebnissen von Mitarbeitern der Firma waren 127 negativ und einer positiv.

### **Ministerium: 122 Tests auf Corona-Virus bei Webasto negativ**

**Freitag, 31. Januar, 19.14 Uhr:** Nach den bisher sechs Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus haben weitere Tests bei der betroffenen Firma Webasto im Landkreis Starnberg vorerst keine weiteren Erkrankungen ergeben. Dies teilte ein Sprecher des bayerischen Gesundheitsministeriums am Freitagabend unter Verweis auf das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit. Danach seien insgesamt 122 Tests von Mitarbeitern der Firma Webasto negativ ausgefallen. Testergebnisse von weiteren untersuchten Menschen sollten demnächst folgen. Somit bleibt es derzeit bei insgesamt sechs bekannten Coronavirus-Fällen in Bayern. Alle Betroffenen befanden sich nach Ärzte-Angaben in einem stabilen Zustand. Am Nachmittag war der bisher sechste Fall bestätigt worden. Dabei handelt es sich um das Kind eines Mannes aus dem Landkreis Traunstein.

### **Bayern will Laborkapazitäten ausbauen**

**Freitag, 31. Januar, 18.18 Uhr:** Um mögliche weitere Coronavirus-Fälle schneller diagnostizieren zu können, will der Freistaat nach SZ-Informationen die Laborkapazitäten ausbauen. Bislang werden Proben auf das neuartige Virus unter anderem im Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Oberschleißheim nördlich von München analysiert - und zwar bis zu 60 pro Tag. Zudem stehen in Bayern vier weitere Labore zur Verfügung, die zusammen zusätzlich 20 bis 40 Abstriche täglich auf das Virus 2019-nCoV testen können. Von allen 110 Menschen, die als enge Kontaktpersonen der ersten vier Infizierten gelten, habe man inzwischen Proben entnommen und analysiert, teilte ein Ministeriumssprecher mit. Alle seien negativ, die Personen also nicht mit dem Coronavirus infiziert.

### **Betroffene Firma beklagt Ausgrenzung von Mitarbeitern**

**Freitag, 31. Januar, 15.06 Uhr:** Die Angst vor dem Coronavirus führt offenbar dazu, dass Webasto-Mitarbeiter und deren Angehörige ausgegrenzt werden. "Uns erreichen vermehrt Meldungen von Mitarbeitern, die nicht zur Risikogruppe gehören, dass sie und ihre Familien von Institutionen, Firmen oder Geschäften abgewiesen werden, wenn bekannt wird, dass sie bei Webasto arbeiten", sagte der Vorstandschef des Autozulieferers, Holger Engelman. "Wir verstehen, dass die aktuelle Situation Menschen verunsichert und auch ängstigt, aber das ist eine enorme Belastung für die Familien unserer Mitarbeiter."

Laut einer Sprecherin haben Mitarbeiter unter anderem davon berichtet, dass ihre Eltern oder Ehepartner von deren Arbeitgebern nach Hause geschickt worden seien. Kinder seien von Kindergärten nicht mehr angenommen worden. In einem Fall habe es zudem eine Autowerkstatt mit Verweis auf das Virus abgelehnt, das Auto eines Mitarbeiters zu reparieren.

### **Familie im Krankenhaus Trostberg isoliert**

**Freitag, 31. Januar, 14.36 Uhr:** Die Familie des Mannes und des Kindes, die sich beide mit dem Coronavirus infiziert haben, befindet sich im Krankenhaus von Trostberg im oberbayerischen Landkreis Traunstein. Das teilten die örtlichen Behörden mit. Die Erkrankten würden isoliert. Man gehe davon aus, dass alle Familienmitglieder, darunter ein Säugling, das neuartige Virus in sich trügen; hier stünden die Testergebnisse aber noch aus.



Der Mann hat nach offiziellen Angaben drei Kinder im Alter zwischen einem halben Jahr und fünf Jahren. Details wurden mit Verweis auf den Schutz der Familie nicht bekanntgegeben. Chefarzt Thomas Glück sagte: "Wir haben die Familie in einem Zimmer untergebracht - das hat sich die Familie so gewünscht." Mögliche Personen, die länger Kontakt mit den Familienmitgliedern hatten, würden derzeit ermittelt, teilte das Landratsamt mit. Der Kindergarten, in dem das infizierte Kind war, bleibe zunächst geöffnet. Zunächst werde ermittelt, seit wann das Kind infektiös war. Man wisse, wann es das letzte Mal im Kindergarten war - und wenn sich dieser Zeitraum überschneide, wolle man mit der Einrichtung und den Eltern reden, wie weiter vorgegangen wird.

### **Sechs Bayern mit Coronavirus infiziert**

**Freitag, 31. Januar, 14.03 Uhr:** Die Zahl der mit dem Coronavirus infizierten Menschen in Deutschland hat sich auf sechs erhöht - unter ihnen ist nun auch ein Kind. Das meldete das bayerische Gesundheitsministerium am Freitagmittag. Bei dem sechsten Fall handele es sich um ein Kind des Mannes aus dem Landkreis Traunstein, dessen positiver Befund am späten Donnerstagabend bekannt geworden war. Damit hat sich erstmals in Deutschland ein Familienmitglied eines bereits Infizierten mit dem Virus 2019-nCoV angesteckt. Alle Erkrankten befänden sich nach Angaben der behandelnden Ärzte "derzeit in einem stabilen gesundheitlichen Zustand", ließ das Ministerium wissen.

Damit gibt es insgesamt sechs Coronavirus-Fälle in Bayern. Bis auf das Kind arbeiten alle Patienten für den Autozulieferer Webasto, der in Stockdorf südwestlich von Münchens sitzt. Dort weilte in der vergangenen Woche eine infizierte Kollegin aus China zu internen Schulungen, sie hatte ihre Erkrankung erst auf dem Rückflug bemerkt. Die Tests von weiteren Webasto-Mitarbeitern auf den neuartigen Erreger hätten bislang keinen weiteren positiven Befund ergeben, teilte das Ministerium mit. Wie viele der mehr als 100 Proben, die entnommen werden sollten, bereits in den Laboren analysiert wurden, ist unklar.

### **Fünfter Coronavirus-Fall in Bayern**

**Donnerstag, 30. Januar, 22.16 Uhr:** Im Freistaat hat sich ein weiterer Patient mit dem Coronavirus infiziert. Der fünfte nun bestätigte Patient wohnt den Angaben zufolge im Landkreis Traunstein. Weitere Informationen wollte das Gesundheitsministerium am Freitag mitteilen. Es handelt sich um einen Mitarbeiter der Firma Webasto aus dem Landkreis Starnberg, bei der auch die vier bislang bekannten Fälle beschäftigt sind, wie das bayerische Gesundheitsministerium am Donnerstagabend in München mitteilte.

### **Klinik Schwabing könnte bis zu 30 Coronavirus-Patienten behandeln**

**Donnerstag, 30. Januar, 17.46 Uhr:** Im Notfall könnte die München Klinik Schwabing, in der die vier Coronavirus-Patienten aus Bayern behandelt werden, die Kapazitäten aufstocken. "Dann hätten wir bis zu 30 Betten in Schwabing für die Versorgung von Coronavirus-Patienten zur Verfügung", sagte Chefarzt Clemens Wendtner.

Diese Betten sollten aber ausschließlich für bestätigte Coronavirus-Patienten vorgehalten werden, betonte er. "Deshalb gilt: Wer hohes Fieber hat, hat mit sehr großer Wahrscheinlichkeit eine normale Erkältung oder Grippe", sagte Wendtner. "Bevor diese Patienten in Schwabing in unserer Infektiologie aufgenommen werden, sollte der Coronavirus-Test erfolgt sein." Verdachtsfälle sollten nicht automatisch nach Schwabing geschickt werden.

### **110 Bayern werden zu Hause isoliert**

**Donnerstag, 30. Januar, 17.23 Uhr:** Im Großraum München müssen nun noch mehr Menschen zu Hause bleiben, weil sie womöglich das Coronavirus in sich tragen. Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) [führt nun 110 Personen auf der Liste derer, die "in häusliche Isolierung" sollen](#), wie das Gesundheitsministerium mitteilte. Am Mittwoch waren es noch 80. Sie alle werden zugleich auf das Virus getestet. Bei den bereits erfolgten Laboranalysen bestätigte sich aber bisher noch kein weiterer Fall neben den vier bereits bekannten Corona-Patienten, die im Klinikum München-Schwabing liegen. Diese 17 neuen negativen Testergebnisse stammen alle von Personen, die bei Webasto arbeiten, die Untersuchung der restlichen Personen geht nun weiter.

Diese 110 Menschen hatten alle engeren Kontakt zu einem der vier infizierten Webasto-Mitarbeitern. Mit der Entscheidung, sie alle ebenfalls zu testen, weichen die Behörden von ihrer bisherigen Linie ab: Die sah vor, dass ein Test nur dann nötig ist, wenn jemand in China war, wo das Virus ausgebrochen ist, oder Kontakt zu einer infizierten Person hatte und wenn er zugleich Krankheitssymptome zeigte - also etwa Husten oder Fieber. Letztere Bedingung gilt nun nicht mehr im Fall der Infektionen, die bei dem Autozulieferer Webasto in Stockdorf im Süden Münchens aufgetreten sind. Alle vier Patienten sind Mitarbeiter der Firma.

### **Probleme bei Info-Hotline zu Coronavirus**

**Donnerstag, 30. Januar, 16.20 Uhr:** Seit Dienstagnachmittag hat das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ein Infotelefon für Fragen rund um das Coronavirus freigeschaltet. Das aber ist offenkundig ziemlich überlastet, nahezu ständig belegt und kaum zu erreichen. Eine LGL-Sprecherin sprach am Donnerstagnachmittag von einem "hohen Aufkommen" und bislang "mehreren hundert Anrufen". Diese nimmt aber nur ein einziger LGL-Mitarbeiter entgegen.

Da viele sehr fachspezifische Fragen gestellt würden, müsse am Telefon ein Mediziner sitzen, erläuterte die Sprecherin. Die Experten der Behörde sind aber offenkundig mehr als beschäftigt damit, den Ausbruch des Coronavirus im Süden Münchens einzudämmen, Kontaktpersonen der bislang vier Infizierten zu ermitteln und auf das Virus zu testen. Man habe versucht, zusätzliche Mitarbeiter für diese Aufgabe freizustellen, sagte die Sprecherin. Die Arbeit an der Aufklärung und Ermittlung der Coronavirus-Infektionen im Freistaat habe aber "derzeit Vorrang".

Besetzt ist die Hotline, die unter der Nummer 09131/6808-5101 zu erreichen ist, im Schichtbetrieb von 8 bis 22 Uhr. Wegen der hohen Nachfrage hatte Gesundheitsministerin Melanie Huml am Mittwoch noch gesagt, man habe die Hotline "personell aufgestockt". Die Aufstockung habe sich darauf bezo-



gen, dass man die Zeiten ausgeweitet habe, sagte die LGL-Sprecherin. Entgegengekommen würden die Anrufer weiter nur von einem Mitarbeiter.

Neben der Hotline des LGL können sich Bürger mit ihren Fragen auch an die Info-Telefone mehrerer Krankenkassen im Freistaat wenden. Anrufer erhalten Informationen darüber, wer besonders gefährdet ist, wie man sich schützen und einen Verdachtsfall erkennen kann und welche Hygienemaßnahmen zum persönlichen Schutz sinnvoll sind. Die Barmer bietet diesen kostenfreien Service bereits jetzt rund um die Uhr an unter 0800/ 84 84 111. Die DAK Gesundheit bietet am Freitag (31. Januar) ebenfalls eine Hotline an unter 0800/ 1111 841. Ist die Nachfrage groß, soll diese Hotline auch in den kommenden Tagen angeboten werden. Die AOK beantwortet Fragen ihrer Versicherten unter der kostenlosen Telefonnummer 0800/1265265.

### **BMW lässt Produktion in China ruhen**

**Donnerstag, 30. Januar, 13.54 Uhr:** Der Münchner Autohersteller BMW hat angesichts der Ausbreitung des Coronavirus in China seine drei Werke in der Millionenstadt Shenyang geschlossen. Die einwöchigen Neujahrsferien seien jetzt um eine weitere Woche bis 9. Februar verlängert worden, sagte ein Unternehmenssprecher. Nur die Büroangestellten arbeiteten ab kommenden Montag wieder, jedoch von zu Hause aus.

Shenyang ist der weltweit größte Standort des Autobauers: Etwa 18 000 Mitarbeiter fertigen dort jährlich eine halbe Million Autos sowie Motoren. Wie es ab 10. Februar weitergehe, sei noch offen, sagte der Sprecher.

### **Fünf Test-Labore in Bayern**

**Donnerstag, 30. Januar, 13.45 Uhr:** In Bayern gibt es nun deutlich mehr Labore, die eine Infektion mit dem Coronavirus zweifelsfrei diagnostizieren können. Das Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München, das den ersten Infektionsfall in Deutschland festgestellt hatte, steht auch weiterhin zur Verfügung. Hinzu kommen die Labore des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Oberschleißheim bei München, das Virologische Institut der Universität Erlangen, das Institut für Virologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie das Institut für Mikrobiologie und Hygiene des Universitätsklinikums Regensburg. Als Probenmaterial für die Labore eignen sich insbesondere Auswurf sowie Abstriche aus der Nase und dem Rachenraum der Patienten.

### **Bayerns Krankenhäuser rüsten sich**

**Donnerstag, 30. Januar, 12.25 Uhr:** Bayerns Krankenhäuser bereiten sich derzeit intensiv auf den Fall vor, dass bei ihnen Patienten mit dem Verdacht auf eine Coronaviren-Infektion auftauchen. Seit Wochenbeginn stehen viele der Kliniken in einem engen Informationsaustausch mit dem Robert-Koch-Institut, der für Infektionskrankheiten zuständigen Bundesbehörde, sowie mit den örtlichen Gesundheitsämtern. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat mittlerweile an die etwa 370 Krankenhäuser im Freistaat ein Informationsblatt des Gesundheitsministeriums weitergeleitet. Darin werden die Häuser gebeten, "sich auf die Aufnahme von begründeten Verdachtsfällen und von mit dem 2019-nCoV infizierten Patienten vorzubereiten". Zu diesem Zweck müssten in den einzelnen Häusern Isolierzimmer mit einem Vorraum oder einer Schleuse eingerichtet werden. Zudem werden für

das Personal entsprechende Hygiene-Maßnahmen angeraten - etwa bezüglich der Schutzkleidung. Auch die Ärzte selbst tauschen sich derzeit rege über WhatsApp aus, wie Steffen Herdtle, der Chefarzt der Zentralen Notaufnahme im Krankenhaus Agatharied (Kreis Miesbach), bestätigt.

### **Wie die vier Patienten in München behandelt werden**

**Donnerstag, 30. Januar, 12.10 Uhr:** [Langeweile scheint derzeit das größte Problem zu sein der vier Menschen](#), die sich in Deutschland bislang mit dem Coronavirus angesteckt haben. Das berichten zumindest die behandelnden Ärzte. Alle vier liegen im Schwabinger Krankenhaus in München, isoliert von anderen Patienten. Kontakt nach draußen haben sie nur per Handy. Sie fühlen sich offenbar gut, müssen aber trotzdem in der Klinik bleiben - denn die Ärzte erhoffen sich von den Untersuchungen wichtige Erkenntnisse über das neuartige Virus.

### **Schwabinger Klinik bittet um Unterstützung**

**Mittwoch, 29. Januar, 17.30 Uhr:** Am Klinikum München-Schwabing werden die vier mit dem Coronavirus infizierten Personen aus Bayern medizinisch betreut, der Betrieb geht gleichwohl "ohne Einschränkung" weiter. Das versichert Christian Unzicker von der Klinikleitung. Die Zimmer seien isoliert, es bestehe keine Ansteckungsgefahr für andere Patienten oder Klinik-Besucher. Den Coronavirus-Patienten geht es derweil gut: "Die Vier sind pumperlgsund, haben keine Symptomatik, sind fieberfrei, husten nicht", berichtet der behandelnde Chefarzt Clemens Wendtner. "Denen ist so langweilig, dass sie uns ständig mit der Entlass-Frage nerven." Allerdings lässt das Klinikum bereits anklingen, dass es auf Dauer nicht die Versorgung aller Corona-Fälle übernehmen könne: "Wir brauchen die Unterstützung der anderen Krankenhäuser in der Region", sagt Axel Fischer, der Geschäftsführer des städtischen Konzerns München Klinik. Das bespreche man derzeit auch mit dem bayerischen Gesundheitsministerium.

### **80 Menschen sollen "in häusliche Isolierung"**

**Mittwoch, 29. Januar, 16.50 Uhr:** Die bayerischen Behörden wollen deutlich mehr Menschen zu Hause isolieren, weil sie womöglich das neue Coronavirus in sich tragen. Bisher gingen sie von 40 Personen aus, die engeren Kontakt zu Infizierten hatten, nun ist die Rede von 80 Personen. "Wir haben die Kontaktpersonen angewiesen, in häusliche Isolierung zu gehen", sagte Andreas Zapf, der Präsident des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Kontakt zu anderen Menschen sollten sie meiden. Die interessante Fragestellung sei, wie lange jemand mit anderen Kontakt gehabt haben muss, damit es zu einer Infektion mit dem neuartigen Virus kommt - hier könne man bisher keine Auskunft geben.

Bei dem Automobilzulieferer Webasto seien am Mittwoch 40 Personen auf Corona getestet worden, teilte das Unternehmen mit. Von diesen Proben liege noch kein einziges Laborergebnis vor; das LGL rechnet mit diesen im Laufe des Donnerstags. Zudem soll am Donnerstag bei weiteren etwa 40 Menschen ein Abstrich entnommen werden. Alle vier bayerischen Coronavirus-Patienten sind Mitarbeiter von Webasto.

### **Weitere Tests: Keine neuen Coronavirus-Fälle bekannt**

**Mittwoch, 29. Januar, 16.10 Uhr:** Auch wenn die Behörden weitere Menschen getestet haben, die engeren Kontakt zu den vier mit dem Coronavirus infizierten Menschen in Bayern hatten - ein neuer Fall ist bislang nicht aufgetreten. Das teilte das Gesundheitsministerium am Mittwochnachmittag mit. Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hatte in der Zentrale der Firma Webasto bei München diese sogenannten Kontaktpersonen befragt und auf Corona getestet.

Bei den vier infizierten Mitarbeitern des Automobilzulieferers Webasto handelt es sich um drei Männer im Alter von 27, 33 und 40 Jahren sowie um eine 33-jährige Frau, wie das Ministerium mitteilte. "Auch die Familien der bislang positiv getesteten Personen wurden ausführlich aufgeklärt und über mögliche Symptome, Hygienemaßnahmen und Übertragungswege informiert", sagte Gesundheitsministerin Melanie Huml.

### **Die vier Coronavirus-Patienten sind "symptomfrei"**

**Mittwoch, 29. Januar, 15.20 Uhr:** Die vier bayerischen Coronavirus-Patienten befinden sich laut bayerischem Gesundheitsministerium in einem klinisch guten Zustand. Alle seien nach Angaben des behandelnden Chefarztes "symptomfrei", sagte ein Sprecher. Die vier Patienten - drei Männer und eine Frau - liegen derzeit in der Klinik für Infektiologie am Klinikum München-Schwabing. Sie sind Mitarbeiter der Firma Webasto aus Stockdorf im Süden Münchens. Ein 33-Jähriger hatte sich nach bisherigen Erkenntnissen in der vergangenen Woche bei einer aus China eingereisten Kollegin angesteckt. Die Infektion der drei weiteren Menschen hatte das Ministerium am Dienstagabend bestätigt. Laut Ministerium laufen weitere Untersuchungen, Testergebnisse zweier Personen seien am Mittwoch negativ gewesen.

### **Frau und Kind des ersten Corona-Patienten weiterhin gesund**

**Mittwoch, 29. Januar, 11.39 Uhr:** Die Familienangehörigen des ersten Patienten mit Coronavirus in Deutschland sind weiterhin gesund. "Mutter und Kind haben nach wie vor keine Symptome", sagte der Pressesprecher des Landratsamts Landsberg am Lech, Wolfgang Müller, am Mittwoch unter Verweis auf aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand der beiden. Deshalb sei auch die Kinderkrippe, in der das Kind normalerweise betreut wird, weiterhin geöffnet.

"Wir haben gestern Nachmittag die Kindergartenleitung und auch die Eltern direkt mit einem kleinen Anschreiben informiert und darauf hingewiesen, dass es eine Kontaktperson gibt", schilderte Müller. Weitere Maßnahmen seien nach Einschätzung der Experten nicht erforderlich, weil das Kind bislang nicht erkrankt sei. Die Entscheidung, offensiv über die Erkrankung seines Vaters zu informieren, sei mit der Task-Force Infektiologie des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit abgesprochen gewesen, berichtete Müller. "Lieber zu viel informiert als einmal zu wenig und hinterher dem Vorwurf ausgesetzt sein, dass wir die Gefahr verharmlost hätten."

Am Dienstag wurde bekannt, dass der erste bestätigte Coronavirus-Patient in Deutschland ein 33 Jahre alter Mann aus dem Landkreis Landsberg am Lech ist. Seine Frau und das Kind werden derzeit in ihrem Zuhause isoliert.

### **Zusätzliches Labor für Coronavirus-Test**

**Mittwoch, 29. Januar, 11.17 Uhr:** Um für weitere Coronavirus-Fälle gerüstet zu sein, hat das bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) neue Testmöglichkeiten geschaffen. Seit Montag können Abstriche von Patienten auch in einem Labor des LGL in Oberschleißheim bei München analysiert werden. Zuvor war das in Bayern nur im Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr im Münchner Norden möglich. Dort war am Montagabend auch [der erste Coronavirus-Fall in Deutschland](#) bestätigt worden.

Wenn ein Arzt, gegebenenfalls in Rücksprache mit dem örtlichen Gesundheitsamt, entscheidet, eine Person auf das neue Virus testen zu lassen, nimmt er einen Rachenabstrich. Der geht dann auf direktem Weg in eines der Labore, wie das LGL wissen lässt. Dort liegt ein Ergebnis normalerweise binnen vier, fünf Stunden vor. Getestet wird aber nur, wenn ein Patient nicht nur bestimmte Symptome zeigt wie Fieber, Unwohlsein oder Husten. Er muss zudem entweder in einem Corona-Risikogebiet in China gewesen sein oder engeren Kontakt zu einem mit dem Virus infizierten Menschen gehabt haben.

### **Krisenstab trifft sich in Webasto-Zentrale**

**Mittwoch, 29. Januar, 8.23 Uhr:** 40 Personen, die Kontakt mit den infizierten Webasto-Mitarbeitern hatten, sind für den Mittwochmorgen in die Zentrale des Autozulieferers einbestellt worden. Dort sollen sie nach SZ-Informationen befragt und auf eine mögliche Erkrankung hin getestet werden. In der Webasto-Zentrale in Stockdorf im Landkreis Starnberg berät eine Art Krisenstab aus Konzernführung und Gesundheitsamt über die weiteren Schritte. Am Vormittag will sich das Gesundheitsministerium zur aktuellen Lage äußern. Nachdem inzwischen fünf Webasto-Mitarbeiter erkrankt sind - vier in Stockdorf, dazu eine Kollegin aus China -, dürfen [die Mitarbeiter am Mittwochmorgen nur noch ihre Laptops abholen](#). Dann ist die Zentrale bis Sonntag dicht.

### **Autozulieferer Webasto schließt zeitweise seine Zentrale in Stockdorf**

**Dienstag, 28. Januar, 22.25 Uhr:** Wegen der Coronavirus-Infektionen schließt Webasto seinen Stammsitz im oberbayerischen Stockdorf, einem Ortsteil von Gauting, bis Sonntag. Bis dahin sollen Mitarbeiter der Firmenzentrale auch nicht an nationale und internationale Standorte reisen, wie das Unternehmen am Dienstagabend mitteilte. Webasto ist ein großer Zulieferer für die Autoindustrie mit etwa 13 000 Mitarbeitern an weltweit mehr als 50 Standorten. In China gibt es elf Standorte, einen davon in Wuhan.

### **Drei weitere Coronavirus-Fälle in Bayern**

**Dienstag, 28. Januar, 21.10 Uhr:** Wie das bayerische Gesundheitsministerium am Dienstagabend mitteilte, [haben sich drei weitere Angestellte](#) des oberbayerischen Automobilzulieferers Webasto mit dem Coronavirus infiziert. Auch diese drei Personen werden nun im Klinikum Schwabing in München isoliert und medizinisch überwacht. Laut dem Gesundheitsministerium laufen derzeit auch bei weiteren Kontaktpersonen Ansteckungstests.

Die erste in Deutschland gemeldete Coronavirus-Infektion war die eines weiteren Webasto-Mitarbeiters, die in der Nacht von Montag auf Dienstag bekannt gemacht worden war. Der Mann hatte sich offenbar im Rahmen einer Fortbildung bei einer chinesischen Kollegin angesteckt, die jedoch bereits nach China zurückgekehrt ist.

### **Chinesisches Frühlingsfest in Unterhaching abgesagt**

**Dienstag, 28. Januar, 19.17 Uhr:** Es sollte ein großes Fest der Begegnung werden, mit einem Kulturprogramm, einem Büfett mit Köstlichkeiten aus verschiedenen Ländern und allerlei Prominenz. Doch wenige Tage vor dem interkulturellen chinesischen Frühlingsfest am Samstag in der Hachinga-Halle in Unterhaching haben die beiden Organisatorinnen Wenping Tang und Inci Ahmad alles wieder abgesagt. Grund dafür ist das Coronavirus, das zuerst in der zentralchinesischen Region Wuhan aufgetreten war, sich von dort aus inzwischen verbreitet und derzeit die Schlagzeilen beherrscht. "Unsere Veranstaltung ist zwar ein Fest von und für Leute, die schon lange im Landkreis München leben, wir erwarten auch keine Gäste aus China", sagt Wenping Tang; dennoch hätten sie in den vergangenen Tagen viele besorgte Anrufe erreicht, begründet die Unterhachingerin die Absage.

Insbesondere habe es Nachfragen gegeben, ob nicht Personen anwesend sein könnten, die gerade von einer Reise aus Asien zurückgekehrt sind, so Wanping Tang. "Das kann ich natürlich nicht garantieren. Das kann keiner, der zu einer großen Veranstaltung einlädt, auch andere Institutionen oder die Schulen nicht." Aber spätestens seit am Montagabend der erste Corona-Fall in Bayern bekannt wurde, sei ihr klar geworden, "dass es besser ist, das Fest abzusagen oder zumindest zu verschieben" - bis sich die Lage beruhigt hat. Sie tue das schweren Herzens, denn sie habe nach der eher spontanen Party beim Debüt im vergangenen Jahr dieses Mal viel vorbereitet und Zusagen von hochkarätigen Mitwirkenden erhalten.

### **Mundschutz in einzelnen Apotheken ausverkauft**

**Dienstag, 28. Januar, 16.05 Uhr:** Auch wenn Mediziner ihren Einsatz in Deutschland nicht für sinnvoll halten: In Bayern sind Mundschutzmasken in einzelnen Apotheken bereits ausverkauft. Er habe Entsprechendes von Betrieben in Unterfranken und München gehört, sagte ein Sprecher des bayerischen Apothekerverbandes am Dienstag der Deutschen Presse-Agentur. Derzeit gebe es angesichts des Coronavirus eine verstärkte Nachfrage. Zudem sei es bei einigen Großhändlern schwierig, Nachschub zu bekommen.

Am Dienstag wurde bekannt, dass der erste bestätigte Coronavirus-Patient in Deutschland ein 33 Jahre alter Mann aus Kaufering im Landkreis Landsberg am Lech ist. Er liegt derzeit auf der Isolierstation des Klinikums Schwabing in München. Seine Frau und sein Kind würden derzeit im häuslichen Umfeld isoliert, sagte ein Sprecher des Landratsamts.

Auch der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels bestätigte, dass einzelne Großhändler die Nachfrage aus den Apotheken nicht bedienen könnten. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, Bernd Salzberger vom Universitätsklinikum Regensburg, hält nichts von der Anwendung der Masken: "Persönlicher Schutz ist im Augenblick vollkommen unsinnig", sagte er der Deutschen Presse-Agentur.

Sogenannte chirurgische Gesichtsmasken sind dem Experten zufolge zudem eigentlich nicht zum Schutz vor Ansteckungen gemacht, sondern sollen verhindern, dass möglicherweise infektiöse Tröpfchen aus dem Atemtrakt von Chirurgen in das Operationsgebiet gelangen. Es ergebe Sinn, zum Beispiel als Grippekranker eine Maske zum Schutz anderer Menschen zu tragen. "Aber der Schutz vor einer Infektion von außen ist sehr, sehr schlecht damit", sagte Salzberger.

### **Webasto bei Starnberg: Zwei chinesische Schulungsgäste ohne Corona-Symptome**

**Dienstag, 28. Januar, 15.05 Uhr:** Bei dem oberbayerischen Autozulieferer Webasto, bei dem ein Mitarbeiter an dem Coronavirus erkrankt ist, sind derzeit keine Kollegen aus China mehr zu Gast. Der 33-Jährige hatte gemeinsam mit drei chinesischen Gästen und weiteren Kollegen an einer Schulung am Standort in Gauting-Stockdorf teilgenommen. Alle drei Gäste seien am 23. Januar nach China zurückgereist, sagte eine Unternehmenssprecherin am Dienstag. Eine chinesische Kollegin erkrankte dann an dem Virus. Von den beiden anderen chinesischen Mitarbeitern seien bisher keine Krankheitssymptome bekannt, sagte die Sprecherin.

Der erkrankte Mitarbeiter aus Gauting habe bei der Schulung den ganzen Tag mit der später erkrankten chinesischen Kollegin in einem Raum gesessen. Ob beide Tischnachbarn waren oder sich gegenüber saßen, so dass die Ansteckungsgefahr erhöht war, konnte die Sprecherin nicht sagen.

Webasto sagte alle Reisen nach und von China für mindestens die kommenden zwei Wochen ab. Webasto stellt hauptsächlich Autoschiebedächer und Standheizungen her und hat in China mehr als zehn Standorte. Die größte Fabrik befindet sich in der Millionenmetropole Wuhan, in der die neuartige Lungenkrankheit zuerst ausbrach.

### **Behörden wollen weitere Maßnahmen einleiten**

**Dienstag, 28. Januar, 14.22 Uhr:** Die Behörden wollen nun nach und nach weitere Maßnahmen in Bayern einleiten. Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) schaltete am Dienstag eine spezielle Hotline frei. Sie ist unter der Telefonnummer 09131/6808-5101 zu erreichen. Dort beantworten freie Mitarbeiter des LGL Fragen von Bürgerinnen und Bürgern oder auch Firmen zum Umgang mit dem Coronavirus, wie das Gesundheitsministerium mitteilte. Auch einige Krankenkassen haben eigene Info-Telefone eingerichtet. Am Münchner Flughafen werden die Passagiere nach Angaben des Landesamtes mit Plakaten in drei Sprachen aufgefordert, bei Verdacht einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus einen Arzt aufzusuchen.

Weitere Eskalationsstufen des Alarmplans sind möglich: Derzeit werde gemeinsam mit dem Bund beraten, "ob es sinnvoll sein kann, an Flughäfen Fieber zu messen", sagte Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU). Die weltgrößte Spielwarenmesse in Nürnberg erwartet angesichts des Coronavirus-Ausbruchs in diesem Jahr weniger Besucher aus China.

Einen Grund zur Panik gebe es trotz allem nicht, betonte Huml - ebenso wie ihr Amtskollege, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU). Der Fall



zeige, "dass wir gut vorbereitet sind", sagte er am Morgen. Die Gefahr für die Gesundheit der Menschen in Deutschland bleibe auch nach Einschätzung des Robert-Koch-Instituts weiterhin gering.

### **Bayerische Unternehmen bremsen oder stoppen Chinareisen**

**Dienstag, 28. Januar, 13.37 Uhr:** Wegen des Coronavirus treten bayerische Unternehmen bei Dienstreisen nach China auf die Bremse. BMW, Audi, und Siemens erklärten am Dienstag auf Nachfragen, dass nur noch zwingend notwendige Dienstreisen nach China angetreten werden. Die Allianz hat Geschäftsreisen aus Singapur, dem Sitz ihrer Holding für Asien und den Pazifikraum, nach China vorübergehend gestoppt. Zudem bittet der Konzern alle seine Mitarbeiter, Reisen nach China nach Möglichkeit auszusetzen.

Der Automobilzulieferer Webasto, bei dem ein Mitarbeiter in Deutschland mit dem Coronavirus infiziert ist, stoppte Dienstreisen nach China und innerhalb Chinas komplett. Bei Schaeffler gilt bereits seit vergangener Woche ein Reiseverbot nach und aus China. Von Brose hieß es am Dienstag, man nehme "von Dienstreisen nach China Abstand", Einzelfälle würden geprüft.

"Wir empfehlen den Mitarbeitern, dringend zu überlegen, ob sie wirklich aktuell nach China reisen müssen, auf Telefonkonferenzen oder virtuelle Meetings zurückzugreifen oder die Reise zu verschieben", sagte eine Siemens-Sprecherin. Der Konzern hat in der betroffenen chinesischen Stadt Wuhan einen Standort mit rund 900 Mitarbeitern. Derzeit seien dort keine Erkrankungen bei Mitarbeitern bekannt. Auch bei Brose sind keine Erkrankungen in China bekannt, der Konzern hat in Wuhan ein Joint Venture mit rund 300 Mitarbeitern.

### **Krippe im Kreis Landsberg am Lech bleibt offen**

**Dienstag, 28. Januar, 12.35 Uhr:** Die Kinderkrippe in Kaufering, in der das Kind des an dem Coronavirus erkrankten Mannes betreut wird, bleibt vorerst geöffnet. "Wir sehen derzeit keine Veranlassung dazu, die Krippe zu schließen", sagte ein Sprecher des Landratsamts Landsberg am Dienstag. "Weder die Frau noch das Kind des Patienten sind bisher erkrankt."

Die Eltern der betroffenen Einrichtung würden nun informiert, sagte der Sprecher. Ihre Kinder könnten diese aber weiter besuchen.

### **Informationsplakate zu Coronavirus am Münchner Flughafen**

**Dienstag, 28. Januar, 11.55 Uhr:** Am Münchner Flughafen werden die Passagiere mit Plakaten in drei Sprachen aufgefordert, bei Verdacht einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus einen Arzt aufzusuchen. Das hat das Landesamt für Gesundheit veranlasst, wie ein Sprecher des Flughafens am Dienstag sagte. Auf Deutsch, Englisch und Chinesisch werden die Symptome und Vorbeugungsmaßnahmen bei Reisen in die Risikogebiete kurz beschrieben und Ansprechpartner genannt.

Entworfen wurden die Plakate vom Frankfurter Gesundheitsamt, auch am dortigen Flughafen sowie an den Berliner Flughäfen sind die Plakate aufgestellt worden. Regie bei Sicherheitsmaßnahmen an Flughäfen haben die

Behörden. Am Münchner Flughafen gibt es eine Task Force Infektiologie, die rund um die Uhr einsatzbereit ist.

### **Vorsichtsmaßnahmen bei Webasto nach Coronavirus-Infektionen**

**Dienstag, 28. Januar, 11.40 Uhr:** Nach den [Coronavirus-Infektionen zweier Mitarbeiter](#) hat der oberbayerische Autozulieferer Webasto eine ganze Reihe von Vorsichtsmaßnahmen ergriffen. Sowohl Dienstreisen nach China als auch innerhalb Chinas sind vorerst ausgesetzt, wie eine Sprecherin am Dienstag sagte. In der Unternehmenszentrale in Stockdorf südwestlich von München ist den [1000 dort beschäftigten Kolleginnen und Kollegen freigestellt, zu Hause zu arbeiten](#).

Die Mitarbeiter wurden darüber hinaus gebeten, Termine mit externen Besuchern in Stockdorf zu verschieben oder auf Telefonkonferenzen auszuweichen. Bei Terminen außer Haus sollen Stockdorfer Kolleginnen und Kollegen ihren Ansprechpartnern anbieten, bereits ausgemachte Termine zu verschieben oder sie telefonisch abzuhalten. Beides gilt zunächst für die nächsten zwei Wochen. Webasto hatte zuvor bestätigt, dass ein Mitarbeiter in Stockdorf von einer chinesischen Kollegin aus Schanghai mit dem neuen Coronavirus angesteckt worden sei, die vergangene Woche zu Besuch war und erst nach ihrem Rückflug in China positiv getestet wurde. Beide seien stationär in ärztlicher Behandlung, es gehe ihnen den Umständen entsprechend gut, erklärte Vorstandschef Holger Engelmann. Das Unternehmen prüft derzeit, mit welchen Kollegen die beiden Erkrankten in Kontakt waren. Die Betroffenen sollen dann sämtlich informiert werden.

Webasto stellt hauptsächlich Autodächer und Standheizungen her und hat in China mehr als zehn Standorte, einen davon in der Millionenmetropole Wuhan, in der die neuartige Lungenkrankheit zuerst ausgebrochen war. Die Schanghaier Mitarbeiterin war demnach nicht in Wuhan, hat dort aber Familie.

### **Art der Ansteckung im Coronavirus-Fall in Bayern "neu"**

**Dienstag, 28. Januar, 11.02 Uhr:** Der erste bestätigte Coronavirus-Fall in Deutschland liefert nach Ansicht der bayerischen Gesundheitsbehörden neue Erkenntnisse über die Ansteckungswege der Lungenkrankheit. Wie das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) am Dienstag in München mitteilte, hat sich der [33 Jahre alte Mann nach ersten Erkenntnissen bei einer Chinesin angesteckt](#), die zu dem Zeitpunkt noch keine Symptome der Krankheit zeigte. "Das ist neu, dass wir das so wissen", sagte der Leiter der Taskforce Infektiologie, Martin Hoch. Die Behörden müssten aber noch mit der Chinesin sprechen, um das zu bestätigen.

### **Landesamt: Bislang keine weiteren Verdachtsfälle**

**Dienstag, 28. Januar, 10.39 Uhr:** Bislang hat es in Deutschland nach Angaben des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) am Dienstag keine weiteren Verdachtsfälle gegeben. "Wir haben bislang keinen finden können, der noch weitere Symptome hat", sagte LGL-Präsident Andreas Zapf in München. Das sei aber "Stand jetzt, 10.30 Uhr". Die Behörden seien derzeit damit beschäftigt, herauszufinden, mit wem die



beiden Mitarbeiter der Firma Webasto Kontakt hatten. Das müsse jetzt "ganz rasch" gehen.

Die bayerischen Behörden überprüfen jedoch 40 Kontaktpersonen in der Firma und der Familie des erkrankten Webasto-Mitarbeiters. Das sagte der Leiter der Taskforce Infektiologie, Martin Hoch, am Dienstag in München. "Die Zahl kann noch steigen."

### Rotes Kreuz mit Sondereinheiten

**Dienstag, 28. Januar, 10.13 Uhr:** Sollte sich das Coronavirus in Bayern verbreiten, stehen beim Bayerischen Roten Kreuz (BRK) zwölf Schnelleinsatzgruppen bereit. Diese Sondereinheiten seien auf die Behandlung, Betreuung und den fachgerechten Transport von beispielsweise hochinfektiösen Patienten spezialisiert, teilte das BRK am Dienstag mit.

Bereits am Wochenende sind laut BRK standardisierte Prozeduren für den Ernstfall entwickelt worden, die allen Einsatzdiensten zur Verfügung stünden. "Im Vorgehen für die Einsatzkräfte ändert sich zunächst nichts", sagte Landesgeschäftsführer Leonhard Stärk. Persönliche Schutzausrüstung wie Mundschutz, Atemschutzmasken und Schutzanzüge und -brillen würden ohnehin in allen Rettungsfahrzeugen mitgeführt.

### Erster Coronavirus-Fall in Deutschland bestätigt

**Montag, 27. Januar 2020:** [In Deutschland ist erstmals eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus bestätigt worden.](#) Ein Mann aus dem Landkreis Starnberg in Bayern habe sich infiziert, teilte ein Sprecher des Gesundheitsministeriums am späten Montagabend mit.

### Rückblick

Die Meldungen im Rückblick: [Januar und Februar](#), [März](#), [April](#), [Mai](#), [Juni](#), [Juli](#) und [August](#).

© SZ.de/dpa/kast/mmo - Rechte am Artikel können Sie [hier](#) erwerben.



Teilen



Feedback



Drucken

Coronavirus-Newsblog für Bayern

#### Personen-Obergrenze für private Partys: Wie viele dürfen noch feiern?

Bayern schließt angesichts steigender Corona-Infektionen neue Auflagen nicht aus. Schon wieder gibt es Probleme bei den Tests an den Autobahnen. Alle Entwicklungen im Newsblog.

*Lesen Sie mehr zum Thema*

Medizin

Coronavirus

Gesundheit

Gesundheit in Bayern

Bayern

Krar



Verkehr - Essen

## Kampagne macht auf Gefahren mit Lastenrädern aufmerksam

VERLAGSANGEBOT

**SZ Stellenmarkt**

### Entdecken Sie attraktive Jobs

In anspruchsvollen Berufsfeldern im Stellenmarkt der SZ.

Medizin, Gesundheit & Soziales

Tech. Entwicklung & Konstruktion

Consulting & Beratung

Marketing, PR & Werbung

Fahrzeugbau & Zulieferer

IT/TK Softwareentwicklung

Tech. Management & Projektplanung

Vertrieb, Verkauf & Handel

Forschung & Entwicklung

**Jetzt entdecken** →

Sie möchten die digitalen Produkte der SZ mit uns weiterentwickeln? Bewerben Sie sich jetzt! [Jobs bei der SZ Digitale Medien](#)

Mehr zum Thema: Medizin

**SZplus** Meinung **Altenpflege**

### So nimmt das kein gutes Ende

Die Menschen in Deutschland werden immer älter, und schon jetzt gibt es nicht genug Heimplätze. Um dem Notstand abzuhelpfen, wäre ein Rechtsanspruch auf einen Pflegeplatz ein guter Anfang.

Rolle spielen die Gene? Was die Karrie-

SZplus Medizin

### **Das ideale Rentenalter**

Tendenziell steigt die Lebenszufriedenheit mit dem Eintritt in die Rente. Doch viele ergreift kurz vorher die Panik. Gibt es einen optimalen Zeitpunkt für den Ruhestand? Einmal rein medizinisch gesehen.

Medizin

### **Übergewicht macht anfälliger für schwere Infektionskrankheiten**

Warum bestimmte Menschen schlimmer an Covid-19 erkranken und schlechter auf Impfungen reagieren.

belastet nicht nur Familien, es kann

SZplus Meinung **Gebühr für Notfälle**





### Medizinisch unsinnig und zutiefst unsozial

Patienten Strafe zahlen zu lassen, wenn sie unangemeldet in der Notaufnahme erscheinen - auf die Idee muss man erst einmal kommen.

[Zur Themenseite](#) →

ANZEIGE

#### GUTSCHEINE

 <b>Booking.com Gutschein</b> Bis zu 20% Booking.com Rabatt + gratis Frühstü...	 <b>TUI Gutscheincode</b> Mit TUI Gutschein 20€ pro Person extra auf Ihr...	 <b>ab-in-den-urlaub Gutsc...</b> Bis zu -50% mit dem Frühbucher Rabatt...	 <b>Sixt Gutschein</b> 15% Sixt Gutschein auf Ihre nächste Buchung...	<b>Exp</b> 50€ Hot
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

ANZEIGE

#### VERGLEICHSPORTAL

 <b>Kreditvergleich</b> Günstige Kredite mit niedrigen Zinsen	 <b>Handyvertrag Vergleich</b> Unser Handy mit Vertrag Preisvergleich	 <b>Internetanbieter Vergle...</b> Beste Internetanbieter vergleichen	 <b>Handytarife Vergleich</b> Prepaid, Allnet und Paket Handytarife	 <b>Kre</b> Die find
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[Zur SZ-Startseite](#)

## Süddeutsche Zeitung



### SZ Plus-Abonnement:

[AGB](#) [Datenschutz](#) [Datenschutz-Einstellungen](#) [Abo kündigen](#)

### Vertrag mit Werbung:

[Vertragsbedingungen](#) [Datenschutz](#) [Cookie-Policy](#) [Vertrag mit Werbung kündigen](#)  
[Widerruf nach Fernabsatzgesetz](#) [Widerspruch](#)

[Kontakt und Impressum](#)



Sendung verpasst? ▶



HINTERGRUND Situation in Deutschland

## Die Corona-Lage im Überblick

*Stand: 06.04.2023 15:40 Uhr*

**Welche Landkreise sind momentan besonders betroffen? Wie ist die Tendenz beim Inzidenzwert? Wie läuft die Impfkampagne, und wie ist die Lage auf den Intensivstationen? Ein Überblick mit interaktiven Coronavirus-Karten und -Grafiken.**

Seit Beginn der Pandemie veröffentlicht das Robert Koch-Institut für Deutschland Zahlen zu den bestätigten Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus. Später kamen Angaben zu Todesfällen und tägliche Schätzungen zur Zahl genesener Patienten hinzu. Aus der Kombination dieser drei Werte ergibt sich die Zahl der aktuell Infizierten. Diese Berechnung aktiver Infektionsfälle baut auf den labortechnisch bestätigten Fällen auf und berücksichtigt nicht die Dunkelziffer unerkannter Infektionen, die sich nur schätzen lässt.

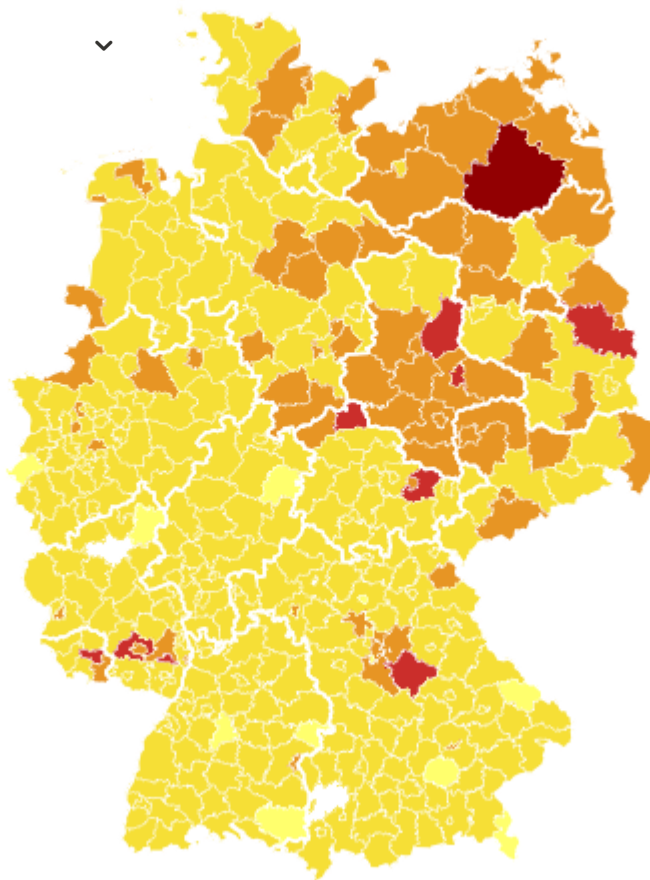
**Wo gibt es wie viele Neuinfektionen innerhalb der vergangenen sieben Tage?**

# Covid-19: Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner binnen 7 Tagen

15.04.2023

Altersgruppe auswählen:  
Gesamt

≥ 4.000  
< 4.000  
< 3.500  
< 3.000  
< 2.500  
< 2.000  
< 1.500  
< 1.000  
< 750  
< 500  
< 250  
< 100  
< 50  
< 35  
< 20  
< 4



Geobasis-DE / BKG 2021 Quelle: Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



## Hinweise zur Karte:

- Die Omikron-Variante hat die Ausbreitung des Coronavirus beschleunigt und zu Höchstwerten bei der 7-Tage-Inzidenz geführt. Um dieses dynamische Infektionsgeschehen mit sehr hohen Inzidenzwerten abbilden zu können, wurde die Kartendarstellung erstmals seit Beginn der Pandemie grundlegend angepasst. Im Gegensatz zu früheren Änderungen handelt es sich nicht ausschließlich um eine Erweiterung der bestehenden Skala, sondern teilweise um eine Neueinteilung der Wertebereiche und der dafür verwendeten Farben. Unverändert blieben die Intervalle und Farben für alle Inzidenzwerte von 0 bis 100. Der folgende Wertebereich reicht nun bis 250, behält aber seine bisherige Farbe. Danach geht es zunächst in 250er-Schritten weiter und ab einem Inzidenzwert von 1000 in 500er-Schritten. Die Farbwahl orientiert sich dabei am Heatmap-Prinzip. Im Bereich hoher Inzidenzwerte kommen sowohl neue Farbtöne zum Einsatz als auch mehrere bisher verwendete Farben in einer geänderten Abfolge.
- Vereinzelt werden Fälle von Neuinfektionen ohne Angabe der Altersgruppe der betroffenen Personen an das RKI gemeldet. In seltenen Fällen ist zu beobachten, dass für eine größere Zahl der Neuinfektionen in einem Kreis oder einer Stadt keine Angaben zur Altersgruppe vorliegen.



Die Folge kann dann sein, dass die 7-Tage-Inzidenz für die Gesamtbevölkerung höher liegt als die angegebenen Werte in allen einzelnen Altersgruppen.

Lassen Sie sich hier aktuelle Corona-Zahlen für Ihre Stadt oder Ihren Landkreis anzeigen.

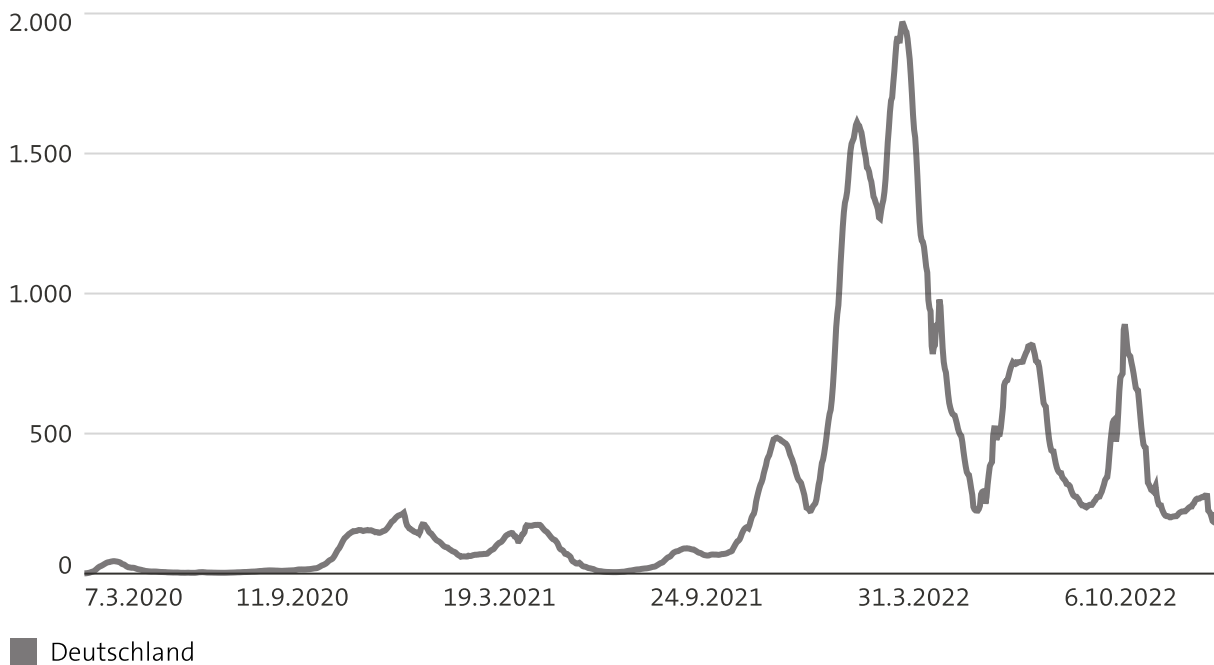
🔍 Postleitzahl

## Wie entwickelt sich die 7-Tage-Inzidenz bundesweit und in den Bundesländern?

### Covid-19: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner

Stand: 15.04.2023, 00:00 Uhr

Wählen Sie ein Bundesland <sup>1</sup> ▼



Quelle: Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



**Hinweis zur Grafik:** Das RKI aktualisiert die Zahl der Neuinfektionen und damit auch die daraus abgeleitete 7-Tage-Inzidenz täglich - und zwar auch rückwirkend - auf Basis von Nachmeldungen. Das hat zur Folge, dass die aktuell angegebenen 7-Tage-Inzidenzwerte für Tage in der Vergangenheit in aller Regel höher liegen als die Werte, die am entsprechenden Tag durch das RKI veröffentlicht wurden. Vor allem in Zeiten stark steigender Inzidenzwerte kann dies dazu führen, dass die in der Verlaufsgrafik dargestellten Werte für die ein oder zwei aktuellsten Tage fälschlicherweise den Eindruck einer sinkenden 7-Tage-Inzidenz vermitteln. Dies kann vor allem passieren, wenn die Inzidenzwerte für die unmittelbaren Vortage aufgrund der Nachmeldungen

rückwirkend deutlich angehoben werden und dann merklich höher liegen, als die ursprünglich vom RKI an den betreffenden Tagen veröffentlichten Werte.

## Aktuelle Fallzahlen im Bund und in den Ländern im Überblick

### Covid-19: Fallzahlen in Deutschland

Stand: 15.04.23, 03:06 Uhr

	7-Tage-Inzidenz	Bestätigte Fälle (gesamt)	Aktive Fälle (gesamt)	Tode (ges)
<b>Deutschland</b>	<b>14,7</b>	<b>38.382.386</b>	<b>61.200</b>	<b>171.</b>
Schleswig-Holstein	18,5	1.179.908	2.400	3.55
Hamburg	18,9	809.773	1.800	3.69
Niedersachsen	15,7	3.875.155	5.400	14.0
Bremen	11,7	304.672	300	1.00
Nordrhein-Westfalen	12,7	8.079.266	11.600	32.0
Hessen	12,9	2.937.669	4.900	12.7
Rheinland-Pfalz	11,3	1.775.999	2.900	7.12
Baden-Württemberg	9,6	5.075.350	5.900	19.5
Bayern	12,8	6.759.692	8.000	29.1
Saarland	18,7	495.045	600	2.18

# 1 - 10

◀ ◀◀ 1 /

Robert Koch-Institut

## Wie hoch ist der Anteil geimpfter Menschen in den Bundesländern?

## Covid-19: Erstimpfungen je 100 Einwohner

Stand: 07.04.2023

Länderauswahl...

91,90  
81,25  
78,90  
74,95  
66,30

GeoBasis-DE / BKG 2018 Quelle: Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

← zurück

weite

**Hinweis:** Das Robert Koch-Institut hat mitgeteilt, dass mit Auslaufen der Coronavirus-Impfverordnung am 7. April 2023 die tägliche Veröffentlichung der Impfquoten ausgesetzt wird. Mit Inkrafttreten der COVID-19-Vorsorgeverordnung am 8. April 2023 will das RKI demnach die Frequenz der Aktualisierungen anpassen und ab Mai wieder Impfdaten in angepasster Form veröffentlichen. Die Grafik basiert auf dem aktuellsten durch das RKI veröffentlichten Datenstand zu den Impfquoten.

Wie ist der Stand bei den Impfungen in den Bundesländern?

## Corona-Impfungen in Deutschland

Stand: 07.04.2023

	Erstimpfungen gesamt	Erstimpfung, Impfquote	Vollständig Geimpfte gesamt	Vollständig Geimpfte Impfquote
<b>Deutschland</b>	<b>64.876.323</b>	<b>77,90</b>	<b>63.563.065</b>	<b>76,4</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>2.356.840</b>	<b>80,70</b>	<b>2.327.311</b>	<b>79,6</b>
<b>Hamburg</b>	<b>1.607.208</b>	<b>86,70</b>	<b>1.565.859</b>	<b>84,5</b>
<b>Niedersachsen</b>	<b>6.405.416</b>	<b>79,80</b>	<b>6.229.976</b>	<b>77,6</b>
<b>Bremen</b>	<b>621.566</b>	<b>91,90</b>	<b>597.375</b>	<b>88,3</b>
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>14.660.393</b>	<b>81,80</b>	<b>14.249.801</b>	<b>79,5</b>
<b>Hessen</b>	<b>4.968.420</b>	<b>78,90</b>	<b>4.772.706</b>	<b>75,8</b>
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>3.242.774</b>	<b>79,00</b>	<b>3.104.875</b>	<b>75,6</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>8.422.792</b>	<b>75,70</b>	<b>8.293.193</b>	<b>74,5</b>
<b>Bayern</b>	<b>9.911.784</b>	<b>75,20</b>	<b>9.901.382</b>	<b>75,1</b>

# 1 - 10

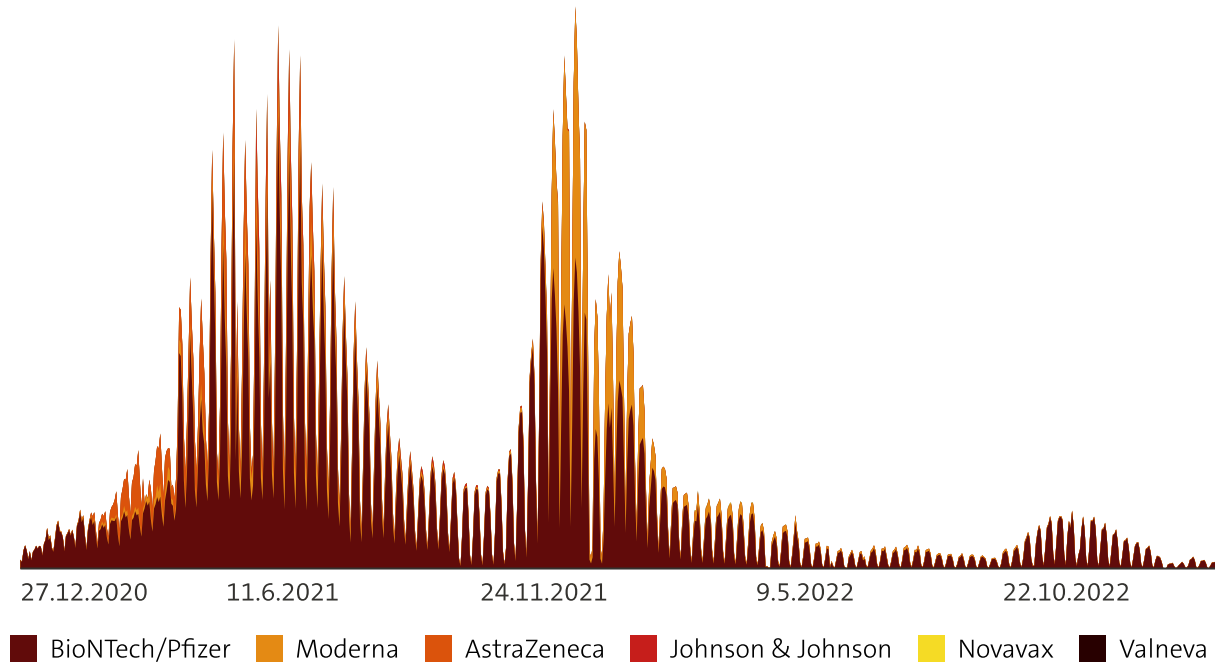
◀ ◀ 1 /

Quelle: Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

### Wie entwickelt sich die Nutzung der Impfstoffe pro Tag?

## Covid- 19: Entwicklung der Tageswerte der verabreichten Impfstoffdosen in Deutschland nach Hersteller

basierend auf den täglich gemeldeten Impfungen



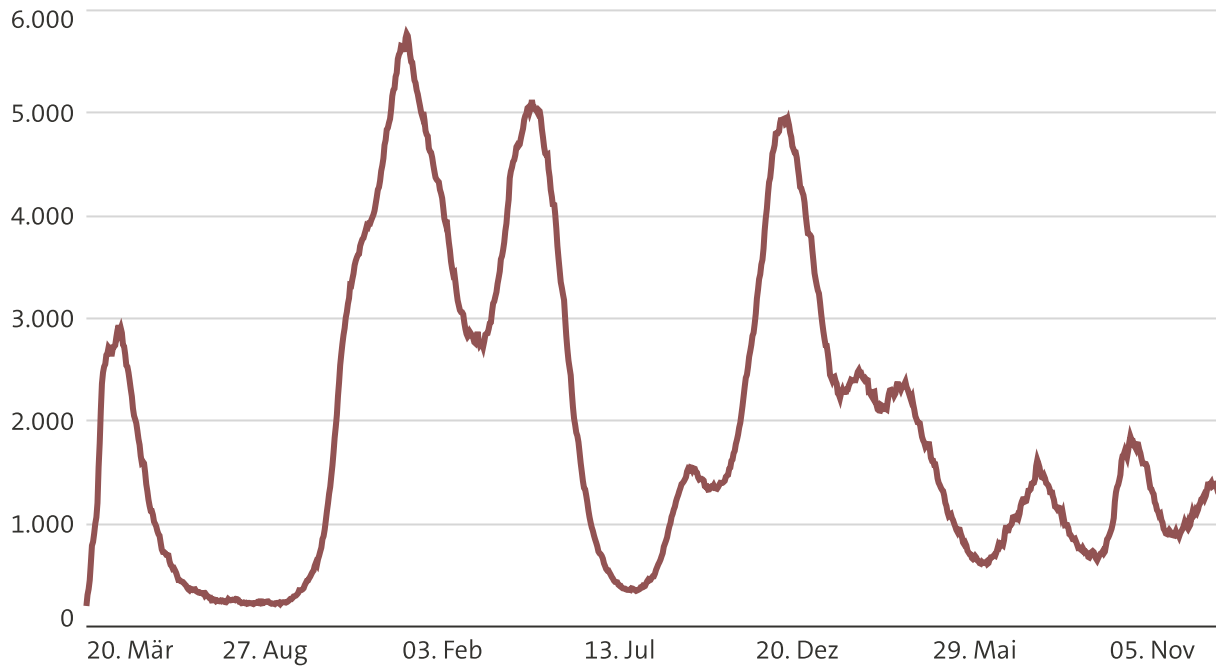
Quellen: Robert Koch-Institut & Bundesministerium für Gesundheit

### Wie viele Covid-19-Patienten sind in Intensivbehandlung?

## Covid-19-Patienten in Intensivbehandlung

Stand: 15.04.2023, 11:05

Deutschland ▾

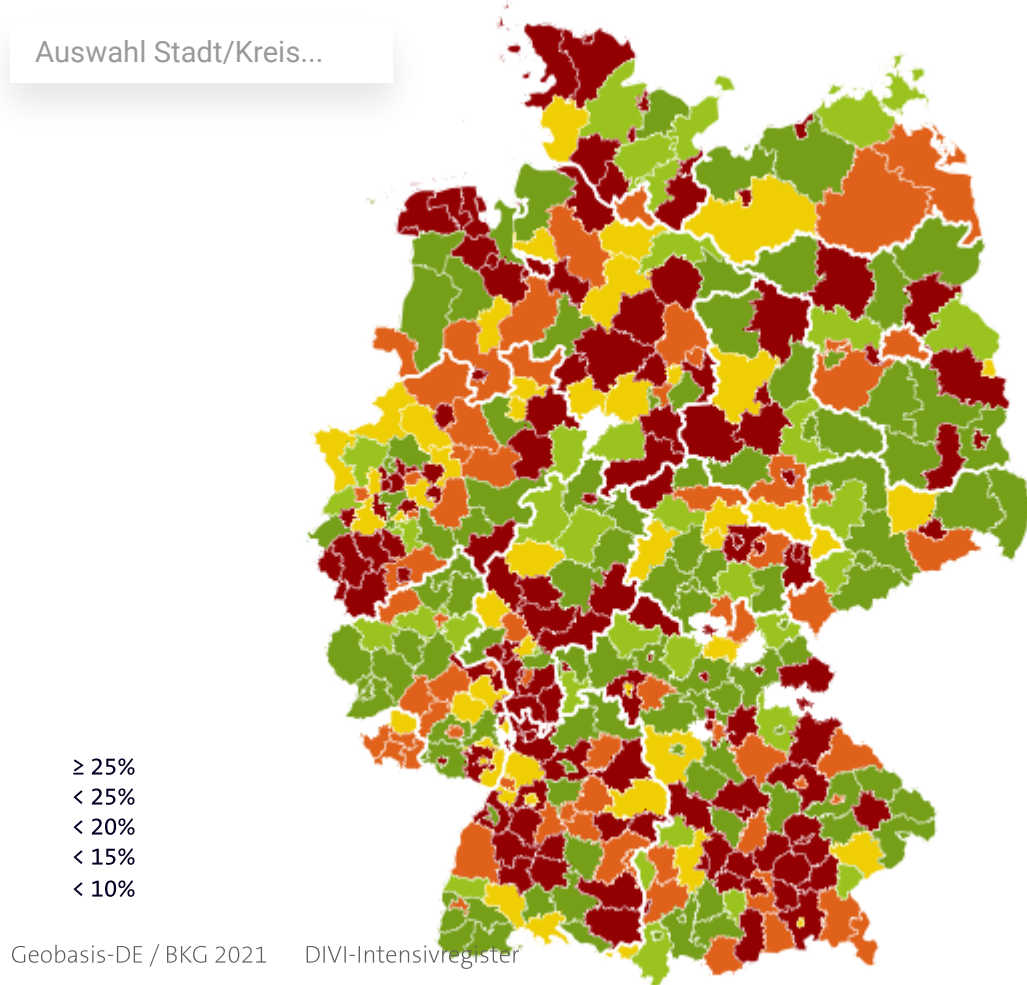


DIVI-Intensivregister

Wo gibt es wie viele freie Intensivbetten?

## Anteil freier Betten auf Intensivstationen

Zuletzt aktualisiert: 15.04.2023 10:20



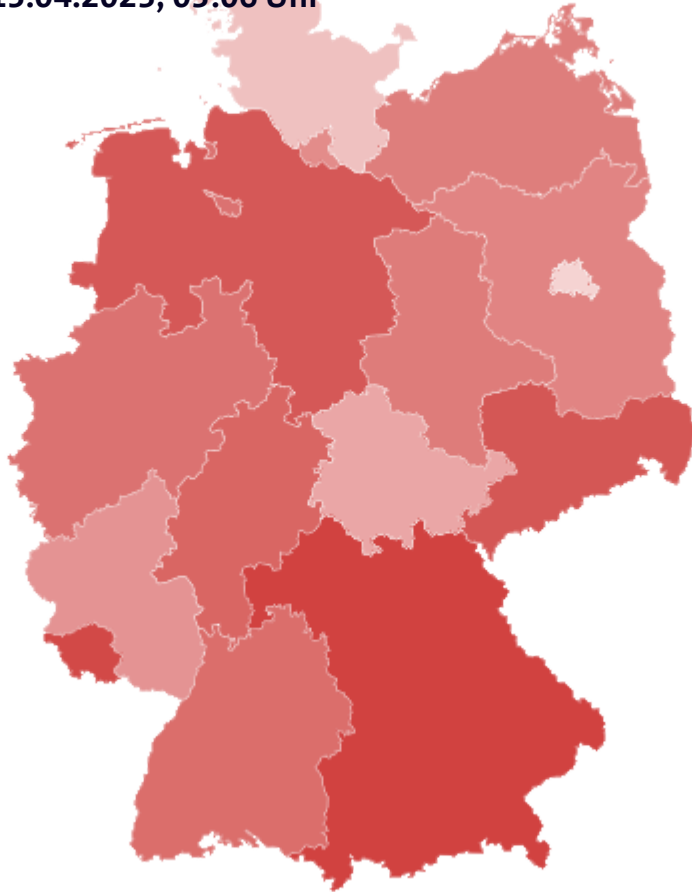
**Hinweis zur Karte:** Entsprechend der Systematik des DIVI-Intensivregisters liegen der Karte ausschließlich gemeldete Kapazitäten und Fallzahlen der Erwachsenen-Intensivstationen zugrunde.

Wie viele bestätigte Infektionen gibt es seit Pandemiebeginn pro 100.000 Einwohner?

# Coronavirus-Infektionen in Deutschland

Bestätigte Infektionen pro 100.000 Einwohner

Zuletzt aktualisiert: **15.04.2023, 03:06 Uhr**



51.299,2  
47.238,1  
43.176,9  
39.115,8

GeoBasis-DE / BKG 2018 Robert Koch-Institut

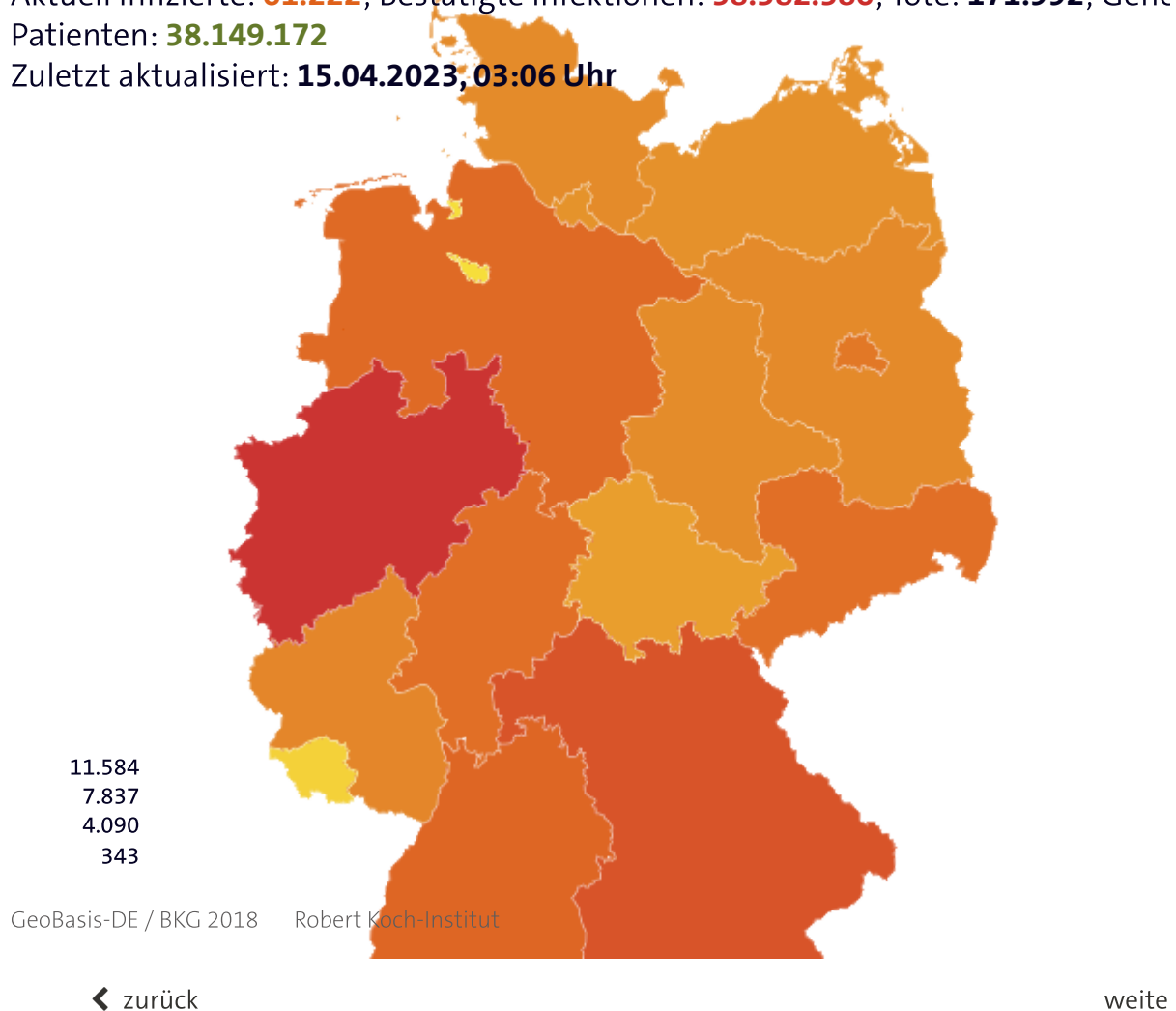
Wie viele Menschen sind aktuell infiziert und wie viele bestätigte Infektionsfälle gibt es insgesamt?



## Coronavirus: Aktuell Infizierte in Deutschland

Aktuell Infizierte: **61.222**; Bestätigte Infektionen: **38.382.386**; Tote: **171.992**; Geneigte Patienten: **38.149.172**

Zuletzt aktualisiert: **15.04.2023, 03:06 Uhr**



**Hinweise zu den Karten:** Jeder Klick auf ein Bundesland liefert aktuelle Zahlen zu Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus. Die Zahlen basieren auf den Angaben des Robert Koch-Instituts, das derzeit einmal pro Tag für alle Bundesländer Fallzahlen veröffentlicht (Datenstand ist dabei laut RKI jeweils 0.00 Uhr des betreffenden Tages). Die vom RKI angegebene Zahl der Genesenen und die mit Hilfe dieses Wertes errechnete Zahl der "aktuell Infizierten" basiert auf einer RKI-Schätzung: Demnach nimmt das RKI an, dass Fälle mit leichtem Krankheitsverlauf und entsprechenden Symptomen 14 Tagen dauern. Bei Fällen, die im Krankenhaus behandelt werden oder deren Symptome auf einen schweren Krankheitsverlauf hindeuten, nimmt das RKI eine Erkrankungszeit von 28 Tagen an. In Kombination mit dem Datum des Erkrankungsbeginns bzw. des Meldedatums ergibt sich so ein geschätztes Datum für die Genesung der Infizierten. Eine Erläuterung zu den Unterschieden zwischen der Zahl der Infektionen in Deutschland auf dieser Karte (Quelle: Robert Koch-Institut) und [auf der Weltkarte](#) (Quelle: Johns Hopkins University) finden Sie [hier](#).

[Zurück zur Startseite](#)



## Entwicklung der Pandemie im Zeitverlauf

© ARD-aktuell / tagesschau.de



Beschluss von Bund und Ländern

## Hospitalisierung wird Maßstab für Regeln

Stand: 18.11.2021 19:45 Uhr

**Die Zahl der Krankenhauseinweisungen wird laut einem Bund-Länder-Beschluss Maßstab für Beschränkungen: Je nach Hospitalisierungsrate wird 2G oder 2G plus eingeführt - oder noch strengere Regeln. Kanzlerin Merkel nannte die Lage hochdramatisch.**

Bei Überschreiten bestimmter Belastungsschwellen in den Kliniken (Hospitalisierungsrate) sollen nach dem Willen von Bund und Ländern einheitlich schärfere Corona-Maßnahmen greifen. Die geschäftsführende Kanzlerin Angela Merkel und die Ministerpräsidenten vereinbarten dafür drei Stufen mit jeweils weitergehenden Beschränkungen, wie Merkel im Anschluss sagte.

Dafür erfasst das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldete Krankenhausaufnahmen von Corona-Patienten pro 100.000 Einwohner in einem Sieben-Tage-Zeitraum. Liegt die Rate über 3, soll in dem Bundesland für Freizeiteinrichtungen, Kultur- und Sportveranstaltungen, Gastronomie und bestimmte Dienstleistungen flächendeckend 2G gelten. Zutritt haben dann nur Geimpfte und Genesene.

Bei Überschreiten eines Werts von 6 sollen die Länder darüber hinausgehend in bestimmten Einrichtungen auch für Geimpfte und Genesene zusätzlich Testnachweise oder andere Maßnahmen vorschreiben (2G plus).

Was bedeuten 2G, 2G-Plus, 3G und 3G-Plus?

Bei den Corona-Maßnahmen spielen die Zugangsbeschränkungen 2G, 2G-Plus, 3G und 3G-Plus eine große Rolle. Die Bedeutung im Einzelnen:

- 2G meint geimpft oder genesen. Als geimpft gelten Personen, bei denen die abschließende Impfung mindestens zwei Wochen zurückliegt. Als genesen gelten Personen, bei denen die Corona-Infektion mit einem PCR-Test festgestellt wurde. Dieses Testergebnis muss mindestens 28 Tage alt sein und darf aber nicht länger als sechs Monate zurückliegen.

- 2G-Plus: wie 2G, das Plus steht für zusätzlich getestet der geimpften und/oder genesenen Personen. Als Test wird das negative Ergebnis eines Corona-Schnelltests verlangt.

- 3G bedeutet vollständig geimpft, genesen oder getestet. Als Test ist ein negativer Antigen-Schnelltest erforderlich, der nicht älter als 24 Stunden sein darf.

- 3G-Plus bedeutet geimpft, genesen oder PCR-getestet. Hier wird von Ungeimpften ein negativer PCR-Test verlangt. Dieser muss bei längeren Aufenthalten alle 72 Stunden erneuert werden.

Spätestens bei Überschreiten des Schwellenwerts von 9 sollen die Länder dann von weitergehenden Beschränkungen Gebrauch machen. Dies zielt auf eine vom Bundestag beschlossene Klausel: Nach einem entsprechenden Landtagsbeschluss sollen die Länder auch härtere Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen oder Einschränkungen und Verbote von Veranstaltungen verhängen können.

Merkel forderte, ab dem Wert neun müsse "das gesamte Instrumentarium der Möglichkeiten eingesetzt werden". Sie sagte aber auch, sie sei unzufrieden mit den an dieser Stelle getroffenen Maßnahmen: "Hier bin ich der Meinung, dass dieser Katalog nicht ausreicht."

Noch vier Bundesländer unter Wert drei

Derzeit liegen alle Bundesländer außer Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und dem Saarland über dem Wert 3. Über dem Wert 6 liegt Bayern. Über dem Wert 9 liegen Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Die Ministerpräsidenten sprachen sich zudem für eine Teil-Impfpflicht aus. "Wir müssen besonders die vulnerablen Gruppen zusätzlich schützen. Die Länder halten es für erforderlich, dass einrichtungsbezogen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie in Alten- und Pflegeheimen und bei mobilen Pflegediensten bei Kontakt zu vulnerablen Personen verpflichtet werden, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen", heißt es in dem Beschluss. "Die Länder bitten den Bund dies schnellstmöglich umzusetzen."

### Neuer Pflegebonus geplant

Angesichts ihrer Belastung in der Pandemie sollen Pflegekräfte erneut eine finanzielle Anerkennung bekommen. Bund und Länder einigten sich auf einen Pflegebonus für Pflegekräfte vor allem in der Intensivpflege, wie Merkel sagte. In einer Vorlage hieß es, mit der erneuten Leistung eines Pflegebonus solle die Anerkennung des Einsatzes in der aktuell sehr herausfordernden Situation unterstrichen werden. Weiter hieß es: "Die Länder bitten den Bund, die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereitzustellen."

Zur Lage insgesamt sagte Merkel, diese sei hochdramatisch. "Wir könnten besser dastehen, wenn die Impflücke nicht so groß wäre." Es sei aber nie zu spät, sich impfen zu lassen.

Vizekanzler Olaf Scholz appellierte erneut an bisher Nicht-Geimpfte, sich "einen Ruck" zu geben und eine Entscheidung dafür zu treffen. Es gelte nun, als Land zusammenzuhalten, so Scholz. Wichtig sei zudem, jetzt viele von Auffrischungsimpfungen zu überzeugen. Hierbei gehe es um mehrere Millionen Menschen. Dafür müssten Bund, Länder und Kommunen nun auch Impfangebote ausweiten.

Bereits für den 9. Dezember wurde ein weiteres Bund-Länder-Treffen vereinbart. Dann soll laut Wüst auch das neue Infektionsschutzgesetz überprüft werden. Die Länder hätten die Zusage vom wahrscheinlich nächsten Kanzler Scholz bekommen, dass dann überprüft werde, ob der Maßnahmenkatalog für die Pandemie-Bekämpfung ausreiche.

[Zur Startseite](#)





HINTERGRUND Coronavirus

## Maskenpflicht in allen Bundesländern

Stand: 22.04.2020 14:14 Uhr

Aus einer "dringenden Empfehlung" wird nun doch eine Pflicht: Nach und nach verlangen alle Bundesländer das Tragen von Gesichtsmasken. Zuletzt zog Bremen nach. Ab wann gilt die Maskenpflicht?

**Baden-Württemberg:** Eine Maske ist ab Montag, 27. April, verpflichtend. Sie gilt beim Einkaufen und im öffentlichen Nahverkehr. Um Mund und Nase zu bedecken, sei kein medizinischer Mundschutz nötig, der solle medizinischem Personal vorbehalten bleiben, sagt Ministerpräsident Winfried Kretschmann. Als Schutz seien sogenannte Alltagsmasken oder auch ein Schal oder ein Tuch möglich.

Auch die Menschen in **Bayern** müssen ab kommendem Montag eine einfache Atemschutzmaske tragen, wenn sie einkaufen oder Bahn und Bus fahren. Ministerpräsident Markus Söder kündigte als einer der ersten Landeschefs eine entsprechende Vorgabe an. Sie gilt für Personen ab dem siebten Lebensjahr.

**Berlin** führt ebenfalls eine Maskenpflicht in Bussen und Bahnen ein. Die Menschen in der Bundeshauptstadt seien ab kommendem Montag angehalten, im öffentlichen Nahverkehr einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, sagte Berlins Regierender Bürgermeister Michael Müller nach einer Senatsitzung. Im Unterschied zu anderen Bundesländern gilt die Pflicht indes nicht für den Einzelhandel. Dort sowie bei Kontakt mit Risikopersonen wird ein solcher Schutz aber "dringend empfohlen".

In **Brandenburg** kündigte Innenminister Michael Stübgen im Innenausschuss des Landtags an, dass eine Maskenpflicht in S-Bahnen, Bussen und Straßenbahnen ebenfalls vom kommenden Montag an gelten soll. Dies werde das Kabinett am Donnerstag beschließen.

**Bremen** hat sich als letztes Bundesland für eine Maskenpflicht ausgesprochen. Am Freitag will der Senat entsprechende Regelungen beschließen. Die Tragepflicht soll im ÖPNV sowie in Geschäften gelten.

**Hamburgs** Erster Bürgermeister Peter Tschentscher kündigte eine Maskenpflicht für die Stadt ab kommendem Montag an. Diese Pflicht soll im Einzelhandel, im öffentlichen Nahverkehr und sogar auf Wochenmärkten gelten. Den Schritt begründete er unter anderem damit, dass die bisherigen Empfehlungen zum Tragen von Masken gegen die weitere Ausbreitung der Corona-Pandemie nicht ausreichend gefruchtet hätten. Außerdem starte am Montag auch schrittweise wieder der Schulunterricht.

Auch **Hessen** wird das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes in Läden und im Nahverkehr ab nächster Woche zur Pflicht machen. Die Stadt Hanau ist schon einen Schritt weiter: Hier gilt bereits seit Anfang dieser Woche eine Maskenpflicht.

In **Mecklenburg-Vorpommern** gilt ab kommendem Montag eine Maskenpflicht - allerdings nur im Nahverkehr. Einkaufen dürfen die Menschen ohne Mundschutz. Wer ohne Maske in Bus oder Bahn erwischt wird, dem drohen 25 Euro Bußgeld.

Auch **Niedersachsen** macht das Tragen einer Maske im Nahverkehr und im Einzelhandel vom kommenden Montag an zur Pflicht, sagte ein Sprecher des niedersächsischen Gesundheitsministeriums. In der Stadt Wolfsburg galten entsprechende Verpflichtungen schon seit dieser Woche Montag.

Nach anfänglichem Zögern führt auch **Nordrhein-Westfalen** eine Maskenpflicht ein. Vom kommenden Montag an sei die Benutzung beim Einkaufen sowie in Bussen und Bahnen verpflichtend, teilte die nordrhein-westfälische Landesregierung mit. Zuvor hatte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann betont, man setze auf die "Verantwortung jedes Einzelnen".

In **Rheinland-Pfalz** wird es ab Montag eine Maskenpflicht geben. Ministerpräsidentin Malu Dreyer kündigte an, allen Schülern zum schrittweisen Schulstart Ende April/Anfang Mai eine wiederverwendbare Alltagsmaske zu schenken.

Am Mittwoch kündigte auch das **Saarland** eine Maskenpflicht an. Sie soll ab der kommenden Woche gelten.

In **Sachsen** gilt bereits seit Montag eine Maskenpflicht in Geschäften und im Nahverkehr.

Die Menschen in **Sachsen-Anhalt** müssen bereits ab Donnerstag einen Mund-Nasen-Schutz im Öffentlichen Personennahverkehr und beim Einkaufen tragen. Die Resonanz auf die bisherige Empfehlung sei leider bisher nicht zufriedenstellend gewesen. Es gehe nicht um das Tragen von medizinischen Masken, es könnten auch selbstgenähte Masken, Schals oder Tücher getragen werden.

In **Schleswig-Holstein** soll die Maskenpflicht ab Mittwoch, dem 29. April, gelten, kündigte Ministerpräsident Daniel Günther an. Sie soll sich auf den Einzelhandel, auf Märkte und den öffentlichen Nahverkehr beschränken.

In **Thüringen** wird der Gesichtsschutz ab Freitag obligatorisch. Das sagte Regierungssprecher Günter Kolodziej dem *MDR*. Verstöße sollen demnach aber zunächst nicht geahndet werden. In Thüringen hatte zuvor **Jena** als erste Stadt in Deutschland eine Maskenpflicht eingeführt. Auch im **Kreis Nordhausen** ist der Gesichtsschutz vorgeschrieben.

[Zur Startseite](#)







Corona-Pandemie

## Spahn rechnet mit Impfungen ab Dezember

Stand: 23.11.2020 11:26 Uhr

**Bundesgesundheitsminister Spahn sieht Anlass zu Optimismus: Noch in diesem Jahr könne eine europäische Zulassung für einen Corona-Impfstoff erfolgen. Zugleich wird eine Verlängerung des Teil-Lockdowns immer wahrscheinlicher.**

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn rechnet noch in diesem Jahr mit ersten Impfungen gegen das neuartige Coronavirus. "Es gibt Anlass zum Optimismus, dass es noch in diesem Jahr eine Zulassung für einen Impfstoff in Europa geben wird. Und dann können wir mit den Impfungen sofort loslegen", sagte der CDU-Politiker dem Redaktionsnetzwerk Deutschland. Er habe die Länder gebeten, dass die Impfzentren Mitte Dezember einsatzbereit sein sollen. Das scheine zu klappen.

Spahn zeigte sich zudem optimistisch, dass es nicht bis Ende 2021 dauern werde, bis alle Bevölkerungsgruppen durchgeimpft sind. So benötige man für viele der voraussichtlichen Impfstoffe keine tiefe Kühlung. Sie könnten in normalen Arztpraxen gegeben werden. "Und dann geht es schnell: Vergessen wir nicht, dass jährlich in wenigen Wochen bis zu 20 Millionen Menschen gegen Grippe geimpft werden", sagte der Minister.

### Deutschland sichert sich 300 Millionen Impfdosen

Spahn kündigte den Aufbau einer Online-Plattform über die erreichten Impfquoten an, differenziert nach Alter und Regionen. "Insbesondere dann, wenn wir bei den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen eine hohe Impfquote erreicht haben, werden wir die Beschränkungen schrittweise lockern können."

Laut Spahn hat sich die Bundesregierung über die EU-Kommission oder bilaterale Verträge und Optionen inzwischen mehr als 300 Millionen Impfdosen für Deutschland gesichert. "Auch bei zwei Dosen pro Impfung hätten wir dann genug für die eigene Bevölkerung und könnten mit anderen Ländern teilen."

### Drittes deutsches Unternehmen peilt Zulassung an

Nach einem Besuch beim Dessauer Impfstoffhersteller IDT teilte der Gesundheitsminister zudem mit, dass die Bundesregierung einen Vertrag über die Abnahme von fünf Millionen Impfdosen von IDT Biologika geschlossen habe und 30 Millionen Euro für den Aufbau von Produktionskapazitäten gebe. Das Unternehmen und seine wissenschaftlichen Partner erhielten zudem 113 Millionen Euro Forschungsförderung durch den Bund.

Bei der gemeinsamen Pressekonferenz teilte IDT mit, für 2021 solle eine beschleunigtes Zulassungsverfahren für den vom Unternehmen entwickelten Corona-Impfstoff beantragt werden. Eine zweite Phase der klinischen Prüfung sei für Ende des Jahres und eine dritte Phase für Mitte 2021 vorgesehen, so Firmenchef Jürgen Betzing. Wenn diese Tests erfolgreich verliefen, könne es den Zulassungsantrag Ende kommenden Jahres geben.

Das Mainzer Biotech-Unternehmen BioNtech und sein US-Partner Pfizer sind derzeit am weitesten in der Impfstoffentwicklung. Sie hatten bereits am Freitag eine Zulassung in den USA beantragt. Die Tübinger Biotechfirma CureVac will bis Jahresende die für eine Zulassung entscheidende Studie starten.

### Zahl der Neuinfektionen auf hohem Niveau stabil

Wie das Robert Koch-Institut (RKI) bekannt gab, meldeten die Gesundheitsämter zuletzt binnen 24 Stunden 10.864 neue Corona-Fälle in Deutschland. An Sonntagen und Montagen sind die Zahlen vergleichsweise gering, weil laut RKI am Wochenende weniger Proben genommen werden und dadurch auch insgesamt weniger getestet wird. Am Freitag war mit 23.648 gemeldeten Neuinfektionen ein neuer Höchststand erreicht worden. Am vergangenen Montag hatte die Zahl bei 10.824 gelegen.

Im Oktober und Anfang November war die Zahl der gemeldeten Corona-Neuansteckungen in Deutschland rasant gestiegen. Nun hat sich der Wert seit etwa zwei Wochen auf hohem Niveau eingependelt. Der nach Inkrafttreten des Teil-Lockdowns erhoffte Rückgang ist bislang nicht klar zu erkennen.

Insgesamt zählt das RKI seit Beginn der Pandemie 929.133 nachgewiesene Infektionen mit Sars-CoV-2 in Deutschland. Die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Virus ist binnen eines Tages um 90 auf insgesamt 14.112 gestiegen. Zugleich schätzt das RKI, dass rund 618.800 Menschen genesen sind.

### Verlängerung des Teil-Lockdowns wahrscheinlich

Am Mittwoch wollen Bundeskanzlerin Angela Merkel und die Länderchefs über das weitere Vorgehen hinsichtlich der geltenden Corona-Beschränkungen beraten. Wie bereits am Wochenende deutlich wurde, müssen sich die Menschen in Deutschland auf eine Verlängerung des Teil-Lockdowns in den Dezember hinein einstellen.

So sagte der bayerische Ministerpräsident Markus Söder am Sonntag im *Bericht aus Berlin*, es gebe "keine Aussicht auf Lockerungen und keine Entwarnung". Der Teil-Lockdown habe zwar Wirkung gezeigt, die Infektionszahlen hätten sich stabilisiert. Aber: "Die Krankenhäuser laufen voll, die Todeszahlen steigen", so der CSU-Politiker.

Mit Blick auf das anstehende Bund-Länder-Treffen sagte Söder: "Wir werden sicherlich vorschlagen, den Lockdown zu verlängern oder auch zu vertiefen." Neben weiteren Kontaktbeschränkungen müsse auch das Thema Schule diskutiert werden. "Insbesondere in den Hotspots ist es so, dass auch die Schule leider einer der Infektionsherde ist."

[Zur Startseite](#)







Ankündigung von Arbeitsminister Heil

## Vereinfachte Regeln für Kurzarbeitergeld laufen aus

Stand: 13.05.2023 08:11 Uhr

Millionen Beschäftigte in Deutschland waren auf dem Höhepunkt der Corona-Krise in Kurzarbeit. Jetzt geht es der Wirtschaft wieder besser - und die Regierung lässt den erleichterten Zugang zum Kurzarbeitergeld auslaufen.

Bundesarbeitsminister Hubertus Heil will den vereinfachten Zugang zum Kurzarbeitergeld nicht weiter verlängern. "Die wirtschaftliche Entwicklung und auch die Lage auf dem Arbeitsmarkt sind aktuell besser, als wir das im Herbst erwarten konnten", sagte der SPD-Politiker der "Rheinischen Post".

So habe Deutschland zurzeit den höchsten Beschäftigungsstand - trotz der Corona-Krise und des Kriegs in der Ukraine. "Deshalb werden wir den vereinfachten Zugang zum Kurzarbeitergeld nach Ende Juni nicht weiter verlängern", sagte der Arbeitsminister.

### Bundesagentur soll wieder Rücklagen bilden

Nun sei die Fachkräftesicherung das Thema. "Wir werden mehr Geld in Qualifizierung und Weiterbildung der Beschäftigten investieren." Zugleich müsse die Bundesagentur für Arbeit wieder Rücklagen für künftige Krisen bilden können, sagte Heil.

Derzeit gebe es noch 162.000 Beschäftigte in Kurzarbeit, auf dem Höhepunkt der Corona-Krise im Frühjahr 2020 seien es sechs Millionen gewesen. "In den Jahren 2020 bis 2022 haben wir insgesamt 45,5 Milliarden Euro für Kurzarbeitergeld ausgegeben. Das ist eine enorme Summe", bilanzierte der Minister. Das habe sich aber ausgezahlt.

### "1,3 Millionen Menschen vor Arbeitslosigkeit bewahrt"

Der Internationale Währungsfonds habe in einer Studie festgestellt, dass ohne die Sonderregelungen die Arbeitslosigkeit zur Hochzeit der Krise im zweiten Quartal 2020 um drei Prozentpunkte gestiegen wäre. "Das entspricht rund 1,3 Millionen Menschen, die wir mit Kurzarbeit vor Arbeitslosigkeit bewahrt haben", sagte Heil.

Auch künftig könnten Betriebe Kurzarbeitergeld für ihre Mitarbeiter beantragen. Man werde nun aber zu den Vorkrisen-Regeln zurückkehren. Danach müssen künftig mindestens 30 Prozent der Beschäftigten in einem Betrieb von Kurzarbeit betroffen sein, momentan sind es mit dem erleichterten Zugang zehn Prozent.

[Zur Startseite](#)





## Minister zum Coronavirus Spahn warnt vor Ausgrenzung Infizierter

Gesundheitsminister Jens Spahn hat anlässlich der Rückkehr von Deutschen aus Wuhan vor Diskriminierungen gewarnt. Eine Nachrichtenzusammenfassung vom Tag.

01.02.2020, 21:54 Uhr

[zum Hauptinhalt](#)

---

untersucht und waren beim Start des Fluges symptomfrei“, sagte der Sprecher des Gesundheitsministeriums, Hanno Kautz, nach der Landung.

„Aus Gründen der Vorsicht wurde während des Fluges jeder Passagier mit dem kleinsten Husten wie geplant separat gesetzt.“ Am Flughafen stiegen zunächst medizinische Fachkräfte mit Schutzmasken und Schutzkleidung in das Flugzeug, um die Passagiere zu begutachten. Eine nähere Untersuchung gab es in einer umgewidmeten Sporthalle.

Elf Passagiere seien direkt in die Uniklinik gebracht worden, hieß es. Bei einem von ihnen müsse abgeklärt werden, ob er mit dem Coronavirus infiziert sei, bei den anderen lägen andere medizinische Gründe vor.

Die gesund wirkenden Rückkehrer wurden zu einem Luftwaffenstützpunkt im rheinland-pfälzischen Germersheim gebracht, wo sie für zwei Wochen in Quarantäne bleiben müssen. Ein Infektion kann bis zu 14 Tage symptomlos bleiben.

[zum Hauptinhalt](#)

Das Flugzeug mit den Deutschen und ihren Angehörigen an Bord war am frühen Morgen in Wuhan gestartet.



Ende einer Irrfahrt. Die Maschine der Bundesluftwaffe mit den Deutschen aus Wuhan am Samstagnachmittag nach der Landung in Frankfurt am Main. © Boris Roessler/dpa

Es durfte jedoch nicht wie vorgesehen in Moskau zwischenlanden. Es wurde nach Helsinki umgeleitet. Warum Russland die Zwischenlandung verweigerte, war zunächst nicht bekannt. Hintergrund könnte sein, dass die Regierung in Moskau zuvor die Sicherheitsregeln verschärft hatte. Der Flugverkehr zwischen Russland und China ist weitgehend eingestellt.

[zum Hauptinhalt](#)

## Handwerker verweigern Bedienung

Angesichts der Rückkehr deutscher Staatsbürger aus dem chinesischen Infektionsgebiet nach Deutschland hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor einer Ausgrenzung Infizierter und vor Verschwörungstheorien im Internet gewarnt. „Es kehren gesunde Menschen zu uns nach Deutschland zurück“, sagte er am Samstag in Bonn. „Ich möchte dazu auffordern, dass wir alle mit der nötigen Gelassenheit damit umgehen.“ Er spüre „viel Unsicherheit“ im Umgang mit den Gefahren des neuartigen Coronavirus. „Was mir im Moment am meisten Sorge macht, sind Verschwörungstheorien aller Art, die in den sozialen Netzwerken verbreitet werden“, sagte der Minister.

[zum Hauptinhalt](#)



Er berichtete davon, dass sich Kfz-Werkstätten in Bayern geweigert hätten, die Autos von Mitarbeitern einer Firma zu reparieren, unter deren Beschäftigten mehrere Infektionsfälle aufgetreten waren. Wer in den vergangenen Wochen keinen Kontakt zu China-Reisenden hatte, „muss sich jetzt keine Sorgen machen“, sagte Spahn. In Zweifelsfällen sollte ein Infektionsverdacht schnell beim Arzt abgeklärt werden. Seit Freitag sei klar, dass die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.

## **Quarantäne in Germersheim**

Aus Wuhan angekommene Passagiere ohne Symptome wurden zu einem Luftwaffenstützpunkt im rheinland-pfälzischen Germersheim gebracht, wo sie für zwei Wochen in Quarantäne bleiben müssen. Insgesamt 124 Passagiere sind laut Gesundheitsamt in Frankfurt gelandet: 100 Deutsche, 22 Chinesen, ein US-Bürger und ein Rumäne. Auch 21 Kinder unter sieben Jahren seien an Bord gewesen.

Rheinland-Pfalz sieht sich gut vorbereitet für die Quarantäne. In der Germersheimer Südpfalz-Kaserne würden die „Menschen, die einiges durchgemacht haben“, eine gute und angemessene Betreuung erhalten, sagte die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) in Germersheim. Es stehen insgesamt 128 Zimmer in einem bisher unbewohnten Gebäude auf dem Areal bereit. „Die Betreuung in der roten Zone übernehmen 27 Freiwillige des DRK“, sagte Michael Sieland vom Deutschen Roten Kreuz.

[zum Hauptinhalt](#)

In Deutschland gibt es bisher acht bestätigte Infektionsfälle, alle stehen im Zusammenhang mit der Firma Webasto in Bayern. Darunter sind sechs Angestellte des Autozulieferers, einer davon hat sein Kind angesteckt. „Sie sind momentan alle in sehr gutem gesundheitlichem Zustand“, betonte Spahn.

### **Deutscher auf Gomera infiziert**

Das Corona-Virus ist inzwischen auch in Spanien angekommen. Ein deutscher Urlauber, der sich auf der Ferieninsel Gomera befand, ist an dem Virus erkrankt. Wie die spanischen Behörden in der Nacht zum Samstag bestätigten, steckte er sich in Deutschland an. Der Urlauber habe in seinem Heimatland direkten Kontakt zu einer infizierten Person gehabt.

Der deutsche Feriengast werde derzeit mit leichten Symptomen in einer Klinik auf Gomera behandelt, es gehe ihm aber gut, sagte am Samstagmittag Fernando Simón, Sprecher der spanischen Gesundheitsbehörden. „Wir müssen jetzt erstmal abwarten, wie sich der Patient weiterentwickelt.“ Es ist der erste Corona-Erkrankungsfall in Spanien.

[zum Hauptinhalt](#)

Fünf weitere deutsche Urlauber, die mit dem Erkrankten in einem Ferienapartment auf der kanarischen Insel lebten, befinden sich unter Beobachtung: Vier wurden ins Krankenhaus gebracht, wo sie derzeit unter Quarantäne stehen. Der fünfte durfte in der Ferienwohnung bleiben mit der Auflage, diese derzeit nicht zu verlassen.

Bei diesen fünf Touristen sei ein erster Virus-Test negativ verlaufen. Sie sollen aber weiter beobachtet werden, bis eine Infektion definitiv ausgeschlossen ist. Nach Angaben der spanischen Behörden waren die Urlauber bereits seit Mittwoch in Quarantäne. Vorausgegangen war ein Hinweis aus Deutschland, dass wenigstens zwei dieser Touristen Kontakt zu einem Erkrankten in Bayern hatten.

Die Deutschen waren am Dienstag auf der Insel angekommen und hatten sich in dem Ort Hermigua in einer Ferienwohnung einquartiert. Bei den Betroffenen soll es sich um sechs Männer im Alter von 30-40 Jahren handeln. Nach dem Erkrankungsfall auf der spanischen Atlantikinsel Gomera, die vor allem bei Wanderurlaubern beliebt ist, untersuchen die Behörden nun, ob es zu weiteren Ansteckungen auf der Insel gekommen sein können. Alle Personen, mit denen der infizierte Deutsche in Spanien in Kontakt gekommen sein könnte, sollen untersucht werden.

[zum Hauptinhalt](#)



---

Infektionen und Toten innerhalb eines Tages. Peking meldete einen Zuwachs um fast 2000 auf 11 791 Erkrankte. Die Zahl der Todesfälle kletterte um 46 auf 259. Außerhalb der Volksrepublik wurden bisher in zwei Dutzend Ländern rund 150 Infektionen gezählt.

## Die Welt schottet sich ab

Großbritannien zog Diplomaten aus Peking zurück. Der IT-Gigant Apple schloss seine Filialen in Festland-China. Die USA und Australien verhängten am Samstag ein Einreiseverbot für Reisende aus China. Von dem australischen Verbot ausgenommen seien eigene Staatsbürger und Menschen mit ständiger Aufenthaltsgenehmigung sowie deren Angehörige, erklärte Premierminister Scott Morrison.

---

## Coronavirus breitet sich aus China meldet mehr als 1000 Tote

---

Das Außenministerium in Canberra riet Australiern von Reisen in die Volksrepublik ab. Auch das Einreiseverbot in den USA gilt nicht für eigene Staatsbürger, Ausländer mit ständiger Aufenthaltsgenehmigung in den USA sowie deren enge Familienmitglieder. Das US-Außenministerium gab zudem eine Reisewarnung für China aus, worauf die Regierung in Peking mit scharfer Kritik reagierte. Länder wie Italien, Singapur, Vietnam und die Mongolei ergriffen ähnliche Schutzvorkehrungen. *(Ralph Schulze mit dpa und AFP)*

[Zur Startseite](#)

Coronavirus

[zum Hauptinhalt](#)

---

[Datenschutzerklärung](#)

[Datenschutz-Einstellungen](#)

[Abo kündigen](#)

[Mediadaten](#)

---

# TAGESSPIEGEL



## Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 1 21 JANUARY 2020

Data as reported by: 20 January 2020

### SUMMARY

#### Event highlights from 31 December 2019 to 20 January 2020:

- On 31 December 2019, the WHO China Country Office was informed of cases of pneumonia unknown etiology (unknown cause) detected in Wuhan City, Hubei Province of China. From 31 December 2019 through 3 January 2020, a total of 44 case-patients with pneumonia of unknown etiology were reported to WHO by the national authorities in China. During this reported period, the causal agent was not identified.
- On 11 and 12 January 2020, WHO received further detailed information from the National Health Commission China that the outbreak is associated with exposures in one seafood market in Wuhan City.
- The Chinese authorities identified a new type of coronavirus, which was isolated on 7 January 2020.
- On 12 January 2020, China shared the genetic sequence of the novel coronavirus for countries to use in developing specific diagnostic kits.
- On 13 January 2020, the Ministry of Public Health, Thailand reported the first imported case of lab-confirmed novel coronavirus (2019-nCoV) from Wuhan, Hubei Province, China.
- On 15 January 2020, the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (MHLW) reported an imported case of laboratory-confirmed 2019-novel coronavirus (2019-nCoV) from Wuhan, Hubei Province, China.
- On 20 January 2020, National IHR Focal Point (NFP) for Republic of Korea reported the first case of novel coronavirus in the Republic of Korea.

#### Situation update:

- As of 20 January 2020, 282 confirmed cases of 2019-nCoV have been reported from four countries including China (278 cases), Thailand (2 cases), Japan (1 case) and the Republic of Korea (1 case);
- Cases in Thailand, Japan and Republic of Korea were exported from Wuhan City, China;
- Among the 278 cases confirmed in China, 258 cases were reported from Hubei Province, 14 from Guangdong Province, five from Beijing Municipality and one from Shanghai Municipality;

- Of the 278 confirmed cases, 51 cases are severely ill<sup>1</sup>, 12 are in critical condition<sup>2</sup>;
- Six deaths have been reported from Wuhan City.

## I. SURVEILLANCE

### Reported incidence of confirmed 2019-nCoV cases

**Table 1. Countries, territories or areas with reported confirmed cases of 2019-nCoV, 20 January 2020**

WHO Regional Office	Country, territory, area	Total number of confirmed cases
WPRO	China – Hubei Province	258
	China – Guangdong	14
	China – Beijing Municipality	5
	China – Shanghai Municipality	1
	Japan	1
	Republic of Korea	1
SEARO	Thailand	2
<b>Total confirmed cases</b>		<b>282</b>

### Details of cases reported on 20 January 2020:

- Wuhan City:
  - 60 new confirmed cases including three deaths.
- Guangdong Province:
  - Fourteen confirmed cases (one case was confirmed on 19 January) including four severe cases, two critical cases, no deaths;
  - Of the 14 confirmed cases, 12 had travel history to Wuhan and two cases had contact history with cases;
  - Nine were male and five were female.
- Beijing Municipality:
  - Five confirmed cases (two cases were confirmed on 19 January);
  - Of the three new confirmed cases on 20 Jan, two were male and one was a female;
  - All five cases had a travel history to Wuhan and are currently asymptomatic.
- Shanghai Municipality:
  - One confirmed case in a female;
  - Travelled to Shanghai from Wuhan on 12 January;

<sup>1</sup> Severe illness: According to any of the following criteria:

(1) dyspnea; (2) respiratory rate more than 30 bpm; (3) hypoxemia; (4) chest X-ray with multi-lobar infiltrates or pulmonary infiltration progressed more than 50% within 24 - 48 hours.

<sup>2</sup> Critical condition: According to any of the following criteria:

(1) respiratory failure; (2) septic shock; (3) other organ failure which requires Intensive Care Unit (ICU) admission.

- Two contacts have been identified for follow up.

## II. PREPAREDNESS AND RESPONSE:

### WHO:

- WHO has been in regular and direct contact with Chinese as well as Japanese, Korean and Thai authorities since the reporting of these cases. The three countries have shared information with WHO under the International Health Regulations. WHO is also informing other countries about the situation and providing support as requested;
- On 2 January, the incident management system was activated across the three levels of WHO (country office, regional office and headquarters);
- Developed the surveillance case definitions for human infection with 2019-nCoV and is updating it as per the new information becomes available;
- Developed interim guidance for laboratory diagnosis, clinical management, infection prevention and control in health care settings, home care for mild patients, risk communication and community engagement;
- Prepared disease commodity package for supplies necessary in identification and management of confirmed patients;
- Provided recommendations to reduce risk of transmission from animals to humans;
- Updated the travel advice for international travel in health in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China;
- Utilizing global expert networks and partnerships for laboratory, infection prevention and control, clinical management and mathematical modelling;
- Activation of R&D blueprint to accelerate diagnostics, vaccines, and therapeutics;
- WHO is working with our networks of researchers and other experts to coordinate global work on surveillance, epidemiology, modelling, diagnostics, clinical care and treatment, and other ways to identify, manage the disease and limit onward transmission. WHO has issued interim guidance for countries, updated to take into account the current situation.

## III. COUNTRY RESPONSE:

### China:

- National authorities are conducting active case finding in all provinces;
- Since 14 January 2020, 35 infrared thermometers have been installed in airports, railway stations, long-distance bus stations, and ferry terminals;
- Search expanded for additional cases within and outside of Wuhan City;
- Active / retroactive case finding in medical institutions in Wuhan City;
- The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan city was closed on 1 January 2020 for environmental sanitation and disinfection. Market inspection in expansion to other markets;
- Public education on disease prevention and environmental hygiene further strengthened in public places across the city, farmers' markets in particular.

### Thailand:

- The Department of Disease Control has been implementing its surveillance protocol by fever screening of travellers from all direct flights from Wuhan, China to the Suvarnabhumi, Don Mueang, Chiang Mai, Phuket and Krabi airports, with the screening protocol starting at Krabi Airport started on 17 January 2020;
- From 3 to 20 January 2020, among 116 flights, 18,383 passengers and aircrew members were screened for respiratory symptoms and febrile illness;
- As of 20 January 2020, the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand has scaled up the Emergency Operations Center to Level 2 to closely monitor the ongoing situation both at the national and international levels;
- Risk communication guidance has been shared with the public and a hotline has been established by the Department of Disease Control for people returning from the affected area in China with related symptoms.

### Japan:

- Contact tracing and other epidemiological investigations are underway by the local health authorities in Japan;
- As of 20 January 2020, 41 contacts have been followed. Of the 41 contacts, 37 have not shown any symptoms, three have left the country and efforts have been made to reach one contact;
- The Japanese Government has scaled up a whole-of-government coordination mechanism on the 16 January;
- The MHLW has strengthened surveillance for undiagnosed severe acute respiratory illnesses since the report of undiagnosed pneumonia in Wuhan, China;
- From 6 January, MHLW requested local health governments to be aware of the respiratory illnesses in Wuhan by using the existing surveillance system for serious infectious illness with unknown etiology;
- NIID is supporting local authorities on epidemiologic investigations including contact tracing;
- Quarantine and screening measures have been enhanced for travelers from Wuhan city at the point of entries since 7 January;
- NIID established an in-house PCR assay for nCoV on 16 January;
- Revision of the risk assessment by NIID is being conducted, including case definition of close contacts;
- The public risk communication has been enhanced;
- A hotline has been established among the different ministries in the government;
- The MHLW is working closely with WHO and other related Member States to foster mutual investigations and information sharing.

### Republic of Korea:

- Contact tracing and other epidemiological investigation are underway;
- The government of the Republic of Korea has scaled up the national alert level from Blue (Level 1) to Yellow (Level 2 out of 4-level national crisis management system);

- The Republic of Korea health authority has strengthened surveillance for pneumonia cases in health facilities nationwide since 3 January 2020;
- Quarantine and screening measures have been enhanced for travelers from Wuhan at the point of entries (PoE) since 3 January 2020;
- Public risk communication has been enhanced.

#### Resources:

- Technical interim guidance for novel coronavirus, WHO:  
<https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
- WHO travel advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China:  
<https://www.who.int/ith/2020-0901-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-C/en/>
- Press statement by KCDC (in Korean):  
[https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&list\\_no=365794&act=view#](https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&list_no=365794&act=view#)
- Second Press statement by KCDC (in Korean):  
[https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&list\\_no=365805&act=view#](https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&list_no=365805&act=view#)
- Wuhan Municipal Health Commission's briefing on the pneumonia epidemic situation, (in Chinese):  
<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/list2nd/no/710>
- Disease outbreak news, Novel Coronavirus:  
<https://www.who.int/csr/don/en/>
- Thailand Ministry of Public Health situation update on novel coronavirus (in Thai):  
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.html>
- Press statement by Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan on 16 January 2020 (in Japanese):  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08906.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08906.html)
- Press statement by Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan on 6 January 2020 (in Japanese):  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08767.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08767.html)
- Notice sent out from Health and Food Safety Planning Division, Quarantine Station Operation Management Office (in Japanese):  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000582967.pdf>

## Corona-Untersuchung in Wuhan

# WHO: Fledermaus wahrscheinlich Virus-Ursprung

09.02.2021 15:16 Uhr

**Experten der WHO waren vier Wochen lang in China, um nach der Herkunft des Corona-Erregers zu suchen. Sie kommen zum Schluss: Alles deutet auf Fledermäuse als Virus-Ursprung hin.**



China, Wuhan: WHO-Experten Peter Daszak und Peter Ben Embarek (rechts) begrüßen sich.

Quelle: ap

Alle Erkenntnisse über den Ursprung des [Coronavirus Sars-CoV-2](#) deuten nach Angaben von Experten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf ähnliche Viren in Fledermäusen. Nach Abschluss der gemeinsam mit chinesischen Experten erfolgten Untersuchungen in der Metropole Wuhan in Zentralchina sagte der Chef des Teams, Peter Ben Embarek, der "wahrscheinlichste Weg" der Übertragung auf den Menschen sei von Fledermäusen ausgehend über ein anderes Tier als Zwischenwirt. Weitere Untersuchungen zum genauen Weg seien nötig.

Ein Laborunfall als Ursache ist nach Einschätzung der Experten "extrem unwahrscheinlich", wie Embarek zu entsprechenden Spekulationen sagte. Ob das Virus auch über Tiefkühlprodukte weiter verbreitet worden sein könnte, müsse noch genauer untersucht werden.

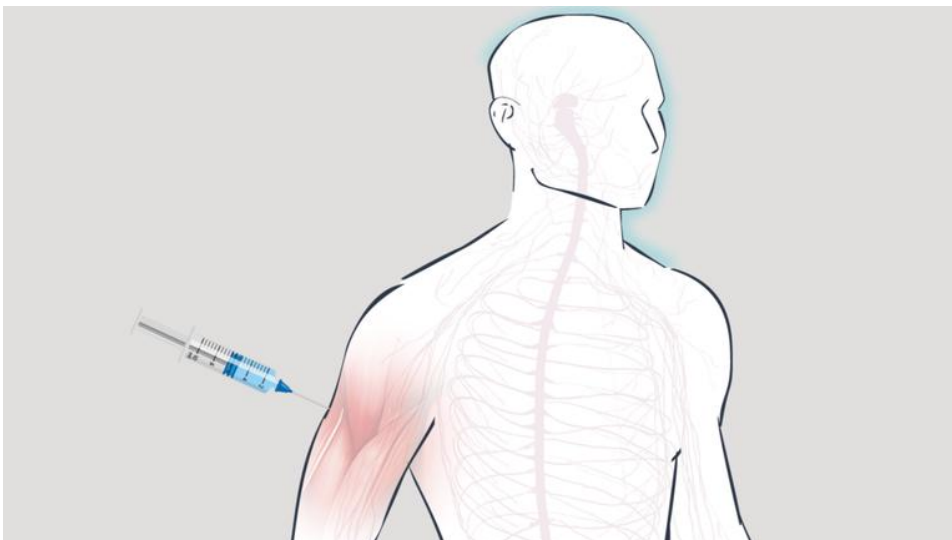




Die Untersuchungen in Wuhan hätten ihr Bild vom Ausbruch der Pandemie nicht dramatisch verändert, aber es gebe jetzt ein besseres Verständnis von den Anfängen, erklärte Embarek. In Wuhan waren erstmals im Dezember 2019 Infektionen mit dem neuen Virus nachgewiesen worden. Der Erreger kursierte aber wahrscheinlich schon zuvor.

Die internationalen Experten, die im Auftrag der WHO nach der Herkunft des Erregers suchen, waren vier Wochen in China. Nach zwei Wochen in Quarantäne, in denen sie ihre Visite vorbereitet und intensiv per Video auch mit ihren chinesischen Kollegen konferiert hatten, besuchten sie in Wuhan mehrere Krankenhäuser, Institute, Labore und auch den Huanan-Markt, wo erste erfasste Infektionen mit dem Virus aufgetreten waren. Es gab in Wuhan aber auch Ansteckungen, die nicht mit diesem Markt in Zusammenhang gebracht werden konnten.

Die Ermittlungen folgten erst nach langem Tauziehen mit der chinesischen Seite. Die Suche nach der Herkunft des Erregers gilt als politisch heikel, da China befürchtet, als Schuldiger für die Pandemie angeprangert werden zu können.



Nachrichten | Panorama

## Nebenwirkungen bei Corona-Impfstoffen



Quelle: dpa

ZDFheute Startseite



# Die wichtigsten Daten zum Coronavirus

## Hintergründe zu Covid-19

Mehr

## Aktuelle Nachrichten zur Corona-Krise

DLRG

**Zahl abgenommener**

### Grafiken

Aktuelle Fallzahlen zu Corona

**Corona-Karte und Inzidenz**

75 min

"Fridays for Future"-Aktivistin

**Reemtsma: Wachstum**



Cc

↕ nach oben

Mehr ZDF

ZDF woanders

Service

Das ZDF

Nutzungsbedingungen

Datenschutz

Datenschutzeinstellungen

Impressum

Coronavirus

# 101-Jährige hat erste Corona-Impfung in Deutschland erhalten

Einen Tag vor dem bundesweiten Beginn sind in einem Seniorenzentrum in Sachsen-Anhalt 30 Menschen geimpft worden. Mehrere Bewohner und Beschäftigte wollten keine Impfung.

26. Dezember 2020, 19:17 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa, AFP, Reuters, [sc](#) / [796 Kommentare](#) /



*Edith Kwoizalla aus Halberstadt in Sachsen-Anhalt ist einen Tag vor dem offiziellen Impfstart in Deutschland gegen das Coronavirus geimpft worden. © Matthias Bein/dpa*

**In Halberstadt (Landkreis Harz) haben die Corona-Impfungen bereits einen Tag vor dem offiziellen deutschlandweiten Start**

**[<https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-12/corona-impfstart-reaktionen-kritik-opposition-patientenverbaende>] am 27. Dezember begonnen.**

**In einem Seniorenzentrum wurde die 101 Jahre alte Edith Kwoizalla als erste Bewohnerin mit dem Covid-19-Impfstoff von BioNTech und Pfizer geimpft.**

Beobachtern zufolge nahm sie den Piks gelassen und mit einem Lächeln hinter dem Mund-Nasen-Schutz entgegen.

Der Landkreis habe zuvor angefragt, ob die Einrichtung vorbereitet sei, sagte der Betreiber Tobias Krüger: "Jeder Tag, den wir warten, ist ein Tag zu viel." In dem Seniorenzentrum ließen sich 20 Bewohnerinnen und Bewohner sowie zehn Beschäftigte impfen. Das Land Sachsen-Anhalt hatte am Samstagmorgen die erste Lieferung mit 9.750 Impfdosen in Empfang genommen und sie sofort an die Landkreise und kreisfreien Städte weiterverteilt.

Corona

## Impfen gegen das Virus

**Corona-Impfzentren****Der große Impfplan**

[<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-12/corona-impfzentrum-deutschland-aktuell-impfung-karte>]

**Corona-Impfstoffentwicklung****Diese Impfstoffe sind zugelassen oder stehen kurz davor**

[<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-08/impfstoffentwicklung-corona-impfstoff-klinische-phasen-forschung>]

**Corona-Impfung****Diese Impfreaktionen sind ganz normal**

[<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-12/corona-impfung-risiken-nebenwirkungen-fieber-immunsystem>]

Alles zur Corona-Impfung → [<https://www.zeit.de/thema/impfung>]

In dem Seniorenzentrum in Halberstadt im Harz entschieden sich zwei Drittel der 59 Bewohner und ein Viertel der 40 Mitarbeiter für die Impfung [<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/corona-impfungen-aktuelle-zahlen-deutschland-karte>]. Auch Heimleiter Krüger war darunter. Er halte die Impfung für sinnvoll: "Ich verstehe aber auch die Bedenken." Am 15. Januar erfolgt die zweite Impfung. Erst damit wird die volle Wirkung des Impfstoffs der Mainzer Firma BioNTech und ihres US-Partners Pfizer gewährleistet.

### Zehntausende Impfdosen werden verteilt

Die Impfdosen trafen am Samstag in den Bundesländern ein. Am Sonntag sollen die Impfungen in allen Bundesländern beginnen, mehrere Zehntausend Impfdosen wurden ausgeliefert. Sie werden von den zuständigen Landesbehörden an Impfzentren und mobile Teams verteilt. Zuerst sollen Menschen über 80 Jahre, Pflegekräfte und besonders gefährdetes Krankenhauspersonal immunisiert werden.

Gesundheitsminister Jens Spahn rief zu einem nationalen Kraftakt auf, um so viele Menschen wie möglich gegen das Coronavirus zu immunisieren. "Dieser Impfstoff ist der entscheidende Schlüssel, diese Pandemie zu besiegen", sagte der CDU-Politiker.

