

Beschlussentwurf der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung

Beschlussentwurf

STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung

(Version 0.7 vom 07.12.2020)

Disclaimer

Die STIKO konnte die Daten zur Effektivität und Sicherheit möglicher COVID-19-Impfstoffe noch nicht vollumfänglich bewerten, da noch keine Publikationen solcher Daten vorliegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat der STIKO am 03.12.2020 vertraulich den klinischen Phase 3-Studienbericht für den ersten Impfstoff, dessen Zulassung für Europa in Kürze erwartet wird (BNT162b2 der Firma BioNTech), zur Verfügung gestellt. Die STIKO hat die Daten gesichtet und fand die vom Unternehmen seit dem 18.11.2020 öffentlich mitgeteilten Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit bestätigt. Dieser Entwurf enthält noch nicht die vollständige Auswertung der STIKO zu BNT162b2. Eine weitere detailliertere Prüfung durch die STIKO erfolgt noch.

Zur rechtzeitigen Information der Bundesländer und der betroffenen Fachkreise über die Priorisierung von Risiko- und Indikationsgruppen bei eingeschränkter Impfstoffverfügbarkeit wurde entschieden, diesen Entwurf - vorbehaltlich der weiteren Prüfung der zur Verfügung gestellten Dokumente - bereits jetzt ins Stellungnahmeverfahren zu geben. Die STIKO wird in der endgültigen Fassung der wissenschaftlichen Begründung der Covid-19 Impfeempfehlung ihre Nutzen-Risiko-Abwägung öffentlich machen. Zukünftig wird sie in gleicher Weise die anderen Impfstoffe bewerten, die sich im Zulassungsprozess befinden.

Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen COVID-19.

Aufgrund begrenzter Impfstoffverfügbarkeit soll die Impfung zunächst bestimmten Personengruppen angeboten werden, die ein besonders hohes Risiko für schwere oder tödliche Verläufe einer COVID-19 Erkrankung haben oder die beruflich entweder besonders exponiert sind oder engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben. Dies sind folgende Personengruppen:

- BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen
- Personen im Alter von ≥ 80 Jahren
- Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. in Notaufnahmen, in der medizinischen Betreuung von COVID-19 PatientInnen)
- Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)
- Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege
- Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen

Bei zunehmender aber weiterhin limitierter Impfstoffverfügbarkeit sollen weitere von der STIKO definierte Personengruppen mit besonderen Risiken vorrangig geimpft werden. Die Evidenz zu diesen Risikogruppen wird fortlaufend neu bewertet. Mittelfristig ist es das Ziel, allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu einer Impfung gegen COVID-19 anbieten zu können.

Für die Impfung gegen COVID-19 wird die Zulassung und Verfügbarkeit eines ersten Impfstoffs (*BNT162b2* der Firma BioNTech) in Europa Ende 2020 oder Anfang 2021 erwartet. Für eine vollständige Impfserie sind bei diesem mRNA-Impfstoff zwei intramuskulär (i.m.) zu applizierende Impfstoffdosen im Abstand von 21 Tagen notwendig.

Sobald zusätzliche Impfstoffe in Deutschland zugelassen und verfügbar sind oder neue relevante Erkenntnisse mit Einfluss auf diese Empfehlung bekannt werden, wird die STIKO ihre COVID-19-Impfempfehlung aktualisieren und ggf. Zielgruppen anpassen. Die Publikation jeder Aktualisierung erfolgt im Epidemiologischen Bulletin und wird auf der RKI-Webpage bekannt gegeben.

Hinweise zur praktischen Umsetzung:

- Für die Umsetzung der Empfehlung sind die Bundesländer bzw. die von ihnen beauftragten Stellen verantwortlich.
- Eine begonnene Impfserie muss zunächst mit dem gleichen Produkt abgeschlossen werden, auch wenn zwischenzeitlich andere Impfstoffe zugelassen werden. Die Vervollständigung der Impfserie bei Personen, die bereits die erste der beiden notwendigen Impfstoffdosen erhalten haben, hat Priorität vor dem Beginn der Impfung neuer Personen, die noch keine Impfung erhalten haben. Dafür soll entsprechend Impfstoff zurückgelegt werden.
- Diejenigen, die eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachweislich durchgemacht haben (positive PCR), müssen zunächst nicht geimpft werden. Ob, und wenn ja, wann Personen mit nachgewiesenermaßen durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion ggf. später eine Impfung angeboten werden sollte, ist noch nicht entschieden.
- Nach den bisher vorliegenden Daten gibt es keinen Hinweis darauf, dass die Impfung nach bereits unbemerkt durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion eine Gefährdung darstellt. Entsprechend besteht keine Notwendigkeit, vor Verabreichung einer COVID-19-Impfung das Vorliegen einer akuten asymptomatischen oder durchgemachten SARS-CoV-2 Infektion labor diagnostisch auszuschließen.
- Auch wenn der Mindestabstand zwischen 1. und 2. Impfstoffdosis überschritten wurde, kann die Impfserie fortgesetzt werden und muss nicht neu begonnen werden.
- Wird nach Verabreichung der 1. Impfstoffdosis eine SARS-CoV-2-Infektion labor diagnostisch gesichert, soll die 2. Impfung vorerst nicht gegeben werden.
- Zu anderen planbaren Impfungen soll ein Mindestabstand von 14 Tagen vor Beginn und nach Ende der Impfserie eingehalten werden (Notfallimpfungen sind davon ausgenommen).
- Im Allgemeinen wird eine Nachbeobachtungszeit nach der COVID-19-Impfung von mindestens 5 Minuten empfohlen. Längere Nachbeobachtungszeiten von 15-30 Minuten sollten vorsichtshalber bei bestimmten Risikopersonen eingehalten werden, z. B. bei Personen mit Gerinnungshemmung, Herz-Kreislaufkrankungen, anaphylaktischen oder stärkeren Reaktionen auf Impfungen in der Anamnese. Maßgeblich für diese Entscheidungen sind die Angaben der Person selbst sowie der ärztliche Eindruck des Gesundheitszustands.
- Die Impfung ist strikt intramuskulär (i.m.) und keinesfalls intradermal, subkutan oder intravaskulär zu verabreichen. Bei Patienten unter Antikoagulation soll die Impfung ebenfalls

i.m. mit einer sehr feinen Injektionskanüle und der anschließenden festen Komprimierung der Einstichstelle über mindestens 2 Minuten erfolgen.

- Es ist aktuell nicht bekannt, ob man nach SARS-CoV-2-Exposition durch eine postexpositionelle Impfung den Verlauf der Infektion günstig beeinflussen oder die Infektion noch verhindern kann.
- Die bisher vorliegenden Daten erlauben nicht die Schlussfolgerung, dass die COVID-19-Impfung die Erregerübertragung reduziert oder verhindert. Bis zum Vorliegen neuer Daten zum Schutz der Impfung vor Transmission müssen deshalb auch nach Impfung die allgemein empfohlenen Schutzmaßnahmen (Beachtung von Abstands- und Hygieneregeln) weiterhin eingehalten werden.
- Für die Meldungen von über das übliche Maß hinausgehenden Impfreaktionen und -komplikationen soll das etablierte Verfahren verwendet werden (siehe Kapitel 4.9 „Impfkomplikationen und deren Meldung“ in den [STIKO-Impfempfehlungen 2020/2021](#); Meldeformular des Paul-Ehrlich-Instituts: <https://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/meldeformulare-online-meldung/meldeformulare-online-meldung-node.html>).

Wissenschaftliche Begründung der STIKO für die Empfehlung zur Impfung gegen COVID-19

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	6
1. Hintergrund	6
2. Öffentliches Interesse	7
3. SARS-CoV-2-Erreger und Übertragung	7
4. COVID-19 Krankheitsbild	8
5. Immunität.....	9
6. COVID-19 Epidemiologie in Deutschland (<i>Daten werden vor Publikation aktualisiert</i>).....	10
6.1. IfSG-Melddaten	10
6.2. Seroprävalenzdaten.....	15
7. COVID-19-Impfstoffe	16
7.1. mRNA Impfstoffe	16
7.2. Vektorbasierte Impfstoffe	20
8. Systematischer Review zur Sicherheit und Wirksamkeit	22
8.1. Methodik des systematischen Reviews.....	22
8.2. Ergebnisse des systematischen Reviews	24
9. Impfziele	24
10. Risiko- und Indikationsgruppen für die Impfeempfehlung	24
10.1. Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf	24
10.2. Personen mit einem erhöhten arbeitsbedingten Infektionsrisiko	31
10.3. Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur	34
10.4. Personengruppen, die aufgrund ihrer Wohn- und/oder Arbeitsverhältnisse besonders gefährdet sind	35
11. Ethik.....	38
12. Mathematische Modellierung.....	38
12.1. Hintergrund zur Modellierung.....	38
12.2. Methodik	39
12.3. Ergebnisse der Modellierung.....	42
13. Impfstrategie und Priorisierung der zu impfenden Bevölkerungsgruppen.....	44
14. Implementierung.....	48
14.1. Alternative Maßnahmen für das Erreichen des Impfziels im Vergleich zur Impfung sowie deren Effektivität und Umsetzbarkeit.....	48

15.	Impfakzeptanz in der Bevölkerung und der Ärzteschaft.....	49
16.	Monitoring-Systeme zur Evaluation der Impfung bzw. der Impfempfehlung	50
16.1.	Impfquoten-Monitoring	50
16.2.	Evaluierung von Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe	51
17.	Abschließende Bewertung	51
18.	Literatur	53

Vertraulich

Vorbemerkung

Die „*coronavirus-induced disease 2019*“ (COVID-19)-Pandemie stellt die Gesellschaft vor besondere Herausforderungen. Um die Übertragung von „*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*“ (SARS-CoV-2) zu reduzieren und die Pandemie einzugrenzen bzw. zu beenden, muss ein Großteil der Bevölkerung eine Immunität gegen das Virus erwerben. Bisher hat nur ein geringer Anteil der Bevölkerung eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht. Im August 2020 lag die Seroprävalenz von spezifischen SARS-CoV-2 Antikörpern in einer Bevölkerungsstichprobe (30.000 BlutspenderInnen) in Deutschland bei 1,25% (1). Bisher ist nicht geklärt, wie lange ein Schutz nach Infektion besteht. Durch den Einsatz sicherer und effektiver Impfstoffe sollen Einzelne und die Bevölkerung vor einer SARS-CoV-2-Infektion und/oder einer COVID-19-Erkrankung („*coronavirus-induced disease 2019*“) geschützt werden. Durch Impfung soll eine relevante Bevölkerungsimmunität ausgebildet und somit die weitere Ausbreitung des Virus verhindert oder zumindest begrenzt werden. Mit der Zulassung erster Impfstoffe wird zum Jahreswechsel 2020/21 gerechnet. Trotz aller Bemühungen die Impfstoffproduktion voranzutreiben, werden zu Beginn nicht ausreichend Impfstoffdosen verfügbar sein, um allen impfbereiten Menschen eine Impfung anzubieten. In Deutschland hat die STIKO auch während einer Pandemie die Aufgabe, Impfeempfehlungen für die Bevölkerung zu geben, sofern mindestens ein Impfstoff zugelassen ist. Bei Impfstoffknappheit muss entschieden werden, welchen Personen oder Personengruppen vorrangig die Impfung angeboten werden soll. Unter Berücksichtigung der medizinisch-epidemiologischen Erkenntnisse zur COVID-19-Pandemie und ethischer Grundsätze hat die STIKO Impfziele aufgestellt (siehe Kapitel 6 und das Positionspapier des deutschen Ethikrates, der Leopoldina und der STIKO (2)). Bezogen auf die einzelnen Impfziele wurden unter Berücksichtigung des Erkrankungs-, Sterblichkeits-, und Infektionsrisikos Personengruppen identifiziert, die prioritär durch Impfung geschützt werden sollten. Die Personengruppen sind unter Berücksichtigung dieser Ziele in einer Matrix aufgelistet.

Diverse COVID-19 Impfstoffe befinden sich aktuell noch in der Entwicklung, von denen einige im Laufe des kommenden Jahres möglicherweise zugelassen werden. Daten aus Zulassungsstudien sowie aus der Postmarketing Surveillance werden sukzessive veröffentlicht werden und die Evidenzbasis verbreitern. Falls Impfstoffe mit unterschiedlichem Profil zur Verfügung stehen, wird die STIKO gegebenenfalls differentielle Empfehlungen zu den einzelnen Produkten geben. Daher wird die vorliegende Empfehlung im Sinne einer *living guideline* fortlaufend aktualisiert werden. Aktualisierungen von STIKO-Empfehlungen werden entsprechend der STIKO-Geschäftsordnung in ein Stellungsverfahren gegeben. Die vorliegende Empfehlung schließt bisher unpublizierte Daten zu Sicherheit und Wirksamkeit des BioNTech-Impfstoffs ein, die der STIKO durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertraulich zur Verfügung gestellt wurden. Sobald publizierte Daten zu den Phase 3-Impfstoffstudien vorliegen, werden diese ergänzt.

1. Hintergrund

Im Dezember 2019 wurde erstmals über die Häufung von Pneumonien unklarer Genese in Wuhan, der Provinz Hubei in China berichtet (3). Am 7. Januar 2020 konnte das verantwortliche Virus, ein neues Beta-Coronavirus, erstmals aus dem Rachenabstrich eines Patienten isoliert werden (4). Das Virus erhielt den Namen „Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom Coronavirus 2“ (*Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2*, SARS-CoV-2) und die Erkrankung den Namen *coronavirus-induced disease 2019* (COVID-19) (5). Bis Ende Januar 2020 waren in China fast 8.000 COVID-19-Erkrankungen labordiagnostisch bestätigt worden und aus 18 weiteren Ländern wurde über das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen berichtet. Daraufhin erklärte die WHO COVID-19 am 30. Januar 2020 zu

einer Gesundheitlichen Notlage Internationaler Tragweite (*Public Health Emergency of International Concern, PHEIC*) (6). Am 11. März 2020 erklärte die WHO COVID-19 zur Pandemie (7). Zu diesem Zeitpunkt hatte sich SARS-CoV-2 bereits auf über 114 Länder ausgebreitet, mit über 118.000 bestätigten COVID-19-Fällen und mehr als 4.291 Todesfällen (7). Bis zum 17. November 2020 wurden weltweit 54 Mio. COVID-19-Fälle und 1,3 Mio. Todesfälle an die WHO gemeldet (<https://covid19.who.int/>). Mit Stand 12. November 2020 wird an mehr als 200 Impfstoffkandidaten geforscht; 48 Kandidaten befinden sich in der klinischen und 164 in der präklinischen Evaluation (8).

2. Öffentliches Interesse

Die bisher ergriffenen Infektionsschutzmaßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie wirken sich in fast allen Lebensbereichen einschneidend auf die Bevölkerung aus, v. a. in den Bereichen des Gesundheitswesens, des sozialen Lebens und der Wirtschaft. Im Mittelpunkt der Bemühungen steht der Schutz von Personengruppen mit einem besonders hohen Risiko für einen schweren und ggf. tödlichen Verlauf von COVID-19. Effektive und sichere Impfungen stellen einen wichtigen Baustein zum Schutz der Bevölkerung und zur Eindämmung der Pandemie dar und können dazu beitragen, die Notwendigkeit von Kontaktbeschränkungen mittelfristig zu reduzieren. Das öffentliche Interesse an einer COVID-19-Impfempfehlung wird daher als sehr hoch eingeschätzt.

3. SARS-CoV-2-Erreger und Übertragung

Coronaviren sind 60 bis 160 nm große, behüllte einzelsträngige RNA-Viren, die beim Menschen und anderen Säugetieren (z. B. Hunde, Katzen, Dromedaren) sowie bei Vögeln vorkommen (9, 10). SARS-CoV-2 ist neben SARS-CoV und MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*)-CoV das dritte zoonotische Coronavirus, bei dem im 21. Jahrhundert erstmalig eine Übertragung vom Tier auf den Menschen nachgewiesen wurde mit der Folge lebensbedrohlicher Erkrankungen. Im Gegensatz zu SARS-CoV und MERS-CoV kam es bei SARS-CoV-2 zu einer sehr raschen und globalen Ausbreitung (5, 11). Die Massenverbreitung erfolgt durch die Übertragung von Mensch zu Mensch via Tröpfcheninfektion und über Aerosole. Die Infektion mit SARS-CoV-2 erfolgt über die Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen einer infizierten Person entstehen. Menschen geben v.a. beim Husten und Niesen Speicheltröpfchen ab (12), die sich in einem Abstand von etwa 1 bis 2 m von der Infektionsquelle ausbreiten (13). Gleichzeitig werden virushaltige Partikel in Form von Bioaerosolen ausgeschieden, die z. B. auch bereits beim Atmen, Sprechen, Schreien, Singen entstehen (14-19). Bioaerosole verbleiben im Allgemeinen in der Luft, während sich größere Partikel auf Oberflächen ablagern. Nach experimentellen Studien bleibt das Virus in Aerosolen bis zu 3 Stunden infektiös (20, 21). In Stuhlproben von COVID-19-PatientInnen wurde mittels PCR die wochenlange Persistenz von Virus-RNA nachgewiesen. Ob hierbei tatsächlich infektiöse Viruspartikel vorliegen und es zu fäkalen Infektionsübertragungen kommen kann, ist bisher nicht abschließend geklärt (22-27). Bei jedem Einzelfall einer infizierten Person gibt es zahlreiche Faktoren, die auf die Transmission Einfluss haben, z. B. Höhe der Infektionsdosis und Viruslast, Größe der Partikel, Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Umgebung, Raumlufthwechsellrate und das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung (28). Übertragungen im Außenbereich kommen insgesamt selten vor (29). Bei Wahrung des Mindestabstandes sorgt die Luftbewegung im Freien für eine sehr geringe Übertragungswahrscheinlichkeit. Im Vergleich zu einer Transmission in geschlossenen Räumen schätzt eine im Preprint erschienene japanische Studie das Risiko für eine Übertragung im Freien 19-mal niedriger ein (30).

Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist theoretisch vorstellbar (31), da SARS-CoV-2-Viren unter Laborbedingungen auf Flächen eine gewisse Zeit lang infektiös bleiben können (21, 32).

Im Vergleich zur aerogenen SARS-CoV-2-Übertragung wird die Bedeutung der Verbreitung des Virus durch kontaminierte Flächen aktuell gering eingeschätzt (33, 34). Die Inkubationszeit beträgt 2-14 Tage (im Durchschnitt 5-6 Tage) (35, 36). Als Haupteintrittspforten für SARS-CoV-2 gelten die Schleimhäute des Nasen-Rachen-Raums; eine Aufnahme via Konjunktiven und Tränennasengang wird diskutiert, konnte allerdings bislang nicht eindeutig belegt werden (37-39).

Zielzellen von SARS-CoV-2 sind unter anderem nasale und bronchioalveoläre Epithelzellen, an die das Spike-(S) Glykoprotein des Virus über den *Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-2*-Rezeptor und über Neurolipin-1 (NRP-1) bindet, um in die Wirtszelle einzudringen (40, 41). Für etliche Impfstoffkandidaten ist das Glykoprotein S eine zentrale Zielstruktur. Eine hohe ACE-2-Rezeptor-Dichte besteht z. B. im Atemwegstrakt, aber auch im Darm, in Gefäßzellen, in der Niere und im Herzmuskel. NRP1 wird von respiratorischen und olfaktorischen Epithel- und Endothelzellen exprimiert.

Für die Basisreproduktionszahl (R_0) von SARS-CoV-2 wurde in mehreren systematischen Reviews ein mittlerer Wert (Median) von 3,3 bis 3,8 ermittelt (42-44). Durch infektionspräventive Maßnahmen, wie z.B. Abstand halten, das Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen, Isolation Infizierter und Quarantäne von Kontaktpersonen, kann die natürliche Übertragungsrate deutlich gesenkt werden (42, 43). Im Gegensatz zu SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) kann SARS-CoV-2 bereits durch infizierte, aber (noch) asymptomatische Personen übertragen werden (35, 45, 46). Dies erschwert die Eindämmung einer Pandemie wesentlich. Umso bedeutender ist bei COVID-19 der Schutz der Bevölkerung durch eine präventive Impfung.

4. COVID-19 Krankheitsbild

COVID-19 ist primär eine Erkrankung des Respirationstraktes, die nach der Infektion mit dem SARS-CoV-2-Erreger auftreten kann. Das klinische Bild von COVID-19 ist zwar individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt, aber kennzeichnend sind meist Fieber, Schnupfen, trockener anhaltender Husten, Atemnot, Müdigkeit, sowie eine Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns bis hin zur vorübergehenden Anosmie. Es können eine Vielzahl weiterer Symptome und klinischer Zeichen vorkommen, wie z.B. Hals- und Kopfschmerzen, Glieder- und Muskelschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Diarrhöe, Konjunktivitis, Thromboembolien oder ein akutes Koronarsyndrom (47-49).

Der Krankheitsverlauf variiert hinsichtlich Symptomatik und Schwere: es können asymptomatische, symptomarme oder schwere Infektionen mit Pneumonie und weiteren Organbeteiligungen auftreten, die zum Lungen- und Multiorganversagen bis zum Tod führen können. Prä- und asymptomatische SARS-CoV-2-Infektionen sind epidemiologisch bedeutsam, da sie unbemerkt zur Weiterverbreitung von SARS-CoV2 beitragen. In jüngeren Altersgruppen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, sind schwere Verläufe seltener (50) und asymptomatische SARS-CoV-2-Infektionen häufiger. Insgesamt gibt es unterschiedliche Angaben über den Anteil an asymptomatischen Infektionen. Basierend auf Daten des COVID-19-Ausbruches auf dem Kreuzfahrtschiff Diamond Princess mit überwiegend älteren Menschen liegt der Anteil asymptomatischer Infektionen bei 18% (51). Mittels serologischer Untersuchungen, die im Anschluss an den COVID-19-Ausbruch in Heinsberg durchgeführt wurden, wurde ein Anteil von 22% asymptomatischer Infektionen bestimmt (52). Ein systematischer Review ergab eine Rate von asymptomatischen Infektionen von bis zu 45% (53). Die Analyse von 44.415 COVID-19 PatientInnen in Wuhan/China ergab bei 81% der PatientInnen einen milden, bei 14% einen schweren und bei 5% der PatientInnen einen intensivpflichtigen Verlauf (54). Nehmen die respiratorischen Symptome an Schwere zu, führt die Hypoxie, einhergehend mit einer ausgeprägten

Luftnot, zur stationären Aufnahme. Besonders betroffen sind ältere Personen > 60 Jahre und Personen mit Vorerkrankungen (55). Durch die Testhäufigkeit in unterschiedlichen Gruppen wird das Alter der diagnostizierten COVID-19-PatientInnen beeinflusst. Zu Beginn der Pandemie war das Durchschnittsalter der erkrankten PatientInnen höher, da vor allem symptomatische PatientInnen getestet wurden. Im Zeitraum von März/April 2020 bis Juni/Juli 2020 hat sich das mediane Alter der diagnostizierten SARS-CoV-2-Infizierten signifikant reduziert und ist von 40,8 Jahren (IQR: 29,0–54,1) auf 35,8 Jahre (IQR:24,0–50,2) zurückgegangen (56). In einer Metaanalyse, in die Daten aus 34 geographischen Regionen einfließen, wurde die altersspezifische Fallsterblichkeitsrate berechnet. Der Zusammenhang zwischen Alter und Fallsterblichkeitsrate war exponentiell: 0,002% im Alter von 10 Jahren; 0,01% im Alter von 25 Jahren; 0,4% im Alter von 55 Jahren; 1,4% im Alter von 65 Jahren; 4,6% im Alter von 75 Jahren; 15% im Alter von 85 Jahren (57). In einer weiteren Metanalyse wurde das geschlechtsspezifische COVID-19-Sterberisiko in Europa ermittelt. Daten von 23 Ländern, die die Zahl von COVID-19-Fällen und -Todesfällen nach Geschlecht berichteten, wurden gepoolt. Die Stichprobe schloss 484.919 Männer und 605.229 Frauen mit COVID-19 ein. Das Risiko an COVID-19 zu sterben war bei Männern signifikant erhöht (RR = 1,6; 95%KI 1,53-1,68) (58).

Ein Teil der COVID-19-PatientInnen hat sich auch Wochen oder Monate nach Beginn der Erkrankung noch nicht wieder erholt und leidet weiterhin unter schweren Allgemeinsymptomen. Daten aus England deuten darauf hin, dass etwa 40% der hospitalisierten Erkrankten längerfristige Unterstützung benötigen und bei etwa 10% der nicht hospitalisierten, mild Erkrankten Symptome länger als 4 Wochen andauern (59).

Besonders häufig wird über Luftnot, Muskelschmerzen, Gedächtnisstörungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, eine ausgeprägte Erschöpfung und Müdigkeit berichtet (60-62). Unter diesen PatientInnen sind nicht nur diejenigen, die sich von einer schweren stationär behandelten oder intensivpflichtigen Erkrankung erholen, sondern auch solche mit einem eher milden Krankheitsverlauf. In einer prospektiven Beobachtungsstudie wurden zwischen April und Juni 2020 100 Rekonvaleszenten unabhängig von der Ausprägung der Symptomatik, im Durchschnittsalter von 49 Jahren nach einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung untersucht und mit gesunden Altersgepaarten Kontrollen verglichen. In der kardiovaskulären Magnetresonanztomografie (CMR), die zwei bis drei Monate (im Mittel 71 Tage (64-92)) nach der COVID-19 Diagnose erfolgte, zeigten 78% eine Herzbeteiligung und 60% eine fortbestehende myokardiale Entzündung, unabhängig von vor der COVID-19-Erkrankung bestehenden Symptomen (63). Ein systematischer Review, der die Folgen von COVID-19 auf die psychische Gesundheit untersuchte, stellte fest, dass ein hoher Anteil der Rekonvaleszenten an posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen oder Depressionen leidet. PatientInnen, die schon vor der COVID-19-Erkrankung eine psychiatrische Erkrankung hatten, berichteten über eine Symptomverschlechterung (64). Die Ursachen der Langzeitfolgen von COVID-19 sind unklar und hinsichtlich der Prognose und möglicher Therapieoptionen besteht dringender Forschungsbedarf (60).

5. Immunität

Eine SARS-CoV-2-Infektion induziert innerhalb von zwei Wochen nach Symptombeginn die Bildung von Antikörpern (65). Neutralisierende Antikörper sind im Median in der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar (66-68). Bei der Mehrzahl der untersuchten Personen bleiben die Antikörperkonzentrationen über einen Zeitraum von mindestens fünf Monaten relativ stabil. Niedrigere Antikörperkonzentrationen und ein schnellerer Rückgang wurden bei Personen beobachtet, die einen asymptomatischen oder sehr milden Verlauf hatten, im Vergleich zu moderat oder schwer

Erkrankten (69). Zur Persistenz von Antikörpern über diesen Zeitraum hinaus lassen sich im Moment noch keine Aussagen treffen. Zusätzlich wurde bei Erkrankten eine T-Zell-Reaktivität gegen unterschiedliche SARS-CoV-2-Proteine festgestellt, die sowohl an der Schutzvermittlung als auch an der pulmonalen Immunpathologie beteiligt sein kann (70-74). SARS-CoV-2-spezifische-T-Zellen konnten auch bei Infizierten nachgewiesen werden, die keine Antikörpertiter aufwiesen und asymptomatisch waren (75). Ob spezifische T-Zellen auch bei fehlendem Antikörpernachweis Schutz bieten, ist noch unklar.

Seltene Fälle von Reinfektionen und Zweiterkrankungen sind beschrieben, bei denen mittels Genomsequenzierung nachgewiesen werden konnte, dass die Viren, die während der Krankheitsepisoden nachgewiesen wurden, unterschiedlich waren, es sich also nicht um eine protrahierte Virusauscheidung derselben Infektion handelte (76-80). Reinfektionen bei endemischen Coronaviren (HCoV) kommen vor und die HCoV-Immunität nimmt mit der Zeit ab (81, 82). Es ist nicht bekannt, ob eine Reinfektion mit einer Transmission einhergehen kann. Zweiterkrankungen sind nach bisherigem Kenntnisstand selten und wurden vor allem im Zusammenhang mit Immundefizienz/-suppression beobachtet.

In-vitro-Untersuchungen lassen die Vermutung zu, dass es nach vorangegangenen Infektionen mit HCoV zu einer kreuzreaktiven Immunantwort auf SARS-CoV-2 kommen kann (83). Zur Frage, ob es nach HCoV-Infektionen zur Bildung neutralisierender Antikörper gegen SARS-CoV-2 kommt, liegen kontroverse Daten vor (83, 84). Klinische Daten zu einem (partiellen) Schutz vor COVID-19 durch früher durchgemachte HCoV-Infektionen wurden bislang nicht erhoben. Präexistente SARS-CoV-2-reaktive CD4⁺ Gedächtnis-T-Zellen bei Menschen ohne bisherige SARS-CoV-2 Exposition, die möglicherweise auf vorangegangene HCoV-Infektionen zurückzuführen sind, können sowohl an der Kontrolle als auch an der Pathologie von COVID-19 beteiligt sein (85, 86).

6. COVID-19 Epidemiologie in Deutschland *(Daten werden vor Publikation aktualisiert)*

6.1. IfSG-Meldedaten

Die Daten zur COVID-19-Epidemiologie beruhen auf den Meldedaten, die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhoben und an das RKI übermittelt werden. Alle labordiagnostischen PCR-Nachweise von SARS-CoV-2 werden unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung einer klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle gewertet. Die Infektionsausbreitung hat in Deutschland und auch weltweit eine wechselhafte Dynamik und daher gibt die Darstellung der Epidemiologie vielfach nur eine Momentaufnahme wieder. Die ersten COVID-19-Fälle traten in Deutschland im Januar 2020 auf. Mit Datenstand 15.11.2020 wurden 790.503 labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, knapp 55.000 Fälle (7,0%) wurden hospitalisiert, 12.485 Personen (1,6%) sind verstorben. Dies entspricht einer kumulativen Inzidenz von 951 COVID-19 Fällen/100.000 Einwohnern. Im März haben die täglich übermittelten Fallzahlen in Deutschland deutlich zugenommen und die erste Infektionswelle erreichte ihr Maximum Mitte März mit knapp 6.000 täglich übermittelten Fällen. Um die Pandemie einzudämmen, wurde Mitte März 2020 auf Basis eines Bund-Länder-Beschlusses entschieden, eine weitgehende Einschränkung des öffentlichen Lebens umzusetzen. Der erste „Lockdown“ führte zu einem deutlichen Rückgang der Infektionsfallzahlen, die sich zwischen Mitte Mai und Mitte Juli auf einem niedrigen Niveau stabilisierten. Seit Anfang September nehmen die Fallzahlen wieder deutlich zu. Aktuell ereignet sich eine zweite, weit intensivere Infektionswelle. Ab Anfang November gilt bundesweit ein zweiter „Teil-Lockdown“. Das bisherige Maximum der zweiten Infektionswelle wurde in der 3. Novemberwoche mit knapp 24.000 Fällen täglich erreicht (*Abbildung 1*).

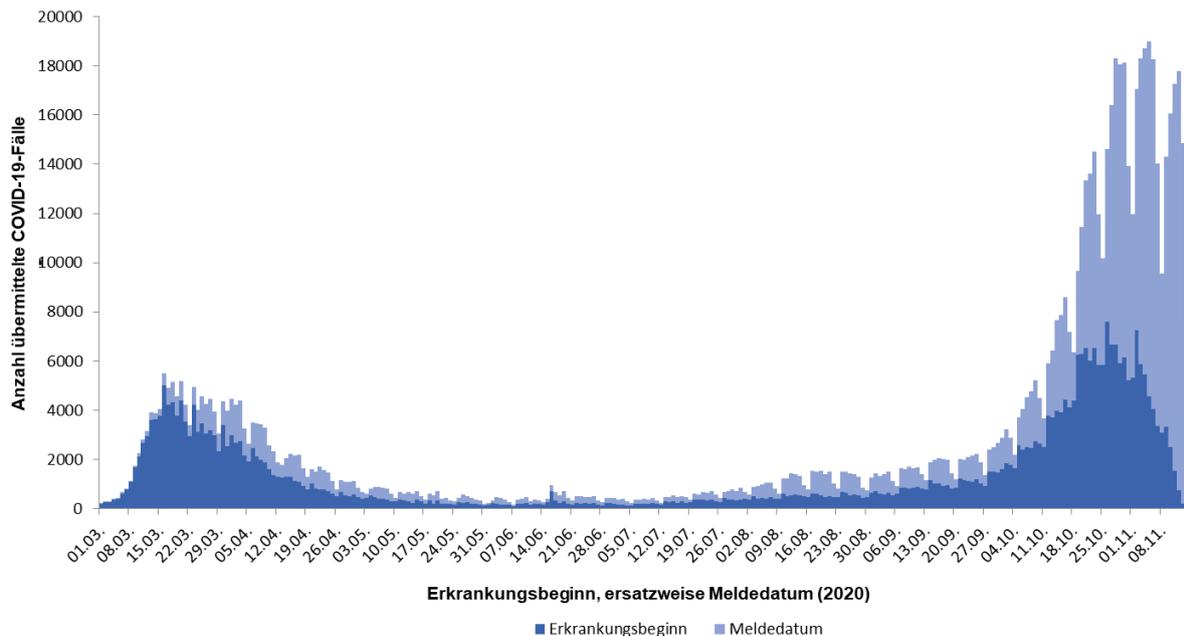


Abbildung 1: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum seit dem 01.03.2020 (Stand 15.11.2020)

Bezüglich der regionalen Verteilung kann man aktuell feststellen, dass sich COVID-19 flächendeckend im Bundesgebiet ausgebreitet hat. Mitte November (Stand: 15.11.2020) wurden aus allen 412 Kreisen COVID-19-Fälle gemeldet. Die 7-Tage-Inzidenz liegt in 277 Kreisen (67%) bei > 100 Fällen/100.000 Einw. und davon in 21 Kreisen bei > 250 Fällen/100.000. Aktuelle Inzidenzwerte der Landkreise können dem RKI-Dashboard entnommen werden (<https://corona.rki.de/>).

Im Rahmen der ersten SARS-CoV-2-Infektionswelle wurden die höchsten wöchentlichen Inzidenzen bei den >80-Jährigen mit 81 Fällen/100.000 Einw. gemessen. Bei den 15-69-Jährigen lag das wöchentliche Maximum niedriger und betrug 44-53 Fälle/100.000 Einw. Bei Kindern und Jugendlichen lagen die wöchentlichen Inzidenzen zwischen 7-10/100.000 und waren damit am niedrigsten von allen Altersgruppen. Im Mai und Juni gingen die Infektionszahlen in allen Altersgruppen zurück. Ab Anfang Juli nahmen die Fallzahlen leicht zu; blieben aber, bis auf die erhöhten Werte bei den 15-34-Jährigen bis Mitte September, auf einem stabilen Niveau mit wöchentlich weniger als 20 Fällen/100.000 Einw. Danach setzte eine exponentielle Zunahme in allen Altersgruppen ein. Die wöchentlichen Inzidenzen der 45. Meldewoche liegen zwischen 60/100.000 bei den 0-4-Jährigen und 212/100.000 bei den 15-34-Jährigen (*Abbildung 2*).

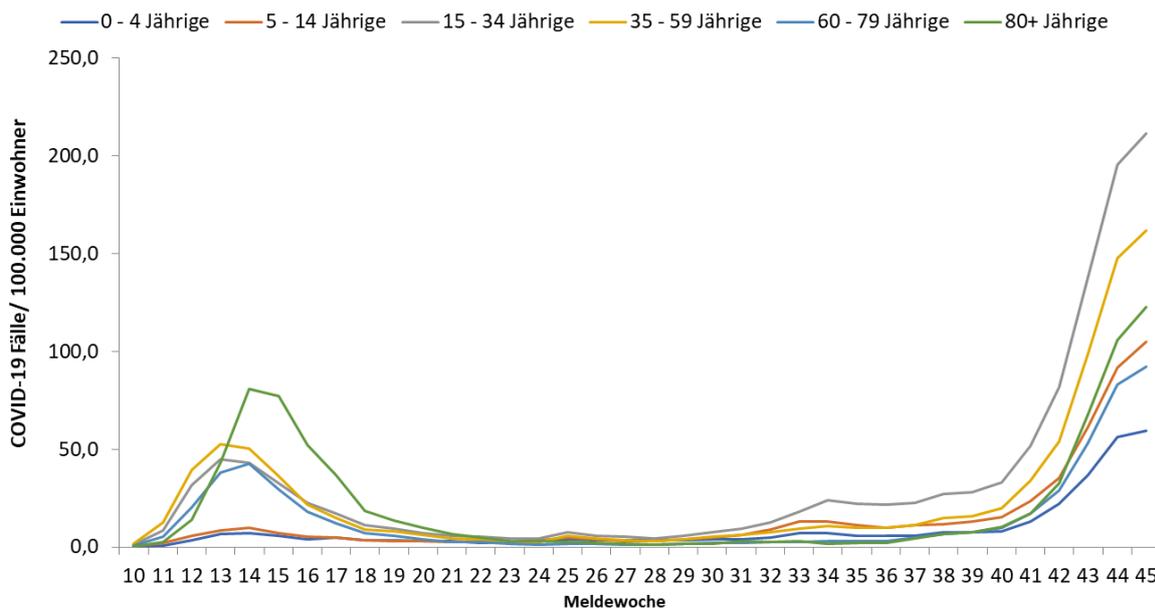


Abbildung 2: Übermittelte COVID-19-Fälle/ 100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen und Meldewoche (KW10-45; Stand 15.11.2020).

COVID-19 tritt in allen Altersgruppen auf. In Deutschland sind Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen. Die höchsten altersspezifischen Inzidenzen werden bei den 20-29-Jährigen und den >90-Jährigen gemessen und die niedrigsten Inzidenzen bei Kindern im Alter <10 Jahren, und den 60- bis 79-Jährigen (Abbildung 3). Die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) sammelt seit Mitte März 2020 die Daten pädiatrischer, hospitalisierter COVID-19 Fälle in Deutschland in einem Register mit dem Ziel, die Epidemiologie und klinischen Charakteristika dieser Fälle zu untersuchen (87, 88). In der Mehrzahl der Fälle war der Verlauf ohne wesentliche Komplikationen. Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin erforscht mit der am 03.04.2020 gestarteten CRONOS Register-Studie Auswirkungen einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 auf die Gesundheit von Mutter und Neugeborenen mit dem Ziel, eine Grundlage für die Beratung infizierter Schwangerer und die Betreuung der Neugeborenen zu schaffen, die auf in Deutschland erhobenen Daten beruht und durch regelmäßige Updates auf die Dynamik der Entwicklung eingehen zu können (89).

Die niedrigen Inzidenzen bei den 60-79-Jährigen lassen vermuten, dass Personen in dieser Altersgruppe sich beständiger an die empfohlenen Kontaktbeschränkungen halten und so Infektionen verhindern können. In den höheren Altersgruppen steigt der Anteil an Menschen, die in Pflegeheimen leben, und hier ist das Risiko für COVID-19-Ausbrüche und damit das Infektionsrisiko hoch.

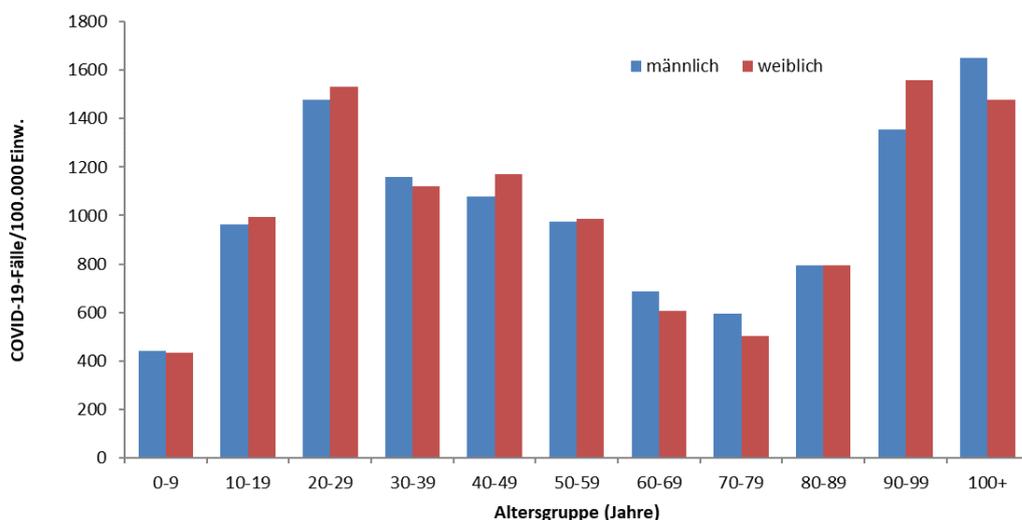


Abbildung 3: Übermittelte COVID-19-Fälle/ 100.000 Einwohner (kumulative Inzidenz) in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand 15.11.2020).

Für 517.852 (64%) der übermittelten Fälle liegen klinische Informationen vor. Hiervon wurde für 15% angegeben, dass keine, bzw. keine für COVID-19 bedeutsamen Symptome vorliegen. In Tabelle 1 werden die Anzahl und Anteile der COVID-19 relevanten oder häufig genannten Symptome dargestellt. Seit der 17. Kalenderwoche kann für COVID-19-Fälle auch Geruchs- und Geschmacksverlust als Symptom in einer eigenen Übermittlungskategorie angegeben werden. Von 373.156 Fällen, die neu in dieser Kategorie erfasst wurden und Angaben zur Klinik enthalten, haben 78.516 (21%) mindestens eines dieser beiden Symptome angegeben.

Tabelle 1: COVID-19 relevante oder häufig genannte Symptome (Stand 16.11.2020), *Geruchs und Geschmacksverlust werden seit der 17. Kalenderwoche erfasst.

Klinisches Merkmal	Grundgesamtheit	Anzahl (%)
Husten	517.852	209.750 (41)
Fieber	517.852	158.449 (31)
Schnupfen	517.852	126.998 (25)
Halsschmerzen	517.852	110.877 (21)
Pneumonie	517.852	7.998 (2)
Geruchs- oder Geschmacksverlust*	373.156	78.516 (21)

Der Anteil stationär versorgter Fälle steigt mit dem Alter kontinuierlich an; er beträgt bei den 50-59-Jährigen 6% und bei den 80-89-Jährigen 33%. Mit weiter steigendem Alter geht der Anteil stationär versorgter COVID-19-Fälle wieder zurück, er beträgt bei den ≥90-Jährigen knapp 25 % (Abbildung 4). Der Rückgang des Anteils stationär behandelter PatientInnen bei den Hochbetagten ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass man aufgrund des hohen Alters eine Krankenhauseinweisung vermeiden möchte.

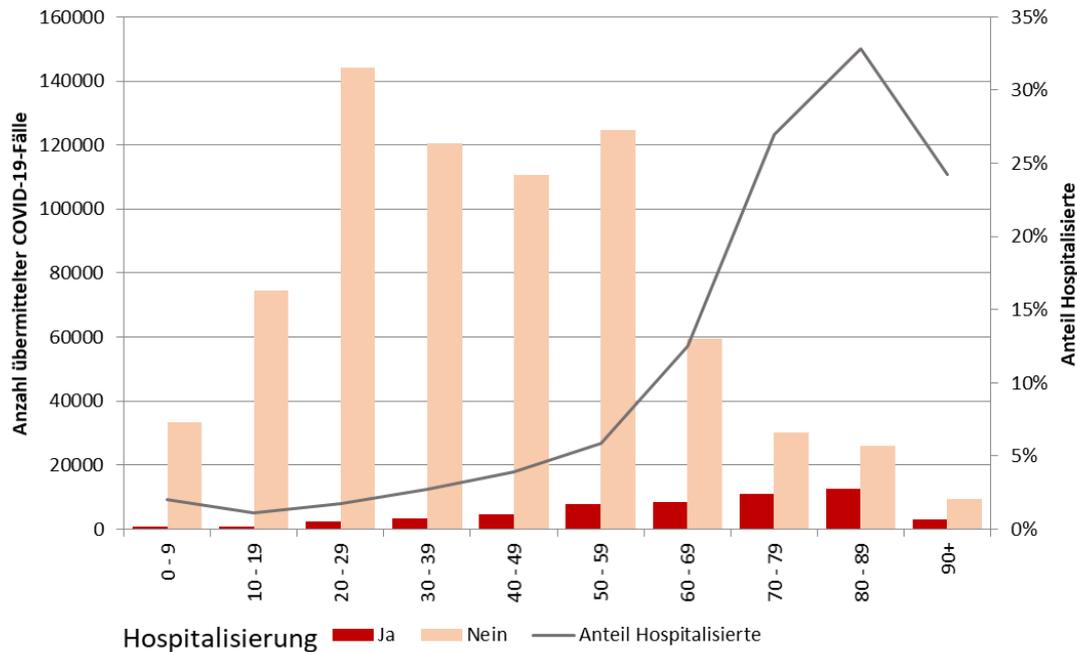


Abbildung 4: Relativer Anteil der hospitalisierten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen (Stand 15.11.2020).

Insgesamt wurden bis zum 15.11.2020 12.485 COVID-19-Todesfälle an das RKI übermittelt. Von den Todesfällen sind 9.860 (86%) Personen 70 Jahre und älter; das mediane Alter der Todesfälle beträgt 83 Jahre (Tabelle 2). Der extrem hohe Anteil an Todesfällen bei den ≥ 70 -Jährigen wird deutlich, wenn man im Vergleich dazu ihren Anteil von 12% an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle betrachtet.

Tabelle 2: Übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 11.498 Todesfälle; 15.11.2020).

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +
männlich	2	3	11	24	75	318	830	1.826	2.971	859
weiblich	3		5	11	35	119	304	889	2.598	1.590
gesamt	5	3	16	35	110	437	1.134	2.715	5.569	2.449

Der Anteil verstorbener Personen an allen übermittelten COVID-19-Fällen liegt bei den ≤ 59 -Jährigen unter 0,3%. Die Zahl der Verstorbenen nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu und steigt von 1,7% bei den 60-69-Jährigen, auf 6,6% bei den 70-79-Jährigen, auf 14,5% bei den 80-89-Jährigen und 20% bei den ≥ 90 -Jährigen an (Abbildung 5). Der Anteil Verstorbenen an allen Fällen ist im Verlauf der Pandemie zurückgegangen. Zu Beginn war der Anteil an Personen, die ohne COVID-19-spezifische Symptome oder milde Symptome getestet wurden, aufgrund der eingeschränkten Testmöglichkeiten gering. Das hat sich inzwischen geändert, so dass durch das große Testangebot auch Fälle entdeckt werden, die zu Beginn der Pandemie nicht diagnostiziert worden wären. In der deskriptiven Analyse der deutschen COVID-19-Meldedaten zeigen sich hinsichtlich der Krankheitsschwere geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den hospitalisierten COVID-19 überwog der Anteil der Männer mit 55%. Noch deutlicher war der Unterschied in Bezug auf PatientInnen, die intensivpflichtig waren; hier betrug der Anteil der Männer 70% (90).

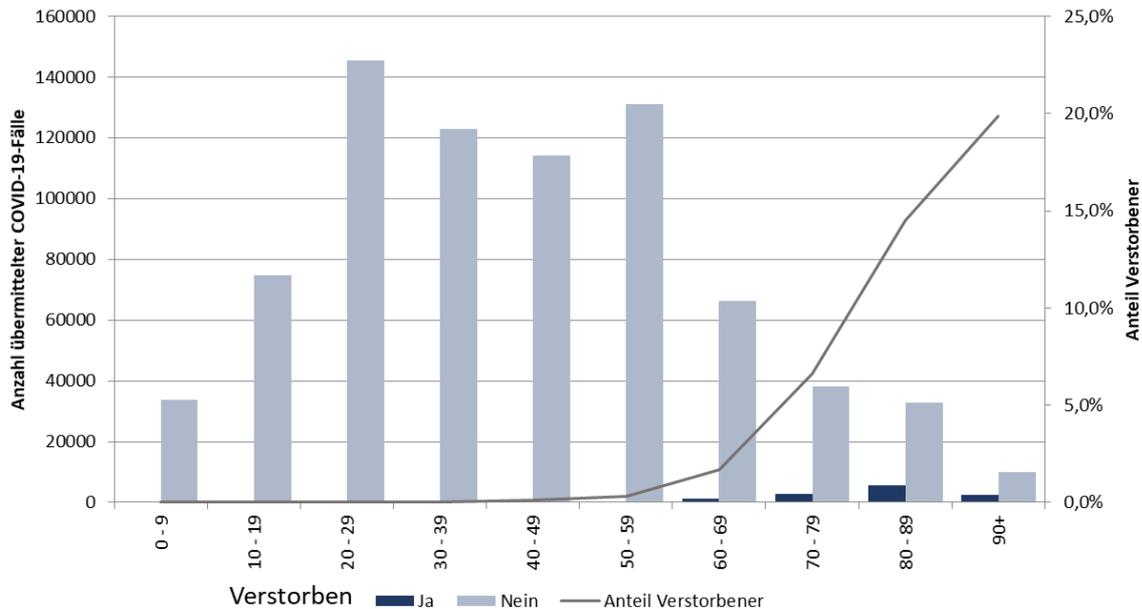


Abbildung 5: Relativer Anteil der verstorbenen COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppen (Stand 15.11.2020).

Ausbruchsgeschehen

Die Epidemiologie von COVID-19 wird aufgrund der hohen Infektiosität von Ausbrüchen in verschiedenen Situationen bzw. Umfeldern bestimmt. Etwa ein Viertel der insgesamt gemeldeten COVID-19 Fälle lässt sich Ausbrüchen zuordnen, wobei die Angaben zum Umfeld häufig unvollständig sind. Bei ca. 35% der Ausbrüche handelt es sich um kleinere Ausbrüche mit 2-4 Fällen. In der ersten Infektionswelle konnten viele COVID-19-Fälle Ausbrüchen in Senioren- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und Flüchtlingsheimen zugeordnet werden. In den KW 23-32, zwischen den Infektionswellen, wurde häufiger der Arbeitsplatz und der private Haushalt als wahrscheinliches Infektionsumfeld angegeben. Zu den Ausbrüchen am Arbeitsplatz gehören auch Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben, die einen großen Anteil an den Fällen zu Beginn des Sommers ausmachten. Ab Mitte August war der größte Anteil durch Ausbrüche in privaten Haushalten verursacht. In den letzten Wochen nimmt die Zahl der Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen wieder stetig zu.

Für weitere detaillierte Informationen und aktuelle Daten wie z.B. der regionalen Verteilung von COVID-19 und den Angaben zu den intensivmedizinisch behandelten COVID-19-PatientInnen wird auf die täglichen [Situationsberichte des RKI zu COVID-19](#) verwiesen.

6.2. Seroprävalenzdaten

Erste Ergebnisse (Datenstand vom 19.08.2020) einer vom RKI überregional durchgeführten Seroprävalenzstudie, in der Seren von 30.000 erwachsenen BlutspenderInnen untersucht wurden, zeigten einen Positivenanteil mit spezifischen Antikörpern gegen SARS-CoV-2 von 1,25% (1). In dieser Zwischenanalyse war die Seroprävalenz bei Männern signifikant höher als bei Frauen (1,48 bzw. 0,96%). Eine Seroprävalenzstudie mit Blutentnahmen zwischen Ende Mai und Ende Juni 2020 unter 1.538 SchülerInnen der Klassenstufen 8 bis 11 von 13 Schulen in Sachsen ermittelte einen Positivenanteil von 0,7% (91). In Bayern wurden zwischen Januar und Juli 2020 über 11.000 Blutproben von Kindern und Jugendlichen auf SARS-CoV-2 Antikörper untersucht. Es zeigten sich erhebliche regionale Unterschiede, jedoch keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter oder Geschlecht. Der Anteil seropositiver Kinder und Jugendlicher lag für den Zeitraum von April bis Juli im Durchschnitt bei 0,87%. Die

Autoren postulierten, dass die Zahl seropositiver Kinder und Jugendlicher in Bayern sechsmal höher läge, als die Zahl der gemeldeten SARS-CoV-2 Infektionen mit PCR-Nachweis für diese Altersgruppe im selben Zeitraum (92). Allerdings muss bedacht werden, dass zum angegebenen Zeitraum Tests nur eingeschränkt verfügbar waren und dementsprechend Untersuchungen mit hoher Wahrscheinlichkeit proprietär bei Personen mit schweren Symptomen durchgeführt wurden. Kinder und Jugendliche mit leichteren Befunden hatten möglicherweise keinen oder einen ungenügenden Zugang zu PCR Testungen.

7. COVID-19-Impfstoffe

Überblick über die im Zulassungsverfahren befindlichen Impfstoffe

In diesem Kapitel werden Impfstoffe beschrieben, für die Hersteller Zulassungsdaten bei der EMA eingereicht haben (

Tabelle 3). Eine Einreichung von Zulassungsdaten lässt zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage über den Zeitpunkt der Zulassung des Impfstoffs und dessen Verfügbarkeit für die Durchführung der Impfung in Deutschland zu. Das Kapitel wird jeweils um neue Erkenntnisse zu den bereits beschriebenen Impfstoffen und um ggf. Informationen zu weiteren Impfstoffen ergänzt.

Tabelle 3: COVID-19-Impfstoffkandidaten, die ein Rolling Review bei der EMA eröffnet haben

Firma	Impfstoffname	Impfstofftyp	Anzahl Dosen	Impfschema	Applikation	Stand EU Zulassungsverfahren
BioNTech/ Pfizer	BNT162b2	mRNA + LNP	2	0, 21 Tage	i.m.	<i>rolling review</i> seit 6. Okt. 2020; Antrag auf bedingte Marktzulassung bei der EMA am 1. Dez. 2020
Moderna	mRNA-1273	mRNA + LNP	2	0, 28 Tage	i.m.	<i>rolling review</i> seit 16. Nov. 2020, Antrag auf bedingte Marktzulassung bei der EMA am 30. Nov. 2020
Astra-Zeneca/ Oxford University	AZD1222	Vektor-basiert ChAdOx1, nicht replizierend	2	0, 28 Tage	i.m.	<i>rolling review</i> seit 01. Okt. 2020

7.1. mRNA Impfstoffe

Nach Eintritt der mRNA in das Zytoplasma der Zielzellen erfolgt die Synthese des spezifischen viralen Antigens durch Translation der mRNA an den Ribosomen. In der Folge kommt es zu einer adaptiven Immunantwort gegen das virale Antigen. Die Impfstoffe stimulieren auch Mustererkennungsrezeptoren und lösen dadurch eine Reaktion des angeborenen Immunsystems aus. Durch diese intrinsische Adjuvanzeigenschaft können mRNA-Impfstoffe die Immunantwort gegen das Ziel-Protein zusätzlich stimulieren. Auf Grund biochemischer Unterschiede zwischen mRNA und DNA kann die mRNA des Impfstoffes nicht in die DNA des humanen Genoms integrieren. Auch die Umschreibung der nach der Impfung aufgenommenen RNA in eine doppelsträngige DNA ist nicht zu erwarten, da dafür die mRNA

spezifische Sequenz- und Strukturelemente aufweisen und ein erforderliches Enzym in der Zelle in ausreichender Menge exprimiert werden müsste.

Bisher wurden weltweit noch keine mRNA-Impfstoffe zur Infektionsprävention zugelassen.

Vorteile der mRNA-Impfstoffe sind, dass sie kurzfristig entwickelt und in großen Mengen produziert werden können.

7.1.1. BNT162b2 (BioNTech/Pfizer)

Bei dem von BioNTech produzierten Impfstoff handelt es sich um einen *messenger RNA* (mRNA)-Impfstoff, der für ein optimiertes SARS-CoV-2-Spike-Protein (S) in voller Länge kodiert. Die mRNA-Moleküle sind in eine Lipid-Nanopartikel-Formulierung (LNP) integriert, um diese vor Eintritt in das Zytoplasma der Zielzelle vor extrazellulären Nukleasen zu schützen und die Aufnahme der mRNA zu steigern (93). Nach Eintritt der mRNA in das Zytoplasma der Zielzellen erfolgt die Synthese des Spike-Proteins durch Translation der mRNA an den Ribosomen (94, 95). Die Zellen präsentieren das Spike-Protein den Immunzellen und induzieren so die gewünschte Immunantwort gegen das Spike-Protein.

Daten aus Phase 1/2 Studien zu BNT162b2

Der Impfstoff wurde in randomisierten, klinischen Phase 1- und Phase 2-Studien untersucht (96-98). Im Frühjahr 2020 wurde in einer Placebo-kontrollierten Dosisfindungsstudie (NCT04368728) die Sicherheit und Immunogenität des Impfstoffkandidaten BNT162b2 in drei verschiedenen Dosierungen bei jeweils 45 18-55- und 65-85-jährigen gesunden Erwachsenen nach 2-maliger i.m.-Gabe im Abstand von 21 Tagen untersucht (98). Lokale und systemische unerwünschte Nebenwirkungen wurden über einen Zeitraum von 7 Tagen nach der jeweiligen Injektion untersucht.

StudienteilnehmerInnen im Alter von 18-55 Jahren, die 10 oder 20µg BNT162b2 appliziert bekommen hatten, berichteten zu 67% über einen milden (Grad 1) bis moderaten (Grad 2) Schmerz an der Einstichstelle nach der ersten Dosis. Nach erstmaliger Applikation von 30µg berichteten 92% der Probanden von mildem bis schwerem Schmerz (Grad 3) an der Einstichstelle. Andere Lokalreaktionen (Rötung und Schwellung) waren in allen drei Dosierungen nach der ersten Dosis nicht oder nur mild ausgeprägt und nach der zweiten Dosis nicht mehr beobachtet worden. Unter den älteren Probanden (65-85 Jahre) war nach der ersten und zweiten Dosis in allen drei Dosierungsgruppen milder bis moderater Schmerz seltener beobachtet worden als unter den jüngeren Probanden. Andere lokale Nebenwirkungen traten in dieser Gruppe nicht auf.

Systemische unerwünschte Wirkungen (Fieber, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost u.a.) wurden deutlich häufiger in der jüngeren als in der älteren Gruppe beobachtet: Fieber war nach der 2. Dosis bei 17% der Jüngeren und 8% der Älteren in der 30µg Gruppe aufgetreten. Abgeschlagenheit und Schüttelfrost traten in allen Dosierungsgruppen bei den Jüngeren häufiger nach der ersten und zweiten Dosis auf als bei den Älteren (in der 30µg Gruppe trat Abgeschlagenheit bei 75% der Jüngeren und 42% der Älteren und Schüttelfrost bei 58% der Jüngeren und 17% der Älteren auf). Lokale oder systemische Grad 4 Ereignisse (d.h. Notfall-Arztbesuch oder Hospitalisierung erforderlich) traten nicht auf. Der Verbrauch von antipyretischer und Schmerzmedikation nahm dosisabhängig zu und war nach der zweiten Impfstoffdosis höher als nach der ersten.

Schwere unerwünschte Nebenwirkungen traten nicht auf und die Studie musste zu keinem Zeitpunkt aufgrund von unerwünschten Wirkungen unterbrochen werden (98).

Sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Erwachsenen wies BNT162b2 dosisabhängige, SARS-CoV-2-geometrische Mittelwerttiter (GMT) neutralisierender Antikörper auf, die mit den GMT eines Panels von SARS-CoV-2-Rekonvaleszenzseren vergleichbar oder höher waren. Da insbesondere bei älteren

Erwachsenen BNT162b2 im Vergleich zu anderen Kandidaten der Firma BioNTech mit einer deutlich geringeren systemischen Reaktogenität assoziiert war, wurde BNT162b2 nur in einer 30µg-Dosierung für die anschließende Phase 3-Studie verwendet.

Challenge-Studien in Non Human Primates (NHP) zu BNT162b2

Mit dem BNT162b2-Impfstoff wurden sog. Challenge-Studien an Rhesusaffen durchgeführt (99). Drei Gruppen von jeweils sechs männlichen Rhesusaffen (2-4 Jahre alt) wurden mit BNT162b2 in einer Dosierung von 30µg oder 100µg oder mit Kochsalzlösung (Kontrollen) in einem zwei-Dosen-Schema geimpft. Die mit BNT162b2 geimpften Rhesusaffen zeigten spezifische Antikörper mit GMT-Werten, die weit über denen aus menschlichen Rekonvaleszenten lagen. Ebenso wurde eine spezifische T-Zellantwort nachgewiesen (99). Fünfundfünfzig Tage nach der 2. Dosis wurden die Rhesusaffen gegenüber SARS-CoV-2 intranasal und intratracheal exponiert. Am ersten Tag nach Exposition wurde aus Nasenabstrichen auch bei geimpften Tieren SARS-CoV-2 mittels PCR nachgewiesen, nicht jedoch an den folgenden Tagen. Die Kontrolltiere dagegen hatten zu allen Untersuchungszeitpunkten positive Abstriche. Virale RNA wurde aus bronchoalveolärer Flüssigkeit bei zwei der drei Kontroll-Tiere am dritten Tag nach Exposition nachgewiesen, nicht jedoch bei den mit BNT162b2 geimpften Tieren. In beiden Gruppen zeigte keines der Tiere klinische Symptome. Die beschriebene Studie ist daher eher als SARS-CoV-2-Infektionsmodell denn als COVID-19-Erkrankungsmodell zu werten.

Daten aus Phase 3 Studien zu BNT162b2

Die STIKO hat die Daten aus den Phase 3-Studien gesichtet und fand die vom Unternehmen am 18.11.2020 öffentlich mitgeteilten Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit bestätigt. Dieser Entwurf enthält noch nicht die vollständige Auswertung der STIKO zu BNT162b2. Diese folgt, sobald die Veröffentlichung der Daten erfolgt ist. In die Studien, die in USA, Argentinien, Brasilien und Südafrika durchgeführt wurden, waren eine Gesamtzahl von über 43.000 Personen (Placebo- und Impfstoffgruppe zusammen) zwischen 16 und 85 Jahren eingeschlossen, die gesund waren oder eine stabile Grunderkrankung hatten. Darunter waren sowohl ProbandInnen, die bereits eine Infektion durchgemacht hatten, als auch SARS-CoV-2 naive Personen. Immunsupprimierte und Schwangere wurden zunächst ausgeschlossen.

BNT162b2 zeigt in der primären Endpunktanalyse beginnend 7 Tage nach der zweiten Impfung eine Wirksamkeit gegen COVID-19 in der gesamten Studienpopulation von 94,6% (95%-KI 89,9-97,3). In der Phase 3-Studie sind 178 bestätigte COVID-19-Fälle aufgetreten; 169 Fällen in der Placebogruppe und 9 Fälle in der Impfstoffgruppe. Der Impfschutz bei Erwachsenen über 65 Jahren (n=4.044) lag bei 94,7% (95%-KI 66,8-99,9). Die Nachbeobachtungszeit nach der zweiten Impfung betrug maximal 14 Wochen. Der Impfstoff wurde in allen Teilnehmerpopulationen bis auf wenige Ausnahme gut vertragen. Lokale und systemische Nebenwirkungen waren bei Jüngeren (≤55 Jahre) stärker ausgeprägt als bei Älteren (>55 Jahre). Schmerzen an der Einstichstelle wurden von 66-83% der ProbandInnen angegeben und waren nach der ersten Impfstoffdosis etwas häufiger also nach der zweiten. Fieber trat bei 1-4% nach der ersten und bei 11-16% nach der zweiten Dosis auf. Abgeschlagenheit trat bei 34-47% nach der ersten Dosis und bei 51-59% nach der zweiten Dosis und Kopfschmerzen bei 25-42% nach der ersten und 39-52% nach der zweiten Dosis auf. Die häufigsten Nebenwirkungen dritten Grades (Definition: „verhindert tägliche Aktivitäten“) waren Abgeschlagenheit (3,8%) und Kopfschmerzen (2,0%). Es traten in der Verumgruppe zwei schwere unerwünschte Impfstoffwirkungen auf, die mit dem Impfstoff BNT162b2 in Verbindung gebracht wurden. Ein Proband entwickelte eine Lymphadenopathie in der rechten Axilla und bei einem Probanden trat eine Schulterverletzung auf, da bei der Impfstoffinjektion die Schulterkapsel verletzt worden war. Die Zulassung ist ab einem Alter von

16 Jahren beantragt. Zur Zulassung in der Schwangerschaft und Stillzeit liegen noch keine Informationen vor. Die Koadministration mit anderen Impfstoffen soll nicht erfolgen. Zur Dauer des Schutzes, der Wirksamkeit gegen die Transmission von SARS-CoV-2 und der Notwendigkeit von Auffrischimpfungen und der Koadministration mit anderen Impfstoffen stehen noch keine Daten zur Verfügung.

7.1.2. mRNA-1273 (Moderna)

Der mRNA-Impfstoff von Moderna kodiert ebenfalls für das SARS-CoV-2-Spikeglykoprotein (S-2P) in voller Länge. Auch hier wurde das Protein in seiner Präfusionskonformation durch die Einführung von zwei Prolin-Substitutionen stabilisiert. Die mRNA ist wiederum in Lipidnanopartikel eingekapselt.

Daten aus Phase 1 Studien zu mRNA-1273

Die Sicherheit, Reaktogenität und Immunogenität des Impfstoffs mRNA-1273 wurde in einer offenen Phase 1-Dosisfindungsstudie (NCT04283461) im Frühjahr 2020 untersucht, die 45 gesunde Erwachsene aus Atlanta und Seattle im Alter von 18 bis 55 Jahren einschloss (100). Vor Studieneinschluss wurde kein SARS-CoV-2-Screening zum Ausschluss einer vorausgegangenen Infektion durchgeführt. Zwei Impfstoffdosen in den Dosierungen 25 µg, 100 µg, oder 250 µg wurden im Abstand von 28 Tagen i.m. verabreicht. In jeder Gruppe waren 15 StudienteilnehmerInnen.

Es wurden keine schweren unerwünschten Ereignisse beobachtet; ein Teilnehmer wurde ausgeschlossen, da er nach der 1. Impfstoffdosis eine vorübergehende Urtikaria entwickelt hatte, die als Impfstoff-bedingt eingestuft worden war. Systemische Reaktionen wurden nach der 1. Impfstoffdosis bei 33% der TeilnehmerInnen in der 25µg Gruppe, 67% der 100µg-Gruppe und 53% der TeilnehmerInnen der 250µg-Gruppen beobachtet. Nach der 2. Impfstoffdosis waren systemische Reaktionen häufiger und traten bei 54% der TeilnehmerInnen in der 25µg Gruppe und allen TeilnehmerInnen der 100µg- und 250µg-Gruppe auf. Dazu gehörten Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Myalgien. Fieber trat nach Gabe der 1. Impfstoffdosis bei keinem Teilnehmer auf, aber bei 40% der TeilnehmerInnen in der 100µg- Gruppe und 57% der 250µg-Gruppe nach der 2. Impfstoffdosis. Lokale Reaktionen waren in der Regel mild oder moderat ausgeprägt. Schmerzen an der Einstichstelle waren die Regel.

Die Titerhöhe der Antikörperantwort nahm mit der Dosierung zu und die Titer waren nach der 2. Impfstoffdosis höher als nach der ersten. Die Titer der neutralisierenden Antikörper nach der 2. Impfstoffdosis bewegten sich in der oberen Hälfte der Titer, die in Rekonvaleszentenseren bestimmt wurden. Auf Basis der Studienergebnisse der untersuchten Impfstoffdosierungen sollen zusätzliche Gruppen im weiteren Verlauf eingeschlossen werden. Dazu wurden in der Fortführung der Dosisfindungsstudie im selben Setting 40 ältere TeilnehmerInnen in den Altersgruppen 56-70 Jahre und ≥71 Jahre eingeschlossen (NCT04283461) (101). Die Hälfte der ProbandInnen erhielt eine 2-malige Impfung im Abstand von 28 Tagen mit der 25µg- oder der 100µg-Dosis. Es wurden in diesen Altersgruppen keine schweren unerwünschten Ereignisse beobachtet. Das Spektrum systemischer Impfstoffreaktionen war mit denen der Vorgängerstudie vergleichbar. Die Ausprägung der lokalen und systemischen Reaktionen war dosisabhängig und nach der 2. Impfstoffdosis stärker ausgeprägt. Nach der zweiten Impfstoffdosis wurden bei allen TeilnehmerInnen neutralisierende Antikörper bestimmt. Die Ergebnisse sind mit denen der jüngeren Altersgruppen vergleichbar und lagen oberhalb des Mittelwerts der Rekonvaleszentenseren, die als Kontrollen dienten. Darüber hinaus löste die Impfung in allen Altersgruppen eine Th1-dominierte CD4-T-Zellantwort aus.

Challenge-Studien in Mäusen zu mRNA-1273

Mit dem mRNA-Impfstoff wurden Challenge-Studien an Mäusen durchgeführt (102). Es konnte nachgewiesen werden, dass BALB/cJ Mäuse, die eine zweimalige i.m. Impfung im Abstand von 3 Wochen mit 1 µg mRNA-1273 erhalten hatten, nach einem Challenge-Versuch mit SARS-CoV-2, der 5 oder 13 Wochen nach der zweiten Impfstoffdosis durchgeführt worden war, vollständig geschützt waren und eine Virusreplikation in der Lunge nicht nachweisbar war. Bei 6 von 7 Mäusen führte die mRNA-1273-induzierte Immunität dazu, dass nach der Exposition mit SARS-CoV-2 auch keine Virusreplikation in der Nase nachweisbar war. Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass der erzielte Schutz dosisabhängig war. Eine 2-malige Impfung mit 0,1µg mRNA-1273 reduzierte die Viruslast in der Lunge noch um das 100-fache, während eine Impfstoffdosierung von 0,01µg die Viruslast nur noch um das 3-fache reduziert.

Daten aus Phase 3 Studien zu mRNA-1273

Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor.

7.2. Vektorbasierte Impfstoffe

Bei den Vektor-basierten Impfstoffen werden entweder abgeschwächte/attenuierte replizierende oder nicht replizierende Viren als Vektoren benutzt, um die genetische Information für Antigene des Ziel-Virus in einige Körperzellen einzuschleusen. Bei COVID19-Impfstoffen wird in der Regel das Gen für das Spike-Protein verwendet. Für die Klasse der Vektorimpfstoffe gibt es grundsätzlich bereits zugelassene oder in Zulassung befindliche Vertreter, die sich als verträglich und wirksam erwiesen haben (z.B. Ebolaimpfstoffe auf vesikuläre Stomatitisvirus- oder Adenovirus-26-Vektorbasis).

7.2.1. AZD1222 (Astra Zenca)

Der von der Universität Oxford entwickelte COVID-19 Impfstoff basiert auf dem Adenovirus-Vektor ChAdOx1. Das zugrundeliegende Adenovirus 63 wurde aus Schimpansen isoliert. Der Vektor wurde gentechnisch verändert und ist im Menschen nicht vermehrungsfähig. Der Impfstoff enthält die genetische Information des SARS-CoV-2-Spikeproteins in voller Länge (103).

Daten aus Phase 1/2 Studien zu AZD1222

Die Sicherheit, Reaktogenität und Immunogenität des ChAdOx1 nCoV-19-Impfstoffs wurde im Frühjahr 2020 in einer kombinierten randomisierten, kontrollierten, einfach-verblindeten Phase 1/2-Multicenter-Studie an fünf Orten im Vereinigten Königreich untersucht (NCT04324606) (7). Eingeschlossen in die Studie waren 1.077 gesunde Erwachsene im Alter zwischen 18–55 Jahren ohne vorausgegangene laborbestätigte SARS-CoV-2-Infektion in der Anamnese. Die ProbandInnen erhielten in einem Verhältnis von 1:1 eine einmalige intramuskuläre Applikation des COVID-19-Impfstoffs in einer Dosierung von 5×10^{10} Viruspartikel (n=543) oder eines quadrivalenten Meningokokkenkonjugatimpfstoffs (MenACWY) (n=534) als Vergleichsintervention. Zehn von den 1.077 ProbandInnen aus der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe erhielten (nicht randomisiert, unverblindet) ein Zweidosenschema (Tage 0 und 28). An zwei Studienorten erhielten beide Gruppen in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe (n= 56) und in der MenACWY-Gruppe (n= 57) prophylaktisch 1g Paracetamol vor der Impfung und alle 6 Stunden während 24 Stunden nach der Impfung.

Lokale und systemische Reaktionen waren häufiger in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe als in der MenACWY-Gruppe. Durch die prophylaktische Paracetamol-Gabe konnten Nebenwirkungen wie Schmerzen an der Einstichstelle, Fieber, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit insgesamt signifikant reduziert werden (alle $p < 0,05$). Die häufigsten unerwünschten

systemischen Reaktionen waren Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen. Abgeschlagenheit wurde in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe von 70% (n=340) der ProbandInnen ohne Paracetamol und von 71% (n=40) mit Paracetamol berichtet, dagegen nur von 48% (n=227) ohne und 46% (n=26) mit Paracetamol in der Kontrollgruppe. Kopfschmerzen wurde in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe von 68% (n=331) der ProbandInnen ohne Paracetamol und von 61% (n=34) mit Paracetamol berichtet, dagegen nur von 41% (n=195) ohne und 37% (n=21) mit Paracetamol in der Kontrollgruppe. Weitere häufige systemische Reaktionen in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe waren Muskelschmerzen (60% ohne Paracetamol, 48% mit Paracetamol), Abgeschlagenheit (61% bzw. 48%), Schüttelfrost (56% bzw. 27%), Fieber bis mind. 38°C (18% und 16%) und Fieber bis mind. 39°C (2% und 0). Im Vergleich dazu hatten in der MenACWY-Gruppe <1% Fieber bis 38°C (keiner dieser Probanden hatte Paracetamol erhalten). Die Intensität der lokalen und systemischen Reaktionen war am 1. Tag nach Impfung am stärksten ausgeprägt.

Es wurden keine schweren unerwünschten Wirkungen in Assoziation mit der ChAdOx1 nCoV-19-Impfung beobachtet.

In der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe erreichte sowohl die spezifische T-Zellantwort am 14. Tag als auch die Antikörperantwort am 28. Tag nach erster Impfung ihr erstes Maximum, die beide durch die zweite Impfstoffdosis gesteigert wurden. Neutralisierende Antikörper wurden nach der ersten Dosis bei 91% der ProbandInnen und nach der zweiten Dosis bei 100% der ProbandInnen nachgewiesen (7).

In der anschließenden Phase 2 Studie (NCT04400838) wurden zwischen Mai und August 2020 560 TeilnehmerInnen eingeschlossen: 160 im Alter von 18–55 Jahren (100 erhielten ChAdOx1 nCoV-19; 60 erhielten MenACWY), 160 im Alter von 56–69 Jahren (120 ChAdOx1 nCoV-19; 40 MenACWY) und 240 im Alter von 70 Jahren und älter (200 ChAdOx1 nCoV-19; 40 MenACWY) (8). Es wurde ein Ein- und ein Zweidosenschema untersucht.

Lokale und systemische Reaktionen wurden häufiger in der ChAdOx1 nCoV-19-Gruppe als in der MenACWY-Gruppe registriert und waren insgesamt den in der Phase 1-Studie gemachten Beobachtungen ähnlich. ChAdOx1 nCoV-19 wurde von älteren Probanden (im Alter von ≥ 56 Jahren) besser vertragen als von jüngeren Personen und hatte über alle Altersgruppen hinweg eine ähnliche Immunogenität nach der 2. Dosis. Unter den ProbandInnen, die nach dem Zweidosenschema ChAdOx1 nCoV-19 erhalten hatten, wurden nach der ersten Dosis lokale Reaktionen bei 88% der 18-55-Jährigen, 73% der 56–69-Jährigen und 61% der ≥ 70 -Jährigen beobachtet. Systemische Reaktionen wurden bei 86%, 77% und 65% der mit ChAdOx1 nCoV-19 Geimpften in den o.g. Altersgruppen berichtet. Bis zum 26. Oktober 2020 wurden 13 schwere unerwünschte Reaktionen über alle Altersgruppen und in beiden Impfstoffgruppen gemeldet. Diese wurden jedoch nicht als vakzineassoziiert gewertet. Sie traten in Häufigkeiten auf, die den erwarteten Häufigkeiten in der Allgemeinbevölkerung entsprachen (8).

Challenge-Studien in NHP zu AZD1222

In einer sogenannten Challenge-Studie wurde die Effektivität von ChAdOx1 nCoV-19 28 Tage nach Impfung von sechs Rhesusaffen untersucht (103). Drei weitere Tiere wurden mit einer Kontrollvakzine geimpft (ChAdOx1 green fluorescent protein (GFP)). Die ChAdOx1 nCoV-19-Versuchstiere erhielten die Hälfte der in menschlichen ProbandInnen verwendeten Dosierung.

Spike-spezifische Antikörper wurden 14 Tage nach der Impfung detektiert. Vor dem Challenge zeigten alle mit ChAdOx1 nCoV-19 geimpften Tiere eine Spike-spezifische Immunantwort mit

neutralisierenden Antikörpern und entsprechenden T-Zellen. Wenige Tage nach Inokulation von SARS-CoV-2 in den oberen und unteren Respirationstrakt zeigten alle Kontrolltiere und drei von den sechs ChAdOx1 nCoV-19 geimpften Tieren eine deutliche Tachypnoe (beschleunigte Atemfrequenz), die bei den Kontrolltieren etwas länger anhielt. In der bronchoalveolären Lavage-Flüssigkeit und Gewebe der tiefen Atemwege war die Viruslast signifikant geringer bei den ChAdOx1 nCoV-19 geimpften Tieren. Pneumonien ließen sich bei den Geimpften nicht nachweisen. Allerdings hatten alle Tiere von Tag 1 bis Tag 7 nach Inokulation positive PCR Abstriche aus der Nase und es konnten keine Unterschiede in der nasalen Viruslast zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (103).

Daten aus Phase 3 Studien zu AZD1222

Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor.

8. Systematischer Review zur Sicherheit und Wirksamkeit

8.1. Methodik des systematischen Reviews

Zur Untersuchung der Effektivität und Sicherheit der Impfung gegen COVID-19 wurde durch die Geschäftsstelle (GS) der STIKO ein sogenannter *Living Systematic Review* initiiert. Es ist geplant, über einen definierten Zeitraum (01.11.2020 bis 30.06.2022) die Evidenz kontinuierlich systematisch aufzuarbeiten und in zuvor definierten Schritten zu aktualisieren, um zeitnah mögliche Veränderungen der Evidenzlage zu erfassen und bewerten zu können und dadurch ggf. notwendige Anpassungen der STIKO-Empfehlung zu ermöglichen. Das Protokoll des Reviews wurde mit der verantwortlichen STIKO-AG sowie mit einer international besetzten Arbeitsgruppe, die durch das ECDC koordiniert wird, abgestimmt und in PROSPERO veröffentlicht (Reg.-Nr. CRD42020208935).

Durch die STIKO-AG und ihre GS wurden im Vorfeld PICO-Fragen für den systematischen Review entwickelt und mit der STIKO abgestimmt (Tabelle 4) und die Wichtigkeit der zu betrachtenden Endpunkte bewertet (Tabelle 5).

Tabelle 4: PICO Fragen für den systematischen Review zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe

Population	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamte Bevölkerung - Spezielle Sub- und Altersgruppen nach Priorisierung (medizinisches Personal, Risikopersonen, ggf. vorbestehende Immunität, etc.) - Erwachsene \geq 18 Jahre - Kinder und Jugendliche 	
Intervention	COVID-19-Impfung <ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Impfstoffkandidaten, die in Deutschland voraussichtlich zugelassen werden 	
Comparator (Vergleichsintervention)	<ul style="list-style-type: none"> - keine Impfung - Placebo oder Impfung gegen einen anderen Erreger (z.B. Meningokokken) - anderer COVID-19-Impfstoff (head to head-Vergleich) 	
Outcome	Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> - SARS-CoV-2*-Infektion - SARS-CoV-2-Infektion +Transmission - COVID-19* - COVID-19*-Hospitalisierung - COVID-19*, ITS-pflichtig - COVID-19*, beatmungspflichtig - COVID-19*-bedingter Tod - Schutzdauer - Wirksamkeit bei unvollständigen Impfserien *labordiagnostisch gesichert (PCR)	Sicherheit <ul style="list-style-type: none"> - Lokalreaktionen - Systemische Reaktionen - Schwere unerwünschte Impfstoffwirkungen - Verstärkung einer nachfolgenden SARS-CoV-2-Infektion bzw. Verschlimmerung des Verlaufs einer COVID-19-Erkrankung („Enhanced COVID-19“)

Tabelle 5: Endpunkte die im systematischen Review betrachtete werden (*labordiagnostisch gesichert (PCR))

Wirksamkeit	Bewertung
SARS-CoV-2*-Infektion +Transmission	wichtig
COVID-19*	wichtig
COVID-19*-Hospitalisierung	kritisch
COVID-19*-Hospitalisierung (ITS-pflichtig)	kritisch
COVID-19*-Hospitalisierung (beatmungspflichtig)	kritisch
COVID-19*-bedingter Tod	kritisch
Sicherheit	
Lokalreaktionen (Schmerz, Schwellung, Rötung, ...)	wichtig
Systemische Reaktionen (Myalgien, Übelkeit, Fatigue, ...)	wichtig
Schwere Impfstoffwirkungen	kritisch
Adverse Events of Special Interest (AESI) nach CEPI Kriterien, z.B. enhanced COVID-19, Guillain-Barré Syndrom, etc.	kritisch

Für die systematische Literaturrecherche erfolgt eine Suche in der COVID-19 Literaturdatenbank der Bibliothek des RKI. Diese erfasst sämtliche COVID-19-relevanten Einträge in den Datenbanken *PubMed* und *Embase* (incl. *Medline*) sowie auf den *Pre-Print Servern ArRxiv, BioRxiv, ChemRxiv, MedRxiv, Preprints.org, ResearchSquare* und *SSRN*. Im Rahmen des *living systematic review* wird diese Recherche zukünftig in monatlichen Abständen wiederholt werden.

Im ersten Schritt werden zunächst die Titel und Abstracts der identifizierten Publikationen von zwei unabhängigen Untersuchern auf das Zutreffen der durch die PICO-Fragen definierten Einschlusskriterien überprüft. Anschließend wird dieser Schritt für die verbliebenen Volltexte der Publikationen wiederholt. Aus den so identifizierten Studien werden folgende Daten/Angaben extrahiert: bibliographische Daten, Studienort, Studienzeitraum, Studiendesign, Impfstoff, Hersteller, Anzahl Dosen, Vergleichsgruppe, Studien sponsoring, Interessenkonflikt, Ein- und Ausschlusskriterien für StudienteilnehmerInnen, Alter bei Impfung, Nachbeobachtungszeitraum, initiale und finale Anzahl StudienteilnehmerInnen, % seropositive StudienteilnehmerInnen (bei Studienbeginn), Anzahl (%) mit Endpunkt in Interventions- und Kontrollgruppe, unadjustierter und adjustierter Studienschätzer (mit 95% Konfidenzintervall), berücksichtigte Störgrößen (bei nicht-randomisierten Studien).

Das Verzerrungsrisiko (*risk of bias*) wird für RCTs mittels des Cochrane *risk of bias tool-2* (RoB-2) bewertet. Auf nicht-randomisierte Studien wird ROBINS-I angewandt. Für den *living systematic review* wird vorab festgelegt, dass im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung identifizierte Studien unverzüglich bewertet werden.

Im Protokoll des *living systematic review* ist definiert, dass bei Vorliegen von Effektschätzern aus mehreren Studien ggf. Meta-Analysen mittels *fixed-effects* und/oder *random-effects* Modellen durchgeführt werden, wobei I^2 zur Untersuchung von Heterogenität verwendet wird. Liegen mindestens 10 Studien pro Endpunkt vor, erfolgt eine Untersuchung von möglichem Publikationsbias mittels *funnel plot*, Begg's Test und Egger's Test. Im Rahmen des *living systematic review* werden neu identifizierte Studienschätzer der Auswertung und, wenn zutreffend, den Meta-Analysen hinzugefügt. Zusätzlich wird im Protokoll festgelegt, dass für folgende Studiencharakteristika Subgruppen-Analysen durchgeführt werden, falls die Daten dies erlauben: Impfstofftyp; Altersgruppe; Studienort; %Seropositive StudienteilnehmerInnen; Risikogruppen.

Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird für jeden Endpunkt gemäß der Methodik der GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) Working Group bestimmt.

8.2. Ergebnisse des systematischen Reviews

Mit Stand 07.12.2020 liegen noch keine Publikationen zu Phase 3-Studien mit COVID-19-Impfstoffen vor.

9. Impfziele

Das primäre Ziel einer COVID-19-Impfempfehlung für Deutschland ist es, schwere Verläufe und Tod durch COVID-19 bestmöglich zu reduzieren. In Abhängigkeit von der Wirksamkeit der Impfstoffe soll durch die Empfehlung auch die Transmission von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung reduziert werden. Folgende Impfziele wurden formuliert:

- ❖ Schutz von Personen mit einem erhöhten Risiko für schwerer Verläufe und Tod durch COVID-19
- ❖ Schutz von Personen mit erhöhtem SARS-CoV-2 Infektionsrisiko (berufliche Indikation)
- ❖ Reduktion der Transmission von SARS-CoV-2
- ❖ Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens

10. Risiko- und Indikationsgruppen für die Impfempfehlung

Einzelne Personen können mehreren unterschiedlichen Risiko- und/oder Indikationsgruppen zugeordnet werden. Die Priorisierung erfolgt dann nach dem am höchsten priorisierten Risiko, bzw. Indikation.

10.1. Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf

Der überwiegende Teil der COVID-19-PatientInnen hat eine gute Prognose. Es gibt jedoch eine Reihe von individuellen Risikofaktoren, die sich negativ auf die Schwere der Erkrankung und den Krankheitsverlauf auswirken. Das zunehmende Alter ist der unabhängige Faktor, der mit Abstand die höchste Risikoerhöhung mit sich bringt. Daneben spielen bestehende Vorerkrankungen und eine Schwangerschaft eine untergeordnete Rolle (104, 105). Im Folgenden wird die Evidenz bezüglich dieser Risiken dargestellt und ihre Ausprägung eingeordnet.

10.1.1. Personen im Alter ≥ 60 Jahre

In einer prospektiven Kohortenstudie wurde bei über 20.000 PatientInnen, die während der ersten Infektionswelle zwischen Februar und April 2020 im Vereinigten Königreich aufgrund einer COVID-19-Erkrankung hospitalisiert wurden, die Risiken für einen tödlichen Verlauf bestimmt (106). Das mediane Alter der Erkrankten betrug 73 Jahre (Interquartil range: 58-82); der Anteil an Männern 59,9%. Nach Adjustierung auf Komorbiditäten korreliert das zunehmende Alter bei hospitalisierten PatientInnen mit der Wahrscheinlichkeit für einen tödlichen Verlauf der Erkrankung. Bezogen auf das Referenzalter <50 Jahre beträgt die Hazard ratio im Alter von 50-59 Jahren 2,63 (95% KI 2,06-3,35; $p < 0,001$); im Alter von 60-69 Jahren 4,99 (95% KI 3,99-6,25; $p < 0,001$); im Alter von 70-79 Jahren 8,51 (95% KI 6,85-10,57; $p < 0,001$) und im Alter ≥ 80 Jahren 11,09 (95% KI 8,91-13,77; $p < 0,001$). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt eine retrospektive Kohortenstudie, die 1.904 PatientInnen einschloss, die an deutschen Krankenhäusern zwischen Februar und Juni 2020 aufgrund einer COVID-19-Erkrankung stationär aufgenommen worden waren (107). Das mediane Alter der Erkrankten betrug 73 Jahre und 48,5% waren Frauen. Bezogen auf das Referenzalter von 60-69 Jahren beträgt die Hazard ratio für eine tödlich verlaufende Erkrankung bei hospitalisierten COVID-19 PatientInnen im Alter von 70-79 Jahren 2,75 (95% KI 1,69-4,47; $p < 0,001$) und im Alter von ≥ 80 Jahren 4,11 (95% KI

2,57-6,58; $p < 0,001$). Eine Kohortenstudie in England untersuchte die Risikofaktoren für den Tod an COVID-19 in der Allgemeinbevölkerung zwischen Februar und Mai 2020 (108). Analysiert wurden die Daten von über 17 Mio. PatientInnen aus der hausärztlichen Versorgung. Zunehmendes Alter und der Tod an COVID-19 weisen eine starke Assoziation auf. Nach Adjustierung beträgt die Hazard ratio bezogen auf das Referenzalter von 50-59 Jahren im Alter von 60-69 Jahren 2,40 (95% KI 2,16-2,66); im Alter von 70-79 Jahren 6,08 (95% KI 5,52-6,69) und im Alter ≥ 80 Jahren 20,61 (95% KI 18,72-22,7).

10.1.2. Personen mit Vorerkrankungen

Zur Untersuchung der Frage, welche Vorerkrankungen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 einhergehen, wurde durch das RKI eine systematische Analyse in Form eines sogenannten *umbrella review* (Überblick über publizierte einzelne Review-Artikel) durchgeführt (*International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) Protokoll Nummer: CRD42020215846). Hierzu wurden unter Nutzung der COVID-19 Datenbank der Bibliothek des RKI *Pubmed* und *Embase* (inkl. *Medline*) sowie die *Pre-Print Server ArRxiv*, *BioRxiv*, *ChemRxiv*, *MedRxiv*, *Preprints.org*, *ResearchSquare* und *SSRN* durchsucht (s. Anhang für Suchstrategie; letzte Suche: 25.09.2020).

Eingeschlossen in die Analyse wurden systematische Reviews in englischer oder deutscher Sprache (unabhängig davon, ob in den Reviews eine Metaanalyse durchgeführt wurde oder nicht), die ab dem 1. Januar 2020 publiziert wurden und in denen die Beziehung zwischen mindestens einer Vorerkrankung und mindestens einem der folgenden Endpunkte untersucht wurde:

- Symptomatische SARS-CoV-2 Infektion
- Schwere COVID-19 Erkrankung: Hospitalisierung und Tod

Außerdem musste in den eingeschlossenen systematischen Reviews ein quantitatives Maß für die Assoziation zwischen Vorerkrankung und Endpunkt berichtet sein (in der Regel *Odds ratio* (OR), relatives Risiko (RR) oder *Hazard ratio* (HR); jeweils mit 95% Konfidenzintervall).

Aus den so identifizierten systematischen Reviews wurden die Daten zu den o.g. Assoziationen aus denjenigen Studien extrahiert, die in Europa oder Nordamerika durchgeführt worden waren und mindestens auf das Lebensalter der StudienteilnehmerInnen adjustiert hatten. Zusätzlich wurden die Charakteristika der Primärstudien extrahiert sowie die von den jeweiligen Review-Autoren durchgeführten Bewertungen des Verzerrungsrisikos (*risk of bias*). Alle Analyseschritte wurden von zwei unabhängigen Untersuchern durchgeführt.

Wenn mehr als ein Studienschätzer für einen Endpunkt vorlag, wurde eine Metaanalyse (*random-effects* Modell) durchgeführt, wobei OR, RR und HR analysiert wurden und das Ausmaß der Heterogenität zwischen den Studienschätzern mittels I^2 -Statistik erfasst wurde. Die Qualität der Evidenz zu jedem Endpunkt wurde für jede Vorerkrankung mit Hilfe der GRADE-Methodik beurteilt (nach PRECEPT (109)).

Diese Suchstrategie identifizierte 1.858 Einträge in der Datenbank des RKI. Nach Durchsicht der Titel und Abstracts verblieben 96 systematische Reviews. Um die Vergleichbarkeit mit der Situation in Deutschland zu erhöhen, wurden 44 Reviews aus der weiteren Analyse ausgeschlossen, die ausschließlich Primärstudien aus asiatischen Ländern enthielten. Aus den verbliebenen 52 systematischen Reviews wurden die enthaltenen 196 Primärstudien gesichtet.

Von den potentiell relevanten 196 Primärstudien berichteten 70 Studien altersadjustierte Schätzer. Hiervon wiederum enthielten 32 Studien Daten zu den Endpunkten Hospitalisierung und Mortalität. Aus diesen 32 Primärstudien wurden Daten extrahiert, die nachfolgend berichtet werden.

Table 6 zeigt die Ergebnisse für den **Endpunkt Hospitalisierung**. Für die meisten Erkrankungen waren die Risikoerhöhungen moderat d.h. Effektschätzer < 2: das Risiko war zwar erhöht, aber nicht verdoppelt. Dies bedeutet für jüngere Menschen (< 60 Jahre) mit geringer Wahrscheinlichkeit bei einer Covid-19 Erkrankung hospitalisiert zu werden, dass auch bei Vorliegen des Risikofaktors die Wahrscheinlichkeit hospitalisiert zu werden, immer noch gering ist und deutlich niedriger als bei älteren Menschen. Nur für Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und Organtransplantationen lag der Effektschätzer über 2, für Adipositas knapp unter 2.

Table 6: Geschätzte, altersadjustierte Risiken durch Vorerkrankungen für eine Hospitalisation aufgrund von COVID-19

Krankheit/Erkrankungsgruppe	Effektschätzer* (95%CI)	I ² (%)	Studien	# PatientInnen	GRADE Evidenzqualität
Herz/Kreislauf					
Arrhythmie oder Vorhofflimmern	1,38 (1,20-1,71)	0,00	2	9.841	+++
Herzinsuffizienz	2,60 (1,56-4,34)	62,86	4	16.292	+++
Koronare Herzkrankheit (KHK)	1,08 (0,81-1,44)	NA	1	5.279	+++
Arterielle Hypertonie	1,74 (1,57-1,93)	0,00	5	16.614	++++
Metabolismus					
Diabetes mellitus	2,09 (1,83-2,38)	12,32	6	17.303	++++
Übergewicht/Adipositas	1,94 (1,73- 2,18)	0,00	5	16.251	++++
Chronische Nierenerkrankungen	2,24 (1,28-3,90)	83,7	4	15.809	+++
Chronische Lebererkrankungen [†]	1,30 (1,10-1,60)	NA	1	500	+++
Krebs					
Krebserkrankungen	1,15 (0,83-1,59)	27,5	3	10.893	+++
Lunge					
Asthma	1,64 (1,14-2,36)	0,00	3	2.063	+++
COPD	1,78 (1,11-2,86)	0,00	3	2.063	+++
ZNS					
Zerebrovaskuläre Erkrankung oder Apoplex	1,30 (1,03-1,64)	0,00	2	9.841	++++
Demenz [‡]	0,82 (0,41-1,65)	93,35	2	111.510	++
Immundefizienz					
Autoimmunerkrankung [‡]	1,08 (1,01-1,17)	NA	1	109.367	+++
Immundefizienz [†]	1,14 (0,75-1,75)	NA	1	1.542	+++
Rheumatologische Erkrankung	1,40 (1,10-1,80)	NA	1	9.519	+++
Z.n. Organtransplantation	2,70 (1,30-5,40)	NA	1	9.519	+++

*Effektschätzer Odds ratio falls nicht anders angegeben; [†]Risk ratio estimate; [‡]Hazard ratio estimate; NA= not applicable

Tabelle 7 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für den **Endpunkt Mortalität**. Hierbei waren die Effektschätzer meist deutlich niedriger – meist sogar unter 1,5. Nur für Organtransplantationen erhöhte sich der Effektschätzer auf 4,2, für Demenz auf 2,24. Dies bedeutet, dass für jüngere Menschen (<60 Jahre) auch bei Vorliegen einer Vorerkrankung die Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu sterben deutlich niedriger ist als bei älteren Menschen, unabhängig davon, ob sie vorerkrankt sind oder nicht.

Tabelle 7: Geschätzte Risiken durch Vorerkrankungen für Mortalität aufgrund von COVID-19

Krankheit/Erkrankungsgruppe	Effektschätzer* (95%CI)	I ² (%)	Studien	# PatientInnen	GRADE Evidenz-qualität
Herz/Kreislauf					
Arrhythmie oder Vorhofflimmern	1,37 (1,07-1,74)	0,00	2	2.704	++++
Herzinsuffizienz	1,41 (1,09-1,82)	45,57	6	8.082	+++
Koronare Herzkrankheit (KHK)	1,29 (1,09-1,53)	0,00	4	5.378	+++
Arterielle Hypertonie	1,11 (0,98-1,26)	0,00	8	8.774	+++
Metabolismus					
Diabetes mellitus	1,37 (1,22-1,56)	0,00	9	8.388	++++
Übergewicht/Adipositas	1,82 (1,40-2,37)	65,76	8	9.379	+++
Chronische Nierenerkrankungen	1,70 (1,46-1,97)	0,00	8	8.296	++++
Chronische Lebererkrankungen [‡]	1,51 (1,21-1,88)	NA	1	15.194	+++
Krebs					
Krebserkrankungen [‡]	1,15 (1,05-1,24)	0,00	4	22.480	++++
Lunge					
Asthma	0,55 (0,32-0,97)	0,00	2	1.136	+++
COPD [‡]	1,15 (1,03-1,29)	NA	1	8.582	+++
ZNS					
Zerebrovaskuläre Erkrankung/ Apoplex	1,21 (0,82-1,78)	23,9	3	2.942	+++
Demenz	2,24 (1,06-4,72)	68,06	3	2.796	+++
Immundefizienz					
Autoimmunerkrankung [‡]	1,19 (1,06-1,33)	NA	1	8.582	+++
Immunsuppression [†]	1,39 (1,13-1,70)	NA	1	2.490	+++
Rheumatologische Erkrankung [‡]	0,87 (0,66-1,16)	NA	1	2.490	+++
HIV Infektion	1,32 (0,24-7,36)	NA	1	614	+++
Z.n. Organtransplantation	4,20 (1,60-11,40)	NA	1	2.090	+++

*Effektschätzer Odds ratio falls nicht anders angegeben; †Risk ratio; ‡Hazard ratio; NA= not applicable

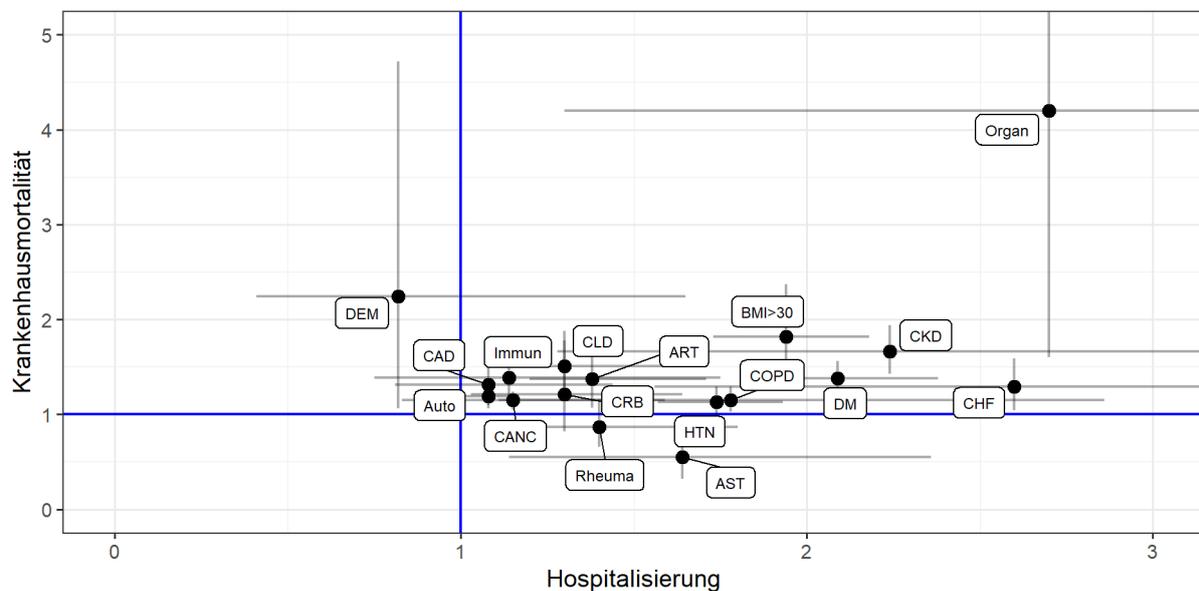
Limitationen dieser Analyse ergeben sich insbesondere aus den z.T. differierenden Definitionen der Vorerkrankungen in den Primärstudien, aber auch aus dem Fehlen von Angaben zum Krankheitsstadium bzw. zur Therapie. Hierdurch könnte es zu einer Unterschätzung der Effekte von akuten und/oder schweren Ausprägungsgraden von Vorerkrankungen gekommen sein. Interaktionen zwischen Alter und Vorerkrankungen wurden in den Studien nicht untersucht. Es sind nicht alle relevanten

Vorerkrankungen erfasst, sondern nur die, die in den systematischen Reviews berichtet wurden. Seltene Vorerkrankungen können fehlen. Eine Aktualisierung des *umbrella reviews* wird momentan vorgenommen. Ggf. wird die Liste bei Vorliegen neuer Evidenz angepasst.

Bezüglich seltener Erkrankungen wurden Daten zur Gruppe der Menschen mit Trisomie 21 ausgewertet. Diese war in den systematischen Reviews nicht eingeschlossen. Studien aus England (110) und den USA (111), sowie Einzelfallberichte (112, 113) belegen die Schwere von COVID-19 bei PatientInnen mit Trisomie 21. Die Autoren weisen darauf hin, dass diese PatientInnen auch aufgrund der zahlreichen risikobehafteten Komorbiditäten (z.B. schwere angeborene Herzfehler, Störungen der Immun- und Lungenfunktion) ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf haben. In einer großen bevölkerungsbezogenen Kohortenstudie aus England die Daten von 8,26 Mio. Erwachsenen analysierte, wurde geschätzt, dass das adjustierte Risiko bei PatientInnen mit Down-Syndrom für einen COVID-19-bedingten Tod im Vergleich zur Normalbevölkerung 10-fach [HR: 10,4 (95% KI 7,1-15,2)] erhöht und für den COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalt 5-fach [HR: 5,0 (95% KI 3,6-6,7)] erhöht ist (114).

10.1.3. Gemeinsame Betrachtung der individuellen Risiken von Alter und Vorerkrankungen für COVID-19-assoziierte Hospitalisierung und Mortalität

Zur integrativen Interpretation der Daten zu Hospitalisierung und Mortalität wurde zusätzlich eine Clusteranalyse durchgeführt. Ziel war es, die jeweiligen Risikoerhöhungen für die beiden untersuchten Endpunkte gemeinsam darzustellen. *Abbildung 6* zeigt die Ergebnisse dieser Analyse.



ART, arrhythmia or atrial fibrillation; CHF, congestive heart failure; CAD, coronary artery disease; HTN, hypertension; DM, diabetes; BMI>30, obesity and overweight; CANC, cancer; AST, asthma; COPD, COPD; CKD, chronic kidney disease; CLD, chronic liver disease; CRB, cerebrovascular or stroke; DEM, dementia; Auto, autoimmune condition; Immun, immunodeficiency or immunosuppressed state; Rheuma, rheumatological disease; Organ, organ transplant history (Trisomie 21 wegen der besseren Übersichtlichkeit nicht dargestellt, s. Abb. 8)

Abbildung 6: Cluster-Analyse der Risiken von Vorerkrankungen auf Hospitalisation und Mortalität von COVID-19

In einer weiteren Cluster-Analyse wurden aus den Studien des *Umbrella-Reviews* Daten zum altersassoziierten Risiko für Hospitalisierung und Tod extrahiert und in dieselbe Darstellung überführt. Hierbei konnten Daten zu den Altersgruppen 60-69, 70-79 Jahre sowie ≥ 80 Jahre analysiert werden, die jeweils auf das Vorliegen von Vorerkrankungen adjustiert waren. *Abbildung 7* zeigt, dass die Risiken in

diesen Altersgruppen unabhängig vom Vorliegen einer Vorerkrankung deutlich über denjenigen der o.g. Vorerkrankungsgruppen liegen, mit Ausnahme der Trisomie 21.

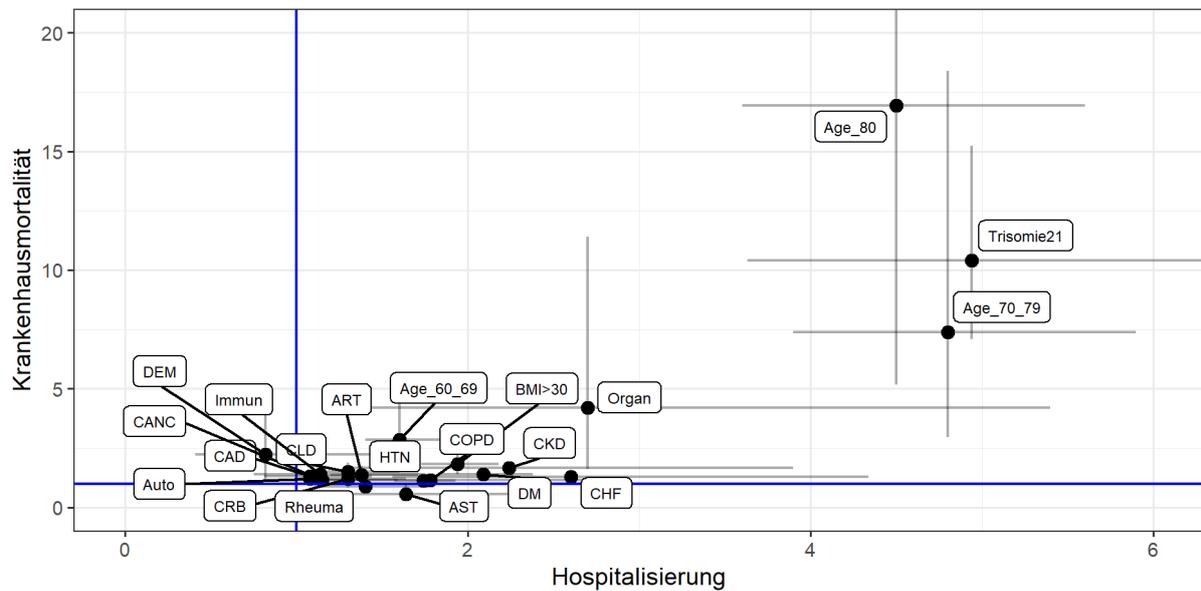


Abbildung 7: Cluster-Analyse der Risiken von Vorerkrankungen und Alter auf Hospitalisation und Mortalität von COVID-19

Zusammengefasst lässt sich aus den Ergebnissen des *umbrella reviews* und der Cluster-Analyse schlussfolgern, dass Personen in der Altersgruppe ≥ 80 Jahren das höchste Risiko für einen tödlichen Verlauf von COVID-19 aufweisen. Hieran schließen sich die Gruppen der Menschen mit Trisomie 21 an, gefolgt von 70 bis 79 Jahre alten Personen (Abbildung 7).

Tabelle 8: Effektschätzer für die Risiken von Alter und Vorerkrankungen für die COVID-19-assoziierte Hospitalisierung (links) und Mortalität (rechts; sortiert nach Größe des Effektschätzers für Mortalität)

Risiken (Alter und Vorerkrankungen)	Hospitalisierung				Mortalität			
	Schätzer	Wert	95%-KI		Schätzer	Wert	95%-KI	
Alter ≥80 Jahre	OR	4,5	3,6	5,6	pOR	16,9	5,16	55,6
Trisomie 21	HR	4,94	3,6	6,7	HR	10,4	7,08	15,2
Alter 70-79 Jahre	OR	4,8	3,9	5,9	pOR	7,4	2,97	18,4
Organtransplantierte	OR	2,7	1,3	5,4	OR	4,2	1,6	11,4
Alter 60-69 Jahre	OR	1,6	1,4	2	pOR	2,8	1,63	4,9
Demenz	pHR	0,82	0,4	1,7	pOR	2,2	1,06	4,7
Adipositas (BMI >30)	pOR	1,94	1,7	2,2	pOR	1,8	1,4	2,4
Chronische Nierenerkrankung	pOR	2,24	1,3	3,9	pOR	1,7	1,43	1,9
Chronische Lebererkrankung	RR	1,3	1,1	1,6	HR	1,5	1,21	1,9
Immundefizienz	RR	1,14	0,8	1,8	RR	1,39	1,13	1,7
Diabetes mellitus	pOR	2,09	1,8	2,4	pOR	1,38	1,22	1,6
Arrhythmie/Vorhofflimmern	pOR	1,38	1,2	1,7	pOR	1,37	1,07	1,7
HIV-Infektion					OR	1,32	0,24	7,4
Koronare Herzkrankheit	OR	1,08	0,8	1,4	pOR	1,31	1,1	1,6
Herzinsuffizienz	pOR	2,6	1,6	4,3	pOR	1,3	1,04	1,6
Zerebrovaskuläre Erkrankungen/Apoplex	pOR	1,3	1,0	1,6	pOR	1,21	0,8	1,8
Autoimmunerkrankungen	HR	1,08	1,0	1,2	HR	1,19	1,1	1,3
COPD	pOR	1,78	1,1	2,9	HR	1,15	1,03	1,3
Krebserkrankungen	pOR	1,15	0,8	1,6	pHR	1,15	1,1	1,2
arterielle Hypertension	pOR	1,74	1,6	1,9	pOR	1,13	0,99	1,3
rheumatisch Erkrankungen	OR	1,4	1,1	1,8	RR	0,87	0,7	1,2
Asthma bronchiale	pOR	1,64	1,1	2,4	pOR	0,55	0,3	0,97

10.1.4. Schwangere bzw. deren enge Kontaktpersonen

Schwangere Frauen und Frauen im Wochenbett, die an COVID-19 erkrankt waren, zeigten laut einem systematischen Review, der 77 Beobachtungsstudien aus China, USA, Europa, Israel, Japan, Brasilien und Mexiko einschloss, seltener Fieber und Gliederschmerzen als nicht-schwangere COVID-19-Patientinnen derselben Altersgruppe. Im Gegensatz dazu hatten sie aber häufiger einen schweren Verlauf, der die Versorgung auf einer Intensivstation (gepooltes Odds Ratio (gOR) 1,62; 95%KI: 1,33-1,96) und eine assistierte Beatmung notwendig machte (gOR 1,88; 95%KI: 1,36-2,60). Bestehende Komorbiditäten (z.B. Hypertonus, Diabetes mellitus), höheres mütterliches Alter und Adipositas sind Risikofaktoren für einen schweren COVID-19 Verlauf bei Schwangeren (114). Bezüglich Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf wurden 35 Studien mit insgesamt 6.279 Schwangeren und 2.557 Neugeborenen ausgewertet. Schwangere Frauen mit COVID-19 hatten häufiger Frühgeburten (<37 SSW; gOR 3,01; 95%KI: 1,16-7,85) und die Rate der Neugeborenen, die auf einer neonatologischen Intensivstation betreut werden musste, war erhöht (gOR 3,13; 95%KI: 2,05-4,79) gegenüber schwangeren Frauen ohne diese Erkrankung (114). Eine vertikale Transmission auf den Feten ist in Einzelfällen beschrieben (114, 115), scheint jedoch nach derzeitiger Datenlage eher selten vorzukommen (116).

Da die Impfstoffe zumindest initial nicht für Schwangere zugelassen sein werden, sollte in Erwägung gezogen werden, enge Kontaktpersonen von Schwangeren, insbesondere deren PartnerInnen zu

impfen, um die Schwangeren indirekt zu schützen. Bei einer Geburtskohorte von 778.100/Jahr (abzüglich der Mehrlingsgeburten (117)) bestünde für etwa 750.000 enge Kontaktpersonen zu Schwangeren eine Impfindikation.

10.2. Personen mit einem erhöhten arbeitsbedingten Infektionsrisiko

Personen, die berufsbedingt enge Kontakte mit anderen Menschen nicht vermeiden können, sind einem erhöhten Expositionsrisiko ausgesetzt. Das Risiko variiert jedoch je nach Arbeitsbereich und Tätigkeit erheblich. Insgesamt gibt es zum Expositionsrisiko der einzelnen Berufsgruppen keine gute Studienlage, für einige Berufsgruppen sind gar keine Daten vorhanden. Bei fehlender Evidenz wurde die Rationale für die einzelnen zu impfenden Gruppen durch Expertenkonsens erzielt.

10.2.1. Personal in medizinischen Einrichtungen

Personal in medizinischen Einrichtungen steht in vorderster Reihe im Einsatz gegen die Pandemie. COVID-19 Erkrankungen und -Todesfälle unter medizinischem Personal werden weltweit berichtet und stellen neben den individuellen persönlichen und familiären, teilweise schwerwiegenden Auswirkungen eine Herausforderung für die **Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung** dar (118). Die Funktionsfähigkeit von medizinischen Einrichtungen wird, zum einen direkt durch Infektionen beim Personal, zum anderen durch die dann ggf. erforderlichen weiteren Schutzmaßnahmen (Quarantäne von Kontaktpersonen) erheblich beeinträchtigt. Diese können zu Praxis-, Abteilungs- oder Stationsschließungen führen. Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) reduziert zwar die Infektionsrisiken, das Tragen derselben kann jedoch mit einer erheblichen Belastung und u.U. Arbeiterschwernis verbunden sein.

Laut dem Statistischen Bundesamt sind in Deutschland etwa 5 Mio. Menschen in medizinischen Einrichtungen inkl. Apotheken tätig. Es ist davon auszugehen, dass Vorerkrankungen, die mit einem schweren Verlauf von COVID-19 assoziiert sind, im selben Maße bei medizinischem Personal auftreten wie unter der übrigen Bevölkerung in den gleichen Altersgruppen. Personen, die in medizinischen Einrichtungen arbeiten, haben zusätzlich zum Risiko, sich im privaten Umfeld zu infizieren, während der Berufsausübung ein erhöhtes Infektionsrisiko (119, 120). Es besteht eine große Variabilität hinsichtlich ihres **arbeitsbedingten Expositionsrisikos** aufgrund unterschiedlicher Einsatzbereiche (121, 122) und Tätigkeiten (119). Ein hohes oder besonders hohes Expositionsrisiko gegenüber SARS-CoV-2 kann bei der intensivmedizinischen Betreuung von COVID-19 PatientInnen (121), in Notaufnahmen (122) und beim Ausüben aerosolgenerierender oder gesichtsnaher Tätigkeiten (121, 123-125) sowie bei der Betreuung von bislang unerkannten SARS-CoV-2-PatientInnen bestehen.

Medizinisches Personal kann zur Transmission von SARS-CoV-2 in Krankenhaus, Praxis oder bei anderen Kontakten beitragen. Das Risiko der Transmission ist insbesondere zum **Schutz von besonders vulnerablen Patientengruppen**, wie sie z.B. in der Geriatrie oder Onkologie anzutreffen sind, zu bedenken.

Unter Berücksichtigung aller drei Aspekte (Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung, Schutz von Personen mit einem hohen Expositionsrisiko und Schutz von vulnerablen Patientengruppen) wurden nach Expertenkonsens für das Personal in medizinischen Einrichtungen Untergruppen gebildet, denen eine unterschiedliche Priorität für eine Impfung eingeräumt werden soll (*Table 9*).

Tabelle 9: Personal in medizinischen Einrichtungen nach Tätigkeitsbereichen und dessen Priorität für eine Covid-19 Impfung

Personal in medizinischen Einrichtungen	Beispiele für Tätigkeitsbereiche/Personengruppen	Priorität für eine Impfung
mit besonders hohem Expositionsrisiko	Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 PatientInnen, Rettungsdienst, Beschäftigte aus Bereichen in denen infekti-onsrelevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden, z.B. Bronchoskopie	sehr hoch
mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen	Altenpflegeheime, Stationen für Geriatrie, Transplantationsmedizin, Hämato-Onkologie, Geburtshilfe, Neonatologie	sehr hoch
mit hohem Expositionsrisiko	Infektionsstationen, hausärztliche und pädiatrische Praxen; KV-Notdienst, Patiententransport von NotfallpatientInnen; HNO-, Augen-, Zahn-Klinik oder Praxis (enge Kontakte, dokumentierte Infektionsfälle bei med. Personal)	hoch
mit moderatem Expositionsrisiko	Anderer niedergelassene Ärzte, z.B. aus der Dermatologie, Orthopädie; Reinigungspersonal in Kliniken und Praxen	moderat
in relevanten Positionen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur, Öffentlicher Gesundheitsdienst	Mitarbeitende in der IT oder Krankenhaustechnik	moderat
mit geringem Expositionsrisiko	Personal, welches keine PatientInnen mit (Verdacht auf) Infektionskrankheiten betreut und keine aerosolgenerierenden Tätigkeiten durchführt	erhöht

10.2.2. Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Pflege sowie andere in Pflegeeinrichtungen Tätige

Ende Dezember 2017 wurde die ambulante Pflege in Deutschland durch 14.100 Pflegedienste mit 390.300 Beschäftigten gewährleistet und die voll- beziehungsweise teilstationäre Pflege von etwa 14.500 Pflegeheimen mit 764.600 Beschäftigten.

Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen und Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung haben aufgrund des direkten Kontaktes mit Pflegebedürftigen ein hohes Risiko, sich zu infizieren bzw. eine unerkannte eigene SARS-CoV-2-Infektion auf die zu Pflegenden zu übertragen. Sie können bei den notwendigen Pflegemaßnahmen die Kontaktbeschränkungs- und Infektionsschutzmaßnahmen nicht immer einhalten, da enger Personenkontakt im Rahmen der Pflege unerlässlich ist.

Nach Ergebnissen der deutschlandweiten Befragung zur Situation in der Langzeitpflege ist das SARS-CoV-2-Infektionsrisiko der Beschäftigten gegenüber der Normalbevölkerung 6-fach erhöht (126). Fast jedes fünfte Pflegeheim und jeder zehnte ambulante Pflegedienst sind von COVID-19 Erkrankungsfällen bei Mitarbeitenden betroffen. Die Personalsituation in der stationären und ambulanten Pflege war bereits vor Beginn der COVID-19-Pandemie angespannt. Der Personalmangel hat sich durch den Personalausfall von an COVID-19 erkrankten MitarbeiterInnen noch verstärkt.

Neben den regulären Beschäftigten in der teil- und vollstationären Pflege gibt es weitere Personen, die die Einrichtungen regelmäßig betreten und auch als mögliche Infektionsquelle in Betracht kommen und eine Infektionskette auslösen können. Andererseits kann diese Personengruppe auch eine Infektion von Institution zu Institution tragen, da meist mehrere Pflegeheime in ihrem Versorgungsgebiet liegen. Zu dieser Gruppe gehört beispielsweise die Fußpflege, die Frisüre und die Seelsorge etc.

10.2.3. LehrerInnen in Schulen und ErzieherInnen in Kindertagesstätten (Kita)

Laut dem Statistischen Bundesamt sind in Deutschland etwa 800.000 LehrerInnen und 600.000 Kindertagesstätten (Kita)-ErzieherInnen tätig. LehrerInnen und ErzieherInnen in Schulen und Kitas

spielen eine zentrale Rolle als Garanten des Rechts der Kinder und Jugendlichen auf Bildung, Teilhabe, Förderung und Betreuung. Schul- bzw. Kitaschließungen stehen diesem Recht entgegen. Weitestgehende Aufrechterhaltung des Regelbetriebs und Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Kitas und Schulen haben daher eine hohe gesellschaftliche Priorität (127). Gleichzeitig muss das Infektionsrisiko für LehrerInnen und ErzieherInnen so gering wie möglich gehalten werden. Es ist davon auszugehen, dass Vorerkrankungen, die mit einem schweren Verlauf von COVID-19 assoziiert sind, im selben Maße unter LehrerInnen und ErzieherInnen auftreten wie unter der übrigen Bevölkerung in den gleichen Altersgruppen. In einer Stellungnahme legt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V.) dar, wie durch die Einhaltung der für Schulen und Kitas erstellten Hygienepläne und Maßnahmenkataloge das Risiko einer Ansteckung für das Personal deutlich reduziert werden kann (127).

Die Rolle von Kindern und Jugendlichen für die Übertragung von SARS-CoV-2 ist nicht abschließend geklärt. Ob sie dadurch, dass sie häufiger asymptomatisch sind und ein geringeres Ausatemvolumen haben, weniger infektiös als Erwachsene sind, lässt sich aktuell nicht sagen. In Deutschland werden derzeit mehrere SARS-CoV-2-Seroprevalenzstudien unter Kindern und Jugendlichen durchgeführt, um den Anteil der Kinder und Jugendlichen am Infektionsgeschehen in Deutschland zu bestimmen (128). Zwischenergebnisse zu 2.466 Kindern und deren Eltern aus einer Studie aus Baden-Württemberg zeigen, dass die Seroprevalenz mit zunehmendem Alter zunimmt: bei den 1- bis 5-Jährigen lag sie bei 0,6%, bei den 6- bis 10-Jährigen bei 0,9% und bei den Eltern bei 1,8% (129). Bei einer ähnlichen Untersuchung in Sachsen wurde eine Seroprevalenz von 0,7% bei 1.538 Schülern der Klassenstufen 8-11 bestimmt (91). Unter 507 LehrerInnen derselben Schulen betrug die Seroprevalenz nur 0,2% (91).

Nach Einschätzung der DAKJ besteht bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen eine geringere Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen. Zumindest jüngere Kinder (< 14 Jahren) übertragen das Virus seltener als Erwachsene auf andere Personen (127). Des Weiteren postulieren die Autoren unter Berufung auf Studien aus Irland (130) und Australien (131), dass „Lehrer in Schulen und das Personal in Kitas in diesen Einrichtungen bei Einhaltung von basalen Hygienemaßnahmen nur ein geringes Ansteckungsrisiko durch Kontakte zu potentiell infizierten Kindern haben. Dieses Risiko ist im Vergleich zu dem Risiko einer Ansteckung durch Kontakte zu erwachsenen SARS-CoV-2-infizierten Menschen in der Öffentlichkeit oder im privaten Bereich nicht erhöht“ (127).

10.2.4. Beschäftigte im Einzelhandel

In Deutschland sind laut dem Statistischen Bundesamt 3,1 Mio. Personen im Einzelhandel tätig. Beschäftigte im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren zählen zu den Personen, die auch während der Pandemie und während Zeiten weitreichender Schließungen in anderen Bereichen konstant weiter an ihrem angestammten Arbeitsplatz arbeiten und entsprechend Kontakt zu zahlreichen Menschen haben müssen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens. Weder für den Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren noch für andere Branchen liegen Daten aus Deutschland zu Übertragungen von SARS-CoV-2 oder zum Expositionsrisiko der Beschäftigten vor. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat eine „Risiko-schätzung zur Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Beschäftigten im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren“ publiziert (132). In Deutschland sind etwa 780.000 Personen im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren tätig. Für die Einschätzung des Infektionsrisikos wurden Daten aus anderen Bereichen herangezogen. Nach Einschätzung der BAuA wird das Infektionsrisiko maßgeblich von der Prävalenz von SARS-CoV-2 Infektionen in der Bevölkerung bestimmt und

hängt zudem von der Art, Frequenz und Dauer der Kundenkontakte ab. Durch viele eher kurzzeitige Kontakte komme es auch in Ausbruchssituationen nicht zwangsläufig zu Hochrisikokontakten (132).

Seit Beginn der Pandemie sind für alle Bereiche des Einzelhandels weitreichende Schutzmaßnahmen eingeführt worden, die das Infektionsrisiko für die dort Tätigen senken (Plexiglasschutzscheiben an der Kasse, Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung für Kunden und Personal, Begrenzung der Personen, die sich gleichzeitig in einem Geschäft aufhalten dürfen).

10.3. Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur

10.3.1. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD leistet unverzichtbare Arbeit bei der Bekämpfung der Pandemie. Im ÖGD sind ca. 17.000 Personen tätig. In Deutschland gibt es rund 400 lokale Gesundheitsämter. Die Meldung von COVID-19-Fällen erfolgt an die Gesundheitsämter, die dann die entsprechenden Nachforschungen einleiten und Maßnahmen ergreifen. Die Komplettierung und Übermittlung der Daten zu den Fällen, die Nachverfolgung und das Management von Kontaktpersonen, die Inspektion von Einrichtungen, deren Beratung und die Überprüfung der Hygienepläne derselben sind nur einige der Aufgaben der Gesundheitsämter, denen während der Pandemie besondere Bedeutung zukommt. Der stark gestiegene Umfang der Aufgaben während der Pandemie haben zu einem Personalengpass geführt, der gegenwärtig auch durch Rekrutierung fachfernen Personals nur teilweise kompensiert werden kann und die Nachverfolgung von COVID-19-Fällen einschränkt.

10.3.2. Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur

Diverse Gruppen können nach dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zur kritischen Infrastruktur gerechnet werden (133). Im Folgenden wird exemplarisch auf 3 Berufsgruppen eingegangen.

Polizei: In Deutschland sind ca. 334.000 Menschen bei der Polizei tätig (134). Für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung hat die Polizei eine zentrale Rolle. Das Expositionsrisiko gegenüber SARS-CoV-2 ist je nach Tätigkeit und Einsatzgebiet sehr variabel. Direkter Personenkontakt ist zur Erfüllung der Aufgaben teilweise unvermeidbar.

Feuerwehr: 33.549 Personen sind in Deutschland bei der Berufs- und 997.603 bei der Freiwilligen Feuerwehr tätig (135). Die Einsatzkräfte können auf verschiedenste Art in Kontakt mit Personen kommen, bei denen der Verdacht einer SARS-CoV-2 Infektion besteht oder die bereits erkrankt sind: zum Beispiel im Rahmen von Erstversorgungen, technischen Rettungen oder Amtshilfe für Gesundheitsbehörden.

Persönliche Schutzkleidung kann das Infektionsrisiko deutlich senken, sofern sie korrekt getragen wird.

ÖPNV: Der Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V. (VDV) hat in einer Presserklärung am 29.10.2020 mitgeteilt, dass laut einer aktuellen Umfrage unter MitarbeiterInnen im Öffentlichen Personennahverkehr nur eine sehr geringe Zahl an SARS-CoV-2-Infektionen aufgetreten ist (136). Bei den fast 80.000 Beschäftigten sind seit Beginn der Pandemie 233 bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen registriert worden. Der Anteil ist mit 0,29% etwa halb so hoch wie der Wert für die Gesamtbevölkerung zu diesem Zeitpunkt (0,54%; Stand: 27.10.2020). Dies bestätigt nationale und internationale

Untersuchungen, die feststellen, dass die Ansteckungsgefahr für Beschäftigte im ÖPNV gering ist und die Infektionsschutzmaßnahmen wie Maskenpflicht, Schutzwände und regelmäßiges Lüften wirksam sind.

10.4. Personengruppen, die aufgrund ihrer Wohn- und/oder Arbeitsverhältnisse besonders gefährdet sind

10.4.1. BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen und ambulant betreute Pflegebedürftige

Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen sind bei einer Infektion mit dem SARS-CoV2-Virus von schweren Krankheitsverläufen und einer hohen Mortalität betroffen. Nach Analysen der London School of Economics gehen etwa die Hälfte (46%) der COVID-19-Todesfälle in Europa auf Verstorbene in Pflegeheimen zurück (137). Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren in Deutschland Ende 2017 3,41 Mio. Menschen pflegebedürftig. Etwa 2,59 Mio. (76%) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt; davon wurden 68% durch Angehörige gepflegt und 32% durch ambulante Pflegedienste. Ambulante PflegedienstmitarbeiterInnen betreuen gleichzeitig im Schnitt 59 Pflegebedürftige. Im Dezember 2017 waren 81% der Pflegebedürftigen ≥ 65 Jahre alt, 35% war ≥ 85 Jahre alt. Die Mehrheit (63%) der Pflegebedürftigen war weiblich. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein, von 6% bei den 70- bis 74-Jährigen auf 71% bei den >90 -Jährigen. Es werden in Deutschland 0,82 Mio. Pflegebedürftige (24%) in Pflegeheimen vollstationär betreut. Pro Pflegeheim werden im Durchschnitt 64 Pflegebedürftige betreut.

Verschiedene Gründe sind für die Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen in Alten- und Pflegeeinrichtungen verantwortlich. Obwohl inzwischen ausreichend persönliche Schutzausrüstung für BewohnerInnen und Beschäftigte verfügbar ist, sind BewohnerInnen ungeübt in der Verwendung oder können aufgrund einer häufig begleitenden Demenz die empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen nur ungenügend befolgen. Um das Infektionsrisiko weiter zu senken, haben viele Pflegeinstitutionen neben den internen Kontaktbeschränkungen auch die Zugangsmöglichkeiten für BesucherInnen eingeschränkt. Allerdings zeigt sich, dass die Isolation für die BewohnerInnen schädlich ist und die Sterblichkeit erhöht (138).

Aufgrund eingeschränkter Testkapazitäten ist es nicht möglich, Angestellte engmaschig zu testen, und es ist kaum vermeidbar, dass symptomlose oder symptomarme Beschäftigte unbemerkt den Erreger in die Einrichtung eintragen. Sobald SARS-CoV-2 in eine Einrichtung eingedrungen ist, ist die weitere Ausbreitung schwer zu kontrollieren und eine Unterbrechung der Infektionsketten kaum zu erreichen. Dies hat zur Folge, dass in relativ kurzer Zeit zum Teil große Ausbrüche mit einem hohen Anteil an Schwerstkranken entstehen.

BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen haben daher gegenüber Personen desselben Alters, die nicht in einer Einrichtung leben, ein deutlich erhöhtes Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und aufgrund ihres hohen Alters ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Eine kanadische Studie untersuchte in Ontario das Risiko an COVID-19 zu sterben bei BewohnerInnen im Alter > 69 Jahren in Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zu Personen desselben Alters, die nicht in institutionell versorgt wurden (139). Das Risiko an COVID-19 zu versterben war um das 13,1-fache (95% KI 9,9-17,3) erhöht bei BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu Personen desselben Alters, die nicht in Pflegeeinrichtungen lebten.

Vergleicht man die Größe der nach IfSG übermittelten COVID-19-Ausbrüche in Deutschland, stellt man fest, dass Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen sowie in Seniorentagesstätten neben Ausbrüchen in Flüchtlings- und Asylbewerberheimen am größten sind. Die durchschnittliche Anzahl an Fällen bei Ausbrüchen in Alters- und Pflegeheimen beträgt nach einer Auswertung des RKI zu COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland 18,8 Fälle. Der Anteil der PatientInnen bei Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen, die aufgrund der COVID-19 Erkrankung hospitalisiert werden, beträgt (bezogen auf alle Fälle unabhängig von der Vollständigkeit der Angaben zur Hospitalisierung) 18% und der Anteil der Pflegebedürftigen, die versterben, beträgt 19% (140).

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und das SOCIUM Forschungszentrum für Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen haben im Frühjahr 2020 eine deutschlandweite Befragung in einer Stichprobe von Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie durchgeführt (126). In Bezug auf zentrale Strukturmerkmale entspricht die Auswahl der bundesweiten Verteilung. Auf Basis der durchgeführten Hochrechnungen wird der Anteil der Pflegebedürftigen, die an COVID-19 verstorben sind, an allen bundesweiten COVID-19-Todesfällen auf mehr als 60% geschätzt. Dabei entfallen 49% auf BewohnerInnen von Pflegeheimen und 12% auf Versorgte in der ambulanten Pflege. Bemerkenswert ist, dass ihr Anteil an allen infizierten Personen insgesamt nur 8,5% (7% plus 1,5%) ausmacht. Fast jedes fünfte Pflegeheim und jeder zehnte ambulante Pflegedienst sind darüber hinaus von Erkrankungsfällen bei Mitarbeitenden betroffen.

10.4.2. Personen mit einer Demenz oder anderen kognitiven Störungen und Tätige in Einrichtungen, in denen diese Personen betreut werden

In Deutschland leben laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. ca. 1,6 Mio. Menschen mit Demenz (141) und laut dem Statistischen Bundesamt ca. 1,7 Mio. Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder zerebralen Störungen (142). Viele PatientInnen mit Demenz und anderen kognitiven Störungen leiden an Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Urteilsvermögens, Distanzlosigkeit und mangelnder Affektkontrolle, die es für sie schwer bzw. unmöglich machen, die Infektionsschutzmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, Abstandhalten, regelmäßige Händehygiene und die Benutzung von Masken zu verstehen und einzuhalten. Sie haben dadurch ein erhöhtes SARS-CoV-2-Infektionsrisiko. Hinzu kommt ein erhöhtes Expositionsrisiko, wenn diese Personen in Institutionen, wie Pflegeheimen, heilpädagogischen Einrichtungen oder Wohngruppen, untergebracht sind. In diesen Institutionen der gemeinschaftlichen Unterbringung ist das Ausbruchsrisiko deutlich erhöht. Das erhöhte Infektionsrisiko betrifft sowohl BewohnerInnen als auch Personen, die in diesen Einrichtungen in engem Kontakt zu den BewohnerInnen tätig sind (z.B. ErzieherInnen, SozialpädagogInnen, ErgotherapeutInnen, betreuende ÄrztInnen).

Laut einer US-amerikanischen Studie haben Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen leben, ein deutlich erhöhtes Risiko an COVID-19 zu erkranken (7.841 Fälle/100.000 Einw. unter Menschen mit geistiger Behinderung versus 1.910 Fälle/100.000 Einw. bei Menschen ohne geistige Behinderung) und zu versterben (1.175/100.000 Einw. versus 151/100.000 Einw.) (143). Eine prospektive Bevölkerungsstudie in Großbritannien wertete die Daten von 389.620 ProbandInnen aus. Betrachtet wurde der Zeitraum von März bis Mai 2020, eine Zeitspanne, in der eine COVID-19 Diagnose in Großbritannien in der Regel ausschließlich bei hospitalisierten, schwer erkrankten PatientInnen erfolgte. Als signifikante Risikofaktoren für die Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 wurden Erkrankungen wie die Alzheimerkrankheit (OR: 2,29; 95% KI 1,25-4,16), andere Demenzformen (OR: 2,16; 95% KI 1,36-3,42) und weitere kognitive Störungen (OR: 1,90; 95% KI 1,24-2,90) identifiziert

(144). Weitere Studien belegen, dass die Diagnose einer Demenz, insbesondere bei weit fortgeschrittener Erkrankung und unabhängig vom Alter ein prognostisch ungünstiger Risikofaktor für die Mortalität von COVID-19-PatientInnen ist (145-147). Bestätigt werden diese Ergebnisse durch die Untersuchungen von Kuo et al., die zeigten, dass der Genotyp ApoE e4, ein bekannter Risikofaktor für Demenz und Alzheimerkrankheit, ebenfalls mit dem erhöhten Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung assoziiert ist (148).

10.4.3. Personen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende

Die engen Lebensverhältnisse in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende führten zu vielen Ausbrüchen mit einer hohen Zahl infizierter Personen (149). Die durchschnittliche Anzahl an Fällen bei Ausbrüchen in solchen Unterkünften beträgt nach einer Auswertung des RKI zu COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland 20,8 Fälle (140). In Folge dieser Ausbrüche werden zum Teil sehr drastische Maßnahmen, wie Massenquarantäne und polizeiliche Bewachung von Gebäuden, ergriffen. Durch derlei Maßnahmen besteht eine erhebliche Gefahr der Re-Traumatisierung dieser ohnehin vulnerablen Population. Asylsuchende haben aufgrund von sprachlichen Barrieren oftmals einen schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung als die Allgemeinbevölkerung. Dies kann dazu beitragen, dass Grunderkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe unerkannt bleiben. Derzeit leben in Deutschland etwa 260.000 Personen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende (150).

10.4.4. Personen in Obdachlosenunterkünften

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. gibt in ihrer aktuellsten Schätzung (2018) eine Gesamtzahl von etwa 41.000 obdachlosen Personen in Deutschland an (42). Obdachlosigkeit ist mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einem erhöhten Risiko für Infektionen assoziiert (151). Grund dafür sind sowohl die gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen auf der Straße als auch ein häufig eingeschränkter Zugang zur medizinischen (Regel-)Versorgung (durch u.a. fehlenden oder unklarer Versicherungsstatus, Scham, Vertrauensdefizite, Diskriminierung, zu große Entfernungen, körperliche oder psychische Beeinträchtigung sowie Sprachbarrieren (152, 153)). Die Lebensbedingungen auf der Straße erschweren zudem das Einhalten der Abstands- und Hygieneregeln und den Zugang zu Informationen. Viele obdachlose Menschen sind sehr mobil, haben einen eingeschränkten Zugang zu Testangeboten und übernachten in Notübernachtungen und Gemeinschaftsunterkünften, in denen das Ausbruchspotential hoch ist (154). Aus den USA gibt es zahlreiche Berichte über Ausbrüche in diesen Unterkünften (155-157), bei denen sowohl BewohnerInnen als auch Personal mit teilweise sehr hohen Erkrankungsraten (bis 36%) (155) betroffen waren. All dies macht obdachlose Menschen zu einer für eine COVID-19 Infektion vulnerablen Population, für die Screening, Quarantäne, Isolierung und Behandlung eine Herausforderung darstellen (158).

10.4.5. Personen mit prekären Arbeits- und Lebensbedingungen

Übertragungen von COVID-19 werden an Arbeitsplätzen vermehrt beobachtet, an denen viele Personen gemeinsam in unzureichend mit Frischluft versorgten Räumen arbeiten, in denen Abstand halten schwierig oder unmöglich ist und/oder Schutzkleidung nicht oder nicht korrekt getragen wird, z.B. in der fleischverarbeitenden Industrie, in Verteilzentren von Paketdiensten, und bei saisonalen Erntehelfern.

Besonders gut beschrieben sind, sowohl für Deutschland (159) als auch international (160-162), COVID-19 Ausbrüche unter Beschäftigten in der fleischverarbeitenden Industrie. In diesen Ausbrüchen traten zum Teil sehr viele Fälle auf (163). In einzelnen Betriebsteilen, vor allem in Zerlegebetrieben,

wurden aus einem großen Ausbruch in Deutschland Infektionsprävalenzen von >60% berichtet (persönliche Kommunikation C. Frank, RKI, 29.10.2020).

Wenig Platz zwischen den Arbeitsplätzen, lange Verweildauern an derselben Position, körperliche Arbeit und mangelhafter oder fehlender Luftaustausch werden als Hauptfaktoren für die vielen Übertragungen genannt (159, 162, 163). Kühle Temperaturen scheinen ebenfalls die Transmission von SARS-CoV2 zu begünstigen (164, 165).

Zu den Bedingungen am Arbeitsplatz kommt hinzu, dass in diesen Niedriglohn-Bereichen oftmals Menschen arbeiten, die Verträge mit kurzen Laufzeiten und unzureichender sozialer Absicherung haben, was dazu führt, dass sie sich ggf. seltener krankmelden und stattdessen mit Infektionssymptomen weiterarbeiten. Außerdem leben sie oftmals in beengten Wohnverhältnissen und Gemeinschaftsunterkünften und reisen teilweise aus dem Ausland zum Arbeitsplatz über Stunden in engen Fahrgemeinschaften an. Die Wohn- und Transportbedingungen können zu einem erhöhten Risiko für Übertragungen von SARS-CoV-2 in diesen Settings beitragen (163).

11. Ethik

Grundsätzlich ist ein allgemeiner, gleichberechtigter Zugang zur Impfung für alle anzustreben¹. Aufgrund von anfänglicher Knappheit des Impfstoffes ist jedoch eine Priorisierung bestimmter Gruppen notwendig, die vorrangig geimpft werden. Die Priorisierungsstrategie verfolgt das übergreifende ethische Ziel, möglichst viel gesundheitlichen und gesellschaftlichen Schaden durch die COVID-19-Pandemie zu verhindern. Zudem ist das Prinzip der Gerechtigkeit zu berücksichtigen. Es darf also keine ungerechtfertigte Diskriminierung in der Priorisierung, in der Posteriorisierung oder beim Zugang zur Impfung geben. Aus diesen ethischen Grundprinzipien sowie aus der aktuellen Evidenz leiten sich die vier o.g. Impfziele ab (siehe Kapitel 9). Die Priorisierung der Gruppen innerhalb des jeweiligen Impfziels orientiert sich ebenfalls an den ethischen Zielen der bestmöglichen Vermeidung von Schaden und Gerechtigkeit sowie an evidenzbasierten Kriterien. Insgesamt ist es auch aus ethischer Sicht wichtig zu betonen, dass der Vorschlag für die Priorisierung dynamisch verstanden und auf der Grundlage der jeweiligen Evidenz gegebenenfalls immer wieder angepasst werden muss. Des Weiteren berücksichtigt die Impfpfempfehlung ethische Anforderungen an einen fairen Entscheidungsprozess. Demnach muss das Verfahren der Impfpriorisierung transparent, konsistent und nachvollziehbar begründet sein. Zudem muss es Möglichkeiten des Feedbacks und der Revision geben. Erhebungen und öffentliche Kommunikation von Impfquoten und unerwünschten Nebenwirkungen sind zu begrüßen, da sie helfen, die ethischen Ziele zu erreichen.

12. Mathematische Modellierung

12.1. Hintergrund zur Modellierung

Um die Effekte einer Impfung auf Bevölkerungsebene darzustellen, wurde ein Modell-basierter Ansatz gewählt. Diese Vorgehensweise erlaubt die Verwendung von Evidenz aus verschiedenen Quellen und die Abschätzung der Effekte verschiedener, potenzieller Strategien. Für Infektionskrankheiten bildet dabei die Modellart der dynamischen Transmissionsmodelle den Goldstandard, da hier das Transmissionsgeschehen explizit abgebildet wird und so auch indirekte Effekte durch Impfungen abgebildet werden können. Aufgrund der Datenanforderungen solcher Modelle hinsichtlich der relevanten Parameter für die Transmission (z.B. Kontaktverhalten, Maskentragen, Kontaktnachverfolgung), steht ein solches Modell noch nicht zur Verfügung. Vielmehr werden nachfolgend

¹ Dies gilt grundsätzlich auch global. Die STIKO erarbeitet jedoch Empfehlungen für Deutschland und klammert daher die globale Verteilung an dieser Stelle aus.

Berechnungen anhand eines Markov Modells für einen Impfzeitraum von 12 Wochen vorgestellt, die sich auf die direkten Effekte, d.h. die Effekte für den Impfling allein, beschränken.

12.2. Methodik

Das Markov Modell teilt die Bevölkerung in verschiedene Gesundheitszustände ein und berechnet für Zykluslängen von 1 Woche für die maximale Dauer von 12 Wochen den Anteil der Bevölkerung, der sich in den jeweiligen Zuständen befindet. In *Abbildung 8* wird das Modell schematisch dargestellt. Dabei wird jeder Zustand nach Alter und nach COVID-19-Erkrankungsanamnese unterteilt.

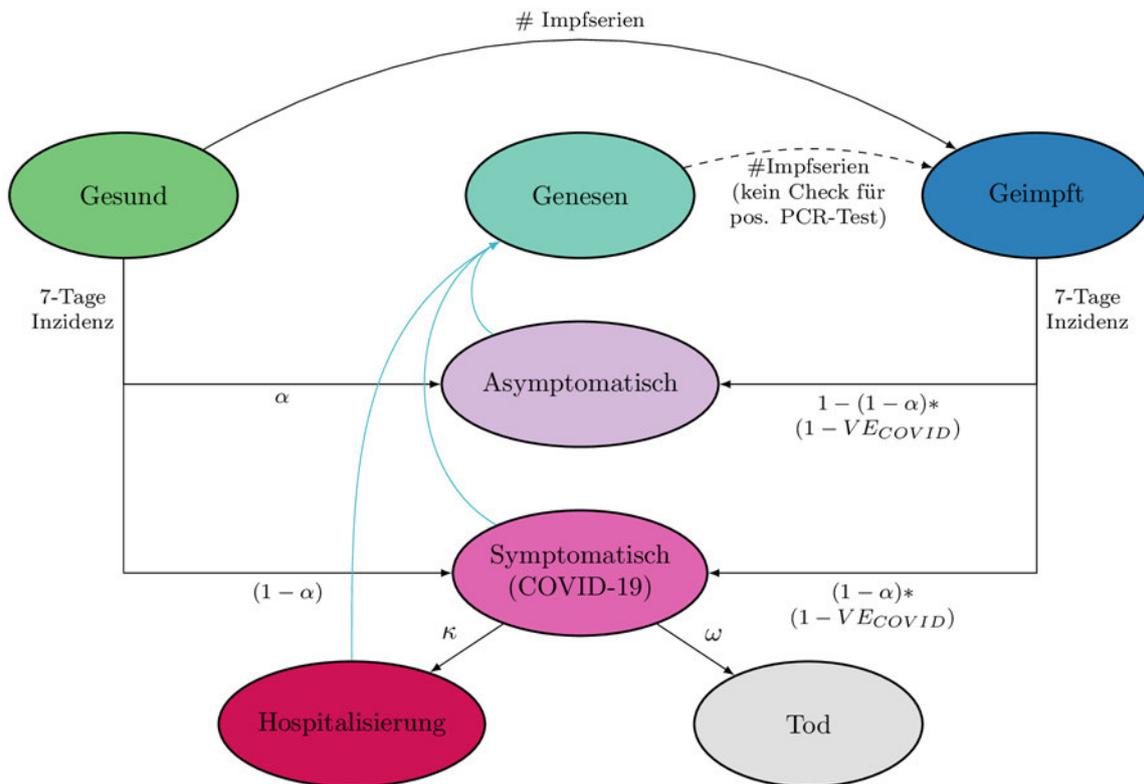


Abbildung 8: Schematische Darstellung des Markov Modells zur Berechnung der direkten Impfeffekte auf Bevölkerungsebene

Für die Berechnungen wurde eine Vielzahl an verschiedenen Daten zusammengeführt. Zunächst wurden die aktuellen Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes aus der Bevölkerungsvorausberechnung (166) und der Bevölkerungsfortschreibung genutzt (167). Dabei wurde primär auf die Zahlen der Bevölkerungsfortschreibung zum Stichtag 31.12.2019 zurückgegriffen, wobei die aggregierte Altersgruppe der über 85-Jährigen anhand der Anzahl der Personen in den Einzeljahren zwischen 85 und 99 Jahren aus der Bevölkerungsfortschreibung aufgeteilt wurde. Personen von 100 Jahren und älter wurden in den Berechnungen nicht berücksichtigt.

Für jedes Altersjahr wurde aus den Meldedaten nach IfSG zu COVID-19 die altersspezifische, wöchentliche Inzidenz sowie das absolute Risiko für eine Hospitalisierung und für Tod berechnet. Diese Berechnungen beziehen sich für die Inzidenz auf den Zeitraum seit Meldewoche 40 und für die Hospitalisierungs- und Mortalitätsrate auf den Zeitraum zwischen Meldewoche 11 und 43. Hospitalisierungs- und Sterberate wurden für Personen berechnet, für die in den Meldedaten keine Vorerkrankung kodiert wurde. Die Beschränkung des Zeitraums erfolgte bei der Inzidenz, um das aktuelle Infektionsgeschehen in den Berechnungen abzubilden. Bei Hospitalisierung und Mortalität erfolgte dies, um zum einen die ersten Wochen der Pandemie auszuschließen, in denen Personen zur Quarantäne

in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Zum anderen erfolgte eine Beschränkung auf Woche 43, um die Vollständigkeit der Daten aufgrund noch zu erfolgender Nachmeldung zu gewährleisten. Für das Infektionsgeschehen wurde zusätzlich eine altersunspezifische Inzidenz von 150 Fällen je 100.000 Einwohnern berücksichtigt.

Die Bevölkerung wurde zusätzlich anhand von Vorerkrankungen stratifiziert. Als Datenquellen dienen hierfür die Gesundheitssurveys des RKI DEGS (168) und GEDA (169). Beide Datensätze wurden kombiniert und umfassen 32.167 Personen. Für jede Person wurde das Vorliegen von einer der in [Tabelle 10](#) aufgelisteten Vorerkrankungen kodiert und anschließend wurde die Prävalenz von jeder der Kombinationen der Vorerkrankungen je Altersjahr berechnet. In Kombination mit den Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamts ergibt sich folglich je Alter zwischen 0 und 99 Jahren die Anzahl an Personen, die keine Vorerkrankung bzw. eine der möglichen Kombinationen an Vorerkrankungen aufweist.

Tabelle 10: Berücksichtigte Vorerkrankungen in der Modellierung

• Asthma	• Zerebrovaskuläre Erkrankung oder Apoplex	• Adipositas
• COPD	• Arterielle Hypertonie	• Myokardinfarkt
• Krebserkrankungen	• Chronische Nierenerkrankungen	• Koronare Herzkrankheit
• Diabetes mellitus	• Chronische Lebererkrankungen	• Kardiovaskuläre Erkrankungen
• Arterielle Hypertonie		

[Abbildung 9](#) zeigt, dass mit dem Alter der Anteil an Personen mit Vorerkrankungen und die Anzahl der Vorerkrankung pro Person deutlich ansteigen. Die Darstellung zeigt, dass ein sehr großer Anteil der Personen über 65 Jahre mindestens eine Vorerkrankung hat. Die Berücksichtigung von Vorerkrankungen spielt bei Älteren jedoch eine untergeordnete Rolle, da die Impfindikation durch das Risiko „Alter“ schon gegeben ist. Die Altersindikation ab dem Alter von 60 Jahren überwiegt das Risiko von Vorerkrankungen deutlich.

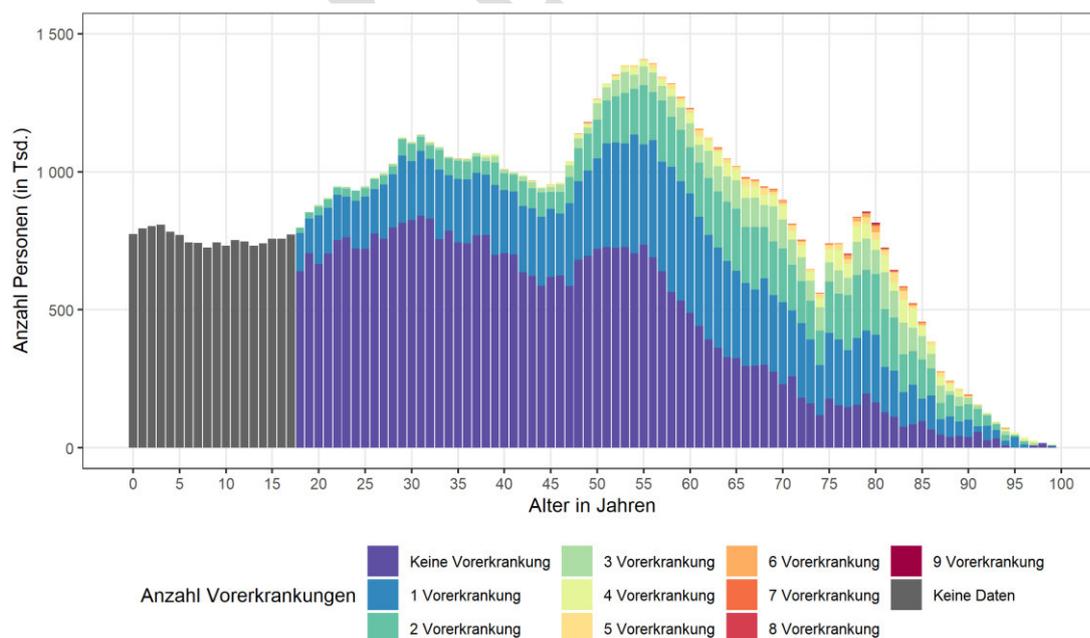


Abbildung 9: Anzahl der Personen nach Alter in Jahren der Bevölkerung in Deutschland in Kombination mit den Angaben zu Vorerkrankungen

Das erhöhte Risiko für Hospitalisierung und Mortalität für Personen mit Vorerkrankung wurde über die in Kapitel 8.1.2 dargestellten Ergebnisse in die Berechnungen eingebunden. Dafür wurden zunächst *Hazard Ratios* (HR) (170) und *Odds Ratios* (OR) (171) in Relative Risiken (RR) umgerechnet und anschließend das absolute Risiko für Personen ohne Vorerkrankungen mit den RRs multipliziert. Für die Umrechnungen von HRs und ORs in RRs wurden die altersspezifischen, absoluten Risiken von Personen ohne Vorerkrankungen als *baseline risk* genutzt. Bei Personen mit mehr als einer Vorerkrankung wurde das jeweilige Maximum der RRs für Hospitalisierung und Mortalität genutzt. Neben den hieraus berechenbaren Outcomes von COVID-19 Fällen, Hospitalisierungen und Todesfällen wurden auch verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod durch COVID-19 berechnet. Hierfür wurde je Alter die fernere Lebenserwartung aus der Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes (172) für den Zeitraum 2017/19 genutzt.

Aus den vorangegangenen Zahlen wurde zunächst die wöchentliche Anzahl an COVID-19 Fällen, Hospitalisierungen, Todesfällen und Anzahl an verlorenen Lebensjahren für ein Szenario ohne Impfung berechnet. Anschließend wurde die Reduktion der jeweiligen Outcome-Parameter für eine Reihe von potenziellen Impfstrategien berechnet. Die drei Impfstrategien umfassen dabei:

- Personen im Alter von ≥ 80 Jahren
- Personen im Alter von ≥ 60 Jahren
- Personen im Alter von ≥ 18 Jahren mit Vorerkrankungen

Die verfügbaren Impfstoffdosen werden dabei, ausgehend von einem 2-Dosen Impfschema, proportional zum Anteil eines Jahrgangs über die Personen in den Altersjahren bzw. Vorerkrankungskategorien hinweg verteilt.

Unabhängig von Alter und Vorerkrankungsstatus wurde eine Wirksamkeit der Impfung von 90% gegen einen symptomatischen Verlauf (COVID-19) angenommen. Hinsichtlich der Impfstoffverfügbarkeit wurden 1 Mio. Dosen je Woche angenommen, was unter Annahme eines 2-Dosen Impfschemas 500 Tsd. vollständigen Impfserien entspricht. Weiterhin wurden zwei Varianten hinsichtlich einer der Impfung vorangegangenen PCR-bestätigten SARS-CoV-2-Infektion berechnet. Da zumindest eine gewisse Schutzwirkung durch eine überstandene SARS-CoV-2-Infektion anzunehmen ist, könnten Impfstoffdosen für „genesene“ COVID-19 PatientInnen für noch nicht infizierte Personen verwendet werden. Die Anzahl der „genesenen“ COVID-19-Fälle wurde aus den Meldedaten entnommen und es wurden ad-hoc Analysen der wöchentlichen Effekte berechnet.

Im Basis-Szenario wurde von einer Impfstrategie ohne Berücksichtigung einer vorangegangenen SARS-CoV-2-Infektion und einer altersunspezifischen, wöchentlichen Inzidenz von 150 Fällen/100.000 Einw. ausgegangen. Variationen hinsichtlich dieser Annahmen wurden in Sensitivitätsanalysen berücksichtigt. Alle Szenarien werden gegen eine Berechnung ohne Impfung verglichen. Bei einer allgemeinen Inzidenz von 150 SARS-CoV-2 Infektionen je 100.000 Einwohnern sind ohne eine Impfung in 12 Wochen 1.434.100 COVID-19 Fälle, 192.600 Hospitalisierungen, 15.600 Todesfälle und 156.100 verlorene Lebensjahre pro 12 Wochen zu erwarten. Für eine Inzidenz, die der Inzidenz zwischen KW40 und KW46 entspricht, wären 839.300 COVID-19 Fälle, 88.500 Hospitalisierungen, 7.100 Todesfälle und 64.200 verlorene Lebensjahre pro 12 Wochen zu erwarten.

12.3. Ergebnisse der Modellierung

12.3.1. Basis-Szenario

In der Analyse des Basis-Szenarios (500 Tsd. vollständige Impfserien pro Woche, Inzidenz 150/100.000, kein Ausschluss von PCR-bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen; (*Abbildung 10*) ist bei allen drei Impfstrategien mit einer Verhinderung von ca. 39.000 symptomatischen Fällen über 12 Wochen zurechnen. Bei den Hospitalisierungen ist mit ca. 21.000 die höchste Anzahl zu verhindern, wenn Personen über 80 Jahren geimpft werden. Personen über 60 Jahre zu impfen würde zu einer erwartenden Reduktion von ca. 14.000 Hospitalisierungen führen und Personen mit Vorerkrankungen zu impfen zu einer Reduktion von ca. 10.000 Fällen. Auch bei den verhinderten Todesfällen und verlorenen Lebensjahren ist bei einer Impfung der Personen über 80 Jahren mit den höchsten Reduktionen zu rechnen. Diese Daten zeigen klar, dass mit einer Priorisierung über hohes Alter in Deutschland die maximale Reduktion bzgl. Hospitalisierung und Mortalität erreicht werden kann. Dies gilt sogar bzgl. der gewonnenen Lebensjahre, obwohl die noch zu erwartenden Lebensjahre bei älteren Menschen notwendigerweise deutlich geringer als bei jüngeren sind.

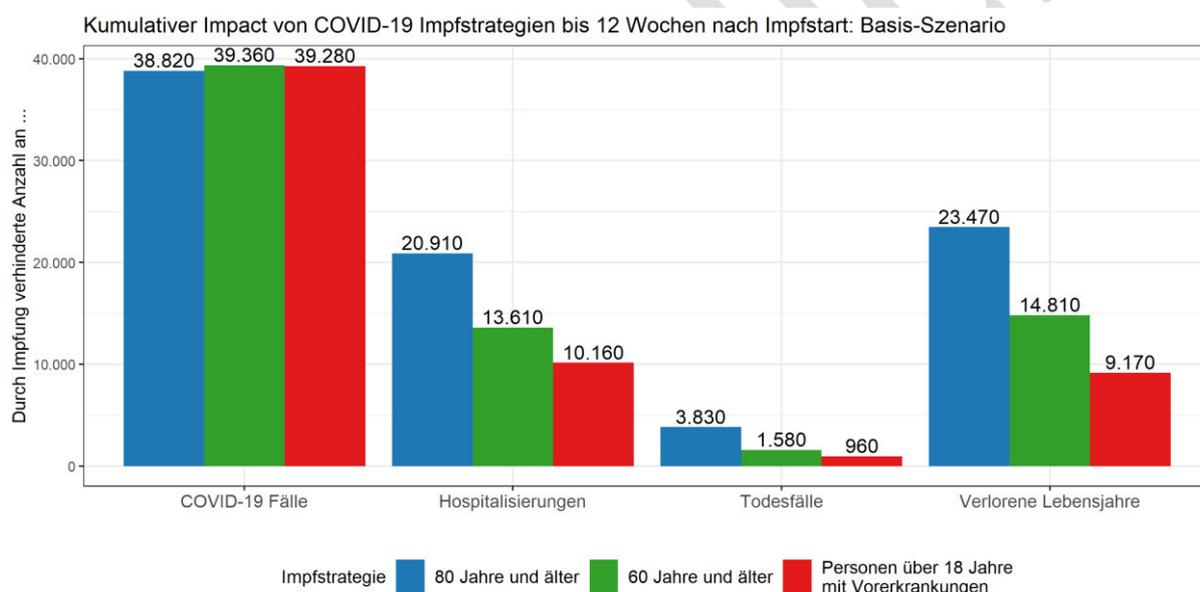


Abbildung 10: Impact von COVID-19-Impfstrategien (Basis-Szenario)

Um die absoluten Zahlen besser einordnen zu können, ist in *Abbildung 11* die relative Reduktion der verschiedenen Endpunkte nach 12 Wochen abgebildet. Die ca. 39.000 verhinderten COVID-19 Fälle entsprechen dabei nur ca. 2,7 Prozent aller auftretenden Fälle in diesem Zeitraum. Hospitalisierungen würden hingegen bei der Impfstrategie „≥80 Jahre“ um ca. 11 Prozent zurückgehen und der Anteil der Todesfälle wäre um ca. 25 Prozent geringer. Bei den beiden anderen Impfstrategien sind für Hospitalisierungen, Todesfälle und verlorene Lebensjahre ein geringerer, relativer Rückgang zu erwarten.

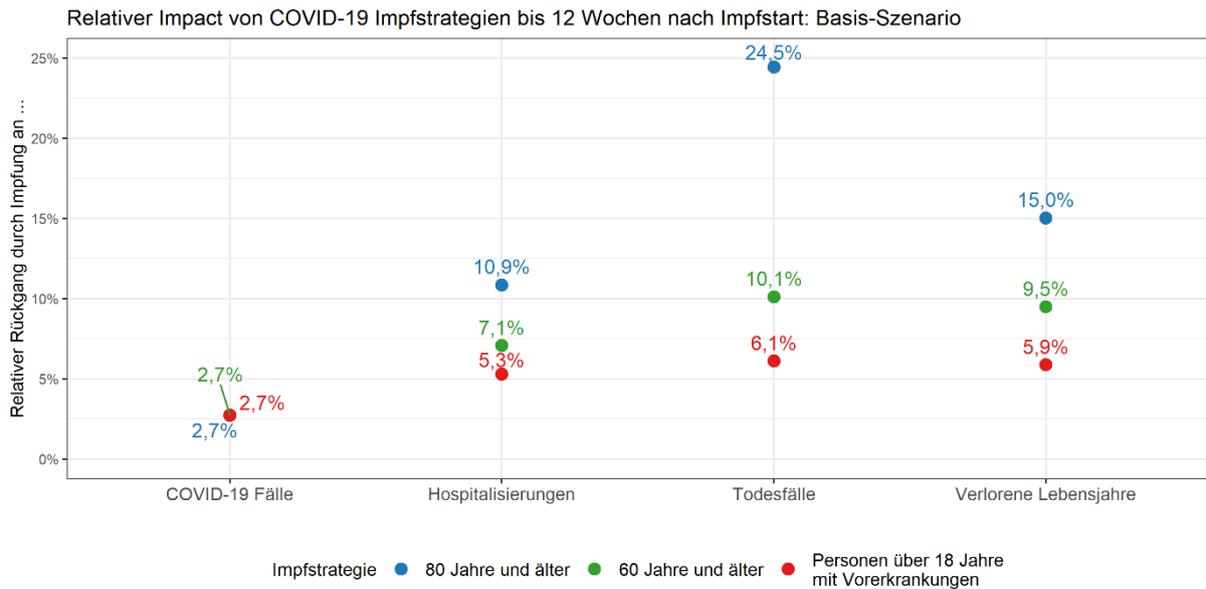


Abbildung 11: Relativer Impact von COVID-19 Impfstrategien (Basis-Szenario)

12.3.2. Sensitivitätsanalysen

In der ersten Sensitivitätsanalyse (Abbildung 12) wurde der Impfung nur an Personen gegeben, die keine vorangegangene, PCR-bestätigte SARS-CoV-2-Infektion haben. D.h. Personen, die eine natürliche Immunität aufgrund einer zurückliegenden SARS-CoV-2 Infektion aufweisen, erhalten keine Impfung. Hierdurch sind mehr Impfstoffdosen für Personen verfügbar, die noch keine Infektion durchgemacht haben. Die verfügbaren Impfstoffdosen werden also effizienter eingesetzt, was sich auch in einer höheren Zahl verhinderter COVID-19 Fälle, Hospitalisierungen, Todesfälle und verlorener Lebensjahre widerspiegelt. Für die Impfstrategie „ ≥ 80 Jahre“ werden nun ca. 1.000 COVID-19 Fälle mehr verhindert. Die Zahl der verhinderten Hospitalisierungen steigt auf 21.460. Bei den Todesfällen und den gewonnenen Lebensjahren sind nur geringe Zugewinne im Vergleich zum Basis-Szenario von ca. 100 Todesfällen und 600 Lebensjahren zu beobachten.

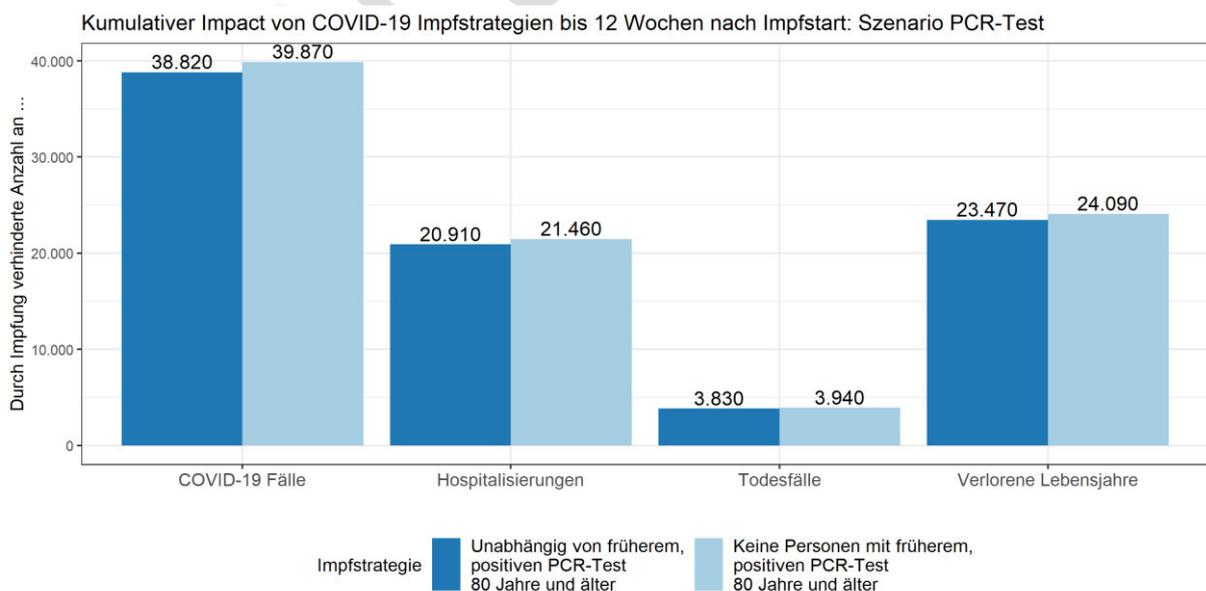


Abbildung 12: Impact von COVID-19 Impfstrategien (Szenario Serostatus-Screening)

In einer zweiten Sensitivitätsanalyse wurde berechnet, welchen Einfluss das Infektionsgeschehen auf die verhinderten COVID-19 Fälle, Hospitalisierungen, Todesfälle und verlorenen Lebensjahre aufweist. Im Vergleich zur Basis-Szenario-Annahme einer über das Alter gleichen Inzidenz, findet sich in [Abbildung 13](#) der Impact der verschiedenen Impfstrategien unter Berücksichtigung der altersspezifischen, wöchentlichen Inzidenz seit Meldewoche 40. Im Vergleich zum Basis-Szenario wird deutlich, dass die Impfstrategie „≥80 Jahre“ mit 19.200 Fällen nicht mehr die meisten COVID-19 Fälle verhindert, sondern die Impfstrategie „Personen ≥18 Jahre mit Vorerkrankungen“ mit 21.120 Fällen. Hinsichtlich der Hospitalisierungen, Todesfälle und verlorenen Lebensjahre bleibt die Impfung von Personen über 80 Jahre jedoch weiterhin die effizienteste Strategie.

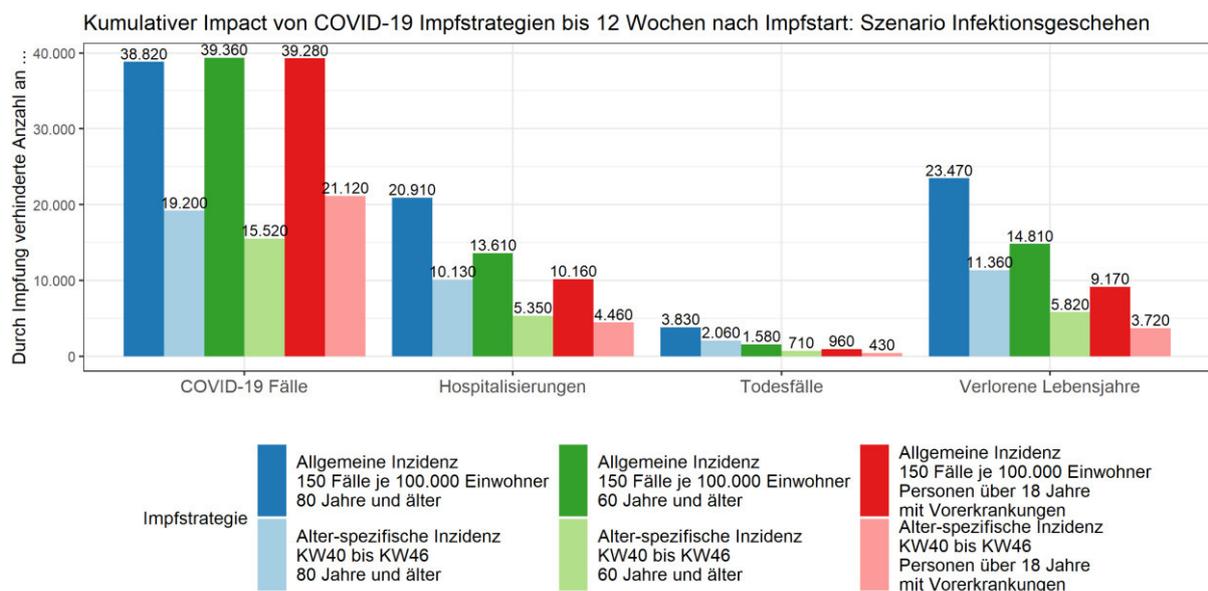


Abbildung 13: Impact von COVID-19 Impfstrategien (Szenario Infektionsgeschehen)

13. Impfstrategie und Priorisierung der zu impfenden Bevölkerungsgruppen

Mittelfristig ist es das Ziel, allen Menschen Zugang zu einer Impfung gegen COVID-19 anbieten zu können. Da zu Beginn jedoch nicht ausreichend Impfstoff für die Versorgung aller zur Verfügung stehen wird und auch die logistischen Ressourcen für eine flächendeckende Versorgung noch nicht ausreichen, muss priorisiert werden. Es ist wichtig, dass bei begrenzten Impfstoffressourcen die Impfstoffe so verteilt werden, dass bestmöglich Schäden durch die COVID-19 Pandemie verhindert werden. Um dies zu erreichen, sollen nach Einschätzung der STIKO und unter Berücksichtigung des gemeinsam mit dem Deutschen Ethikrat und der Leopoldina erstellten Positionspapiers vordringlich Personen geimpft werden, die entweder ein besonders hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf von COVID-19 aufweisen, ein besonders hohes arbeitsbedingtes Expositionsrisiko gegenüber SARS-CoV-2 haben oder aufgrund ihrer Tätigkeit in häufigem Kontakt zu besonders durch COVID-19 gefährdeten Personen stehen mit einer hohen Gefahr der Erregertransmission.

Die Matrix ([Tabelle 11](#)) zeigt, welchen Gruppen mit welcher Priorität eine Impfung angeboten werden soll und welches Impfziel dabei verfolgt wird bzw. unter welches Impfziel die einzelnen Gruppen eingeordnet werden können. Einzelne Gruppen werden mehrfach genannt, da ihre Impfung unterschiedliche Impfziele verfolgt. Zum Beispiel kann die Impfung von BewohnerInnen von Senioren- und

Altenpflegeheimen zum einen schwere oder gar tödliche Erkrankungsverläufe verhindern (direkter Effekt) und zum anderen das Risiko von Ausbrüchen in diesen Einrichtungen reduzieren (indirekter Effekt durch die Reduktion der Transmission). Welche Personen in die beiden Gruppen der Personen mit Vorerkrankungen eingeordnet werden, richtet sich nach den Ergebnissen der Clusteranalyse (*Abbildung 6*). Je nach Verfügbarkeit der Impfstoffe werden die Personen mit Vorerkrankungen nach absteigendem Risiko berücksichtigt. Dies wird in folgenden Aktualisierungen dieses Dokuments konkretisiert werden. In *Tabelle 12* sind die Gruppen nochmals mit ihrer Größe und nach Priorität angeordnet. Zu welchem Zeitpunkt von einer Stufe zur nächsten gewechselt werden kann, richtet sich nach der Verfügbarkeit der Impfstoffe. Es liegt in der Hoheit der Bundesländer diese Entscheidung zu gegebener Zeit zu treffen.

Welche Personen in die beiden Gruppen der Personen mit Vorerkrankungen eingeordnet werden, richtet sich nach den Ergebnissen der Clusteranalyse (*Abbildung 6*). Je nach Verfügbarkeit der Impfstoffe werden die Personen mit Vorerkrankungen nach absteigendem Risiko berücksichtigt. Dies wird in folgenden Aktualisierungen dieses Dokuments konkretisiert werden.

Tabelle 11: Matrix zur Priorisierung der Bevölkerungsgruppen für eine COVID-19-Impfung unter Berücksichtigung der Impfziele

Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe (Hospitalisation und Todesfälle)	Schutz von Pers. mit <i>arbeitsbedingtem</i> SARS-CoV-2-Expositionsrisiko	Verhinderung von Transmission, Schutz von Settings mit hohem Anteil vulnerabler Pers., Schutz von Settings mit hohem Ausbruchspotential	Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens
<ul style="list-style-type: none"> BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen 	<ul style="list-style-type: none"> Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 PatientInnen) Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin) 	<ul style="list-style-type: none"> Personal in medizinischen Einrichtungen, inkl. zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von ≥ 80 J. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen Tätige in der Versorgung von Pers. mit Demenz oder geistiger Behinderung 	<ul style="list-style-type: none"> Pers. mit einer Demenz oder geistigen Behinderung in Institutionen und deren BetreuerInnen 	<ul style="list-style-type: none"> LehrerInnen ErzieherInnen
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von ≥ 75-80 J. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> Pers. in Asylbewerberunterkünften Pers. in Obdachlosenunterkünften Enge Kontaktpersonen von Schwangeren und von Pers. mit Grunderkrankungen mit erhöhtem Risiko 	<ul style="list-style-type: none"> Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen Beschäftigte im Einzelhandel Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur (z.B. Feuerwehr, Bundeswehr, Polizei, ÖPNV, Abfallwirtschaft, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von ≥ 70-75 J. Pers. mit Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko 	<ul style="list-style-type: none"> Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> Pers. mit prekären Arbeits- und Lebensbedingungen (z.B.: Saisonarbeiter, Beschäftigte in der Fleisch verarbeitenden Industrie oder Verteilzentren) 	
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von ≥ 65-70 J. Pers. mit Vorerkrankungen mit moderatem Risiko 	<ul style="list-style-type: none"> LehrerInnen ErzieherInnen Beschäftigte im Einzelhandel Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur (z.B. Feuerwehr, Bundeswehr, Polizei, ÖPNV, Abfallwirtschaft, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> LehrerInnen ErzieherInnen 	
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von ≥ 60 -65 J. 			
<ul style="list-style-type: none"> Pers. im Alter von < 60 J. 			

Tabelle 12: Impfindikationsgruppen, Priorität für eine Impfung und Größe der Gruppen (Die Summen sind grobe Schätzungen zur Orientierung. Zum einen gibt es Überlappungen innerhalb der Prioritätengruppen, zum anderen sind nicht für alle Gruppen Daten verfügbar.)

Priorität	Personengruppen	N (Mio.)
sehr hoch	• BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen	1,0*
	• Personen im Alter von ≥80 Jahren	5,4*
	• Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 PatientInnen)	1,0~
	• Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)	?
	• Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege	1,2*
	• Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen	?
	Summe	>8,6
hoch	• Personen im Alter von >75-80 Jahren	4,1*
	• Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	1,0~
	• Personen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung in Institutionen	>1,6 [§]
	• Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung	?
	Summe	>6,7
moderat	• Personen im Alter von ≥70-75 Jahren	3,6*
	• Personen mit Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko und deren engste Kontaktpersonen	?
	• Personen in Asylbewerberunterkünften	0,26*
	• Personen in Obdachlosenunterkünften	0,041 [#]
	• Enge Kontaktpersonen von Schwangeren	0,76*
	• Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen und an besonders relevanten Positionen für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur	0,8~
	• Personal im ÖGD	0,017 ^{&}
	Summe	>5,5
erhöht	• Personen im Alter von ≥65-70 Jahren	4,8*
	• Personen mit Vorerkrankungen mit moderatem Risiko und deren engste Kontaktpersonen	?
	• Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	0,3~
	• LehrerInnen	0,8*
	• ErzieherInnen	>0,6*
	• Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen (z.B.: Saisonarbeiter, Beschäftigte in Verteilzentren oder der Fleisch verarbeitenden Industrie)	>0,4~
	Summe	>6,9
gering erhöht	• Personen im Alter von ≥60-65 Jahren	5,5*
	• Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen	?
	• Beschäftigte im Einzelhandel	3,1*
	• Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur (z.B. Feuerwehr, Bundeswehr, Polizei, ÖPNV, Abfallwirtschaft, etc.)	0,8%* [§]
	Summe	9
niedrig	• Alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren	45,0*

Quellen: *Destatis; ~Schätzung, zumeist basierend auf Destatis-Daten (Teilgruppen von bei Destatis angegebenen Gesamtheiten oder nur Teilgruppen bei Destatis auffindbar); [§] Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.;

[#] Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.; [&] Bundesverband der ÄrztInnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.; [%] Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V.; [§] Deutscher Feuerwehrverband

14. Implementierung

Routinemäßig erfolgen Impfungen bisher über etablierte, dezentrale Strukturen. So werden Impfstoffe über Großhändler und Apotheken beschafft und verteilt. Die eigentlichen Impfungen werden vorrangig durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (ca. 50.000 Praxen in ganz Deutschland) sowie durch Betriebsärzte durchgeführt.

Aufgrund der besonderen Pandemiesituation müssen in einer ersten Phase COVID-19 Impfungen über zentral organisierte Impfstellen (Impfzentren sowie mobile Impfteams) durchgeführt werden. Dies liegt an den besonderen (Langzeit-)Lagerungs- und Transportbedingungen, der Bereitstellung in Mehrdosenbehältnissen, der Priorisierung von Zielgruppen bei anfänglich begrenzt verfügbaren Impfstoffdosen, der erwarteten Verfügbarkeit unterschiedlicher Impfstoffkandidaten, der Notwendigkeit von erhöhten Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen der Pandemiebewältigung sowie der erforderlichen Nachverfolgung der geimpften Personen. Um unter diesen Rahmenbedingungen Impfungen kontrolliert und effizient durchführen zu können, werden angepasste, zentralisierte Strukturen benötigt. Sobald es die Rahmenbedingungen erlauben und ausreichende Impfstoffmengen mit geeigneten Lagerungskonditionen zur Verfügung stehen, können die Impfkativitäten in das Regelsystem übergehen.

Für die zentralisierte Organisation werden die Bundesländer in ihrer Zuständigkeit durch Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft zentrale Impfstellen einrichten und betreiben. Die Vorbereitung und Durchführung kann dabei durch Hilfsorganisationen, die Bundeswehr sowie Logistikunternehmen unterstützt werden. Der Bund wird gemeinsam mit den Ländern Eckpunkte für einen Handlungsleitfaden zum Betrieb von zentralen Impfstellen erarbeiten.

14.1. Alternative Maßnahmen für das Erreichen des Impfziels im Vergleich zur Impfung sowie deren Effektivität und Umsetzbarkeit

Zu den wichtigsten Infektionsschutzmaßnahmen, um die Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektion zu verhindern und sich selbst und andere vor der Infektion zu schützen, zählen die Reduktion der direkten zwischenmenschlichen Kontakte sowie die Beachtung der Abstands- und Hygieneregeln.

Auch wenn möglicherweise bald ein oder mehrere COVID-19-Impfstoffe in Deutschland zugelassen und verfügbar sein werden, kann es noch viele Monate dauern, bevor ein nennenswerter Teil der Bevölkerung oder zumindest der besonders vulnerablen Gruppen geimpft sein wird. Wie lange der Schutz nach Impfung anhält und wie ausgeprägt er sein wird, ist derzeit nicht bekannt. Daher ist es unerlässlich, dass die empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen zunächst weiterhin konsequent beachtet und umgesetzt werden.

Ein systematischer Review untersuchte die Wirksamkeit des Abstandshaltens und das Tragen von Gesichtsmasken zum Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion (173). Es wurden 44 Vergleichsstudien mit 25.697 PatientInnen in der Meta-Analyse berücksichtigt. Auf Basis der gepoolten Daten kann man festhalten, dass ein Abstand von mehr als 1 m und das Tragen von Masken das Infektionsrisiko signifikant reduzieren. Die adjustierten OR für einen Abstand von ≥ 1 m im Vergleich zu einer kürzen Distanz betragen 0,18 (95% KI:0,09-0,38) und für das Tragen einer Maske im Vergleich zu einer Exposition ohne Maske 0,15 (95% KI 0,07-0,34). FFP2-Masken oder vergleichbare Masken (aOR 0,33; 95% KI 0,17-0,61) haben eine bessere Wirksamkeit haben als Alltagsmasken (aOR 0,40; 95% KI 0,16-0,97). Die Wirksamkeit von Gesichtsmasken beschränkt sich nicht auf Masken mit hoher Aerosolfilterleistung (z.B. FFP2). Auch chirurgische Mund-Nasen-Schutz-Masken und Alltagsmasken sind wirksam,

wenngleich deren Partikelfilterleistung natürlich geringer ist als von FFP2-Atmungsmasken (173, 174). Wichtig für die Schutzwirkung ist der korrekte Gebrauch der Masken. Abweichende Ergebnisse zeigt eine randomisierte Studie aus Dänemark, die untersuchte, ob das Tragen einer Maske das Infektionsrisiko für SARS-CoV-2-Infektion in einem Setting reduziert, indem das Tragen primär nicht empfohlen ist (175). Die Studie schloss 3.030 TeilnehmerInnen ein, die eine Maske tragen sollten und 2.994 Kontrollen, die keine Maske tragen sollten. Eine SARS-CoV-2-Infektion wurde bei 1,8% (n=42) der TeilnehmerInnen mit Maskenempfehlung und bei 2,1% (n=53) der Kontrollen beobachtet (OR=0,82 (95% KI 0,54-1,23; p=0,33). Durch die Empfehlung Masken zu tragen, konnte die Infektionsrate um nicht mehr als 50% gesenkt werden.

Die Datenlage zur Effektivität der Infektionsschutzmaßnahmen wurde vielfach kritisiert und es wurden qualitativ hochwertige Studien dazu gefordert. Insgesamt muss man jedoch festhalten, dass es keine alleinige Maßnahme gibt, die sicher vor der SARS-CoV-2-Infektion schützt. Für eine solide Risikoreduktion sollten in Abhängigkeit von der aktuellen Epidemiologie und der SARS-CoV-2-Infektionshäufigkeit verschiedene Strategien berücksichtigt und kombiniert werden: Reduktion der Personkontakte und ihrer Dauer, Einhaltung eines 1,5 m oder größeren Abstands, Einhalten von Husten-, Nies- und Händehygiene, Gebrauch von Alltags-/Atmungsmasken und regelmäßiges Lüften. Zur Vermeidung des Übertragungsrisikos ist zusätzlich wichtig, dass infizierte Personen umgehend isoliert werden und dass deren Kontaktpersonen zeitnah identifiziert werden und in Quarantäne gehen.

15. Impfabzeptanz in der Bevölkerung und der Ärzteschaft

Bei der SARS-CoV-2-Impfung handelt es sich nicht nur um eine neue Impfeempfehlung (für Deutschland und weltweit), sondern auch um einen neuartigen Erreger. Der empfohlene Impfstoff wurde in Verfahren entwickelt, die bei keinem der bisher zugelassenen Impfstoffe zum Einsatz kamen. Andererseits wird ein Impfstoff gegen SARS-CoV-2 aufgrund der hohen Infektionsgefahr und der Auswirkungen der bisherigen nicht-medizinischen Maßnahmen u. a. auf Wirtschaft und soziales Leben dringend erwartet. Insgesamt stellt dies eine besondere Situation dar, die sich auf die Akzeptanz der neuen Impfung auswirken kann.

Für Prognosen einer zukünftigen Akzeptanz der SARS-CoV-2-Impfung müssen Daten aus Studien/Umfragen mit hypothetischen Szenarien aus Deutschland und anderen westlichen Industrieländern herangezogen werden.

In einer in Kooperation mit dem RKI durchgeführten fortlaufenden Querschnittstudie (<http://coronamonitor.de/>) gaben zuletzt 54% der Befragten an, sich (eher) gegen COVID-19 impfen zu lassen. Mitte April waren es noch 79%, seitdem sinkt die Bereitschaft kontinuierlich ab (Stand: 10.11.20) und stagniert seit Mitte September auf einem Level von 53% bis 56%. Für die Impfbereitschaft ist insbesondere das Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität der Impfung maßgeblich (stärkster Prädiktor). Weitere wichtige Aspekte sind die Kosten-Nutzen-Abwägung und das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft: Personen, die einer potentiellen Impfung mehr vertrauen, weniger Kosten-Nutzen abwägen und nicht von der Impfung anderer profitieren wollen, ohne sich selbst impfen zu lassen, zeigen eine höhere Impfbereitschaft. Auch ältere Personen und männliche Befragte geben eine höhere Impfbereitschaft an.

In einer Erhebung war die Impfbereitschaft des medizinischen Personals geringer als die der Gesamtbevölkerung; im Vergleich mit anderen Teilbevölkerungsgruppen wie Personen mit chronischen

Erkrankungen oder Älteren fällt die Impfbereitschaft des medizinischen Personals am geringsten aus (176).

Ab einer zu erwartenden Impfeffektivität von etwa 80% steigt die Impfbereitschaft deutlich an. Dies zeigt ein Szenario, in dem die Impfintention in Abhängigkeit der Impfnebenwirkungen, des Pandemiegeschehens und der Impfeffektivität erfasst wurde. In einem weiteren Szenario wurde die Akzeptanz verschiedener Impfstofftypen (Totimpfstoff, Lebendimpfstoff, Vektorimpfstoff, Genimpfstoff) verglichen: das Vertrauen in die verschiedenen Impfstoffe ist unabhängig des Impfstofftyps für alle Impfstoffe moderat ausgeprägt, die Impfbereitschaft liegt auf einem mittleren Niveau und unterscheidet sich ebenfalls nicht zwischen den verschiedenen Impfstofftypen. Für alle Impfstofftypen besteht ein hohes Informationsbedürfnis.

Eine Abfrage zu den von der Bevölkerung priorisierten Gruppen ergab, dass die in der Stellungnahme der STIKO, des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina vorgeschlagenen Gruppen zur Priorisierung der Impfstoffverteilung durchgängig gut akzeptiert sind (177).

Aufgrund der dynamischen Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie sowie der damit verbundenen Impfstoffentwicklung ist eine kommunikative Begleitung in diesem Prozess, in der Entscheidung zur Impfempfehlung durch die STIKO sowie in der Implementierung der Impfung zentral. Eine angemessene Information der Bevölkerung sollte insbesondere auf eine transparente Kommunikation des erwarteten Nutzens und der Risiken einer Impfung gegen COVID-19 abzielen, um das Vertrauen der Bevölkerung in die Impfung zu erhalten und noch zu steigern. Sobald Informationen über die langfristige Immunität der Impfung vorliegen, kann die Aufklärung über den Gemeinschaftsschutz als weitere Kommunikationsstrategie angewendet werden (178).

16. Monitoring-Systeme zur Evaluation der Impfung bzw. der Impfempfehlung

16.1. Impfquoten-Monitoring

Valide Daten zur Inanspruchnahme der Impfung sind Grundlage für eine erste Bewertung von Signalen zu Impfnebenwirkungen und der Impfeffektivität. Diese Daten zur Inanspruchnahme der Impfung (Impfquoten) sollten zeitnah und vollständig vorliegen und nach Altersgruppe, Zielgruppe und Impfstoffprodukt stratifizierbar sein. Zeitnah erfasste zielgruppenspezifische Impfquoten sind darüber hinaus essentiell, um den Erfolg der begleitenden Informationskampagne auf das Impfverhalten zu erfassen. In den vorgesehenen Impfstellen sollten Informationen zu allen verabreichten Impfdosen dokumentiert und von hier – ohne Personenbezug – an das RKI übermittelt werden. Hierfür wurde mit den Bundesländern ein Datensatz abgestimmt, der alle notwendigen Angaben enthält (für jede durchgeführte Impfung das Impfdatum, der Name des Impfstoffes, die Chargennummer, ob es die erste oder zweite Impfung in einer Impfserie war sowie ein Pseudonym der geimpften Person, ihr Alter und Geschlecht, die PLZ des Wohnortes und das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer Impfindikation nach STIKO-Empfehlung). Die Daten sollten dem RKI zeitnah zu weiterführenden Analysen und für die Bereitstellung der Resultate an die weiteren Akteure (PEI, BZgA, Bundesländer) zur Verfügung gestellt werden. Dafür sind eine elektronische Erfassung und Übermittlung vorgesehen.

Spätestens wenn die Impfung im Regelsystem stattfindet und die Impfleistungen über die KVen abgerechnet werden, greift bei der Impfquoten-Erfassung wieder das etablierte System der KV-Impfsurveillance am RKI, wobei hier ein Zeitverzug von ca. 6 Monaten von Impfung bis Bereitstellung im Datensatz besteht. Das RKI wird zusätzlich mit Beginn der Impfkampagne Surveys in repräsentativen

Stichproben der Bevölkerung durchführen, um neben der Impfinanspruchnahme auch Impfpflicht und Impfabzeptanz sowie Gründe für Nicht-Impfung zu erheben. Auch die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Routineimpfungen soll evaluiert werden.

16.2. Evaluierung von Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe

16.2.1. Pharmakovigilanz

Das am Paul-Ehrlich-Institut für ÄrztInnen und VerbraucherInnen etablierte *real-time* Monitoring von Nebenwirkungen bzw. Impfkomplicationen (über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung) wird durch mehrere epidemiologische Studien und Registerdaten ergänzt werden. (i) Unter Berücksichtigung der ermittelten Hintergrundinzidenzen kann in der *observed versus expected*-Analyse die Zahl der in einem bestimmten Zeitintervall nach Impfung gemeldeten unerwünschten Ereignisse der Zahl der statistisch zufällig auftretenden Ereignisse gegenübergestellt werden. (ii) In einer prospektiven Kohortenstudie sollen geimpfte Erwachsene mittels einer *Smartphone-App* über die Verträglichkeit (Dauer und Verlauf von Nebenwirkungen) von COVID-19-Impfstoffen Auskunft geben. (iii) Weiterhin plant das Paul-Ehrlich-Institut Untersuchungen zur sogenannten „*Vaccine associated enhanced respiratory disease*“ (VAERD) und infektions-verstärkenden Antikörpern (*antibody dependent enhancement*; ADE).

16.2.2. Monitoring der Impffekte (Effektivität und Impact)

In der Postmarketing-Phase soll die Effektivität und Schutzdauer der COVID-19-Impfstoffe bei der Anwendung in der Bevölkerung unter „*real life* Bedingungen“ evaluiert werden. Hierzu werden verschiedene Studien durchgeführt. (i) Mittels der Farrington-Methode kann bereits kurz nach Einführung der Impfung die Effektivität (stratifiziert nach Impfstoffprodukt und Altersgruppe) unter Berücksichtigung von alters- und produkt-spezifischen Impfquoten und den COVID-19-Meldefällen (IfSG) berechnet werden. (ii) Mittels Impact-Analyse kann durch den Vergleich der Meldezahlen vor und nach Einführung der Impfung die Reduktion der COVID-19-Fälle in Abhängigkeit von den gemessenen Impfquoten bestimmt werden. (iii) Eine Krankenhaus-basierte Fall-Kontrollstudie ist geplant, um die Effektivität der Impfung bzgl. dem Schutz vor hospitalisierungsbedürftiger bzw. schwerer COVID-19-Erkrankung inkl. der Schutzdauer für verschiedene Impfstoffe zu untersuchen. (iv) Weiterhin ist geplant, die Effektivität der COVID-19 Impfstoffe in Kohortenstudien zu bestimmen und COVID-19-Ausbrüche in verschiedenen Einrichtungen (z.B. der Pflege, Gemeinschaftseinrichtungen) oder im Rahmen von Veranstaltungen zu analysieren. Ggf. können die Daten von verschiedenen Ausbrüchen zusammengefasst werden, um die Schätzung der Impffektivität zu verbessern.

17. Abschließende Bewertung

Das neue zoonotische Virus SARS-CoV-2 hat sich im Jahr 2020 pandemisch ausgebreitet. Die leichte Übertragbarkeit und die Infektiosität in der prä- und asymptomatischen Phase begünstigen dessen Ausbreitung. In Deutschland sind bis Ende November über 1 Mio. Menschen an COVID-19 erkrankt und mehr als 16.000 Menschen daran gestorben

Um die Dynamik der Ausbreitung von SARS-CoV-2 deutlich abzuschwächen, muss ein Großteil der Bevölkerung eine Immunität gegen das Virus entwickeln. Effektive und sichere Impfungen leisten einen entscheidenden Beitrag bei der Bekämpfung der Pandemie und werden es ermöglichen, Kontaktbeschränkungen mittelfristig zu lockern.

Ziel dieser Impfeempfehlung ist es, schwere COVID-19-Erkrankungen und Todesfälle zu verhindern, Personen mit einem erhöhten arbeitsbedingten Infektionsrisiko zu schützen, die Viruseinschleppung

in gefährdete Personengruppen zu verhindern, die Transmission von SARS-CoV-2 allgemein einzugrenzen und das öffentliche Leben aufrechtzuerhalten. Gemäß dieser Ziele und der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz hat die STIKO Personengruppen entsprechend ihres Risikos hierarchisch geordnet, um bei begrenzten Impfstoffen die Ressourcen bestmöglich und gerecht zu verteilen. In den Gruppen mit gleichem Risikoniveau wird empfohlen die Impfung parallel zu beginnen.

Der entscheidende Risikofaktor für eine schwere COVID-19-Erkrankung ist das zunehmende Alter >60 Jahren. Modellierungsergebnisse belegen, dass die größtmögliche Verhinderung von schweren Erkrankungsfällen und Tod erzielt werden kann, wenn die Impfung zuerst Menschen im Alter >80 Jahren und BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen angeboten wird. Entsprechend werden so auch die meisten Hospitalisierungen verhindert werden und es wird die größte Anzahl an Lebensjahren gewonnen.

Gleichzeitig empfiehlt die STIKO medizinischem Personal und Personal in der Altenpflege, die ein hohes Expositionsrisiko haben, die Impfung. Ein indirekter Schutz wird erwartet, wenn die Transmission auf besonders vulnerable Gruppen verhütet wird und Personal in der ambulanten und stationären Altenpflege und z.B. in der Hämato-Onkologie einen Impfschutz haben. In Abhängigkeit von der Impfstoffverfügbarkeit soll die Impfung auf Gruppen mit geringerem Risiko und systemrelevante Personen ausgeweitet werden. Dabei kommt bestimmten Vorerkrankungen eine besondere Bedeutung zu.

Die STIKO wird die wissenschaftliche Evidenz zum Erkrankungsrisiko und zu den Impfstoffen fortlaufend prüfen und ihre Empfehlung gegebenenfalls anpassen.

18. Literatur

1. Robert Koch Insitut. Serologische Untersuchungen von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo-Studie). Zwischenauswertung Datenstand 18.09.2020 2020 [Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/SeBluCo_Zwischenbericht.html;jsessionid=C47522EB5C472997302F17D76BDC8DBA.internet071].
2. Ständige Impfkommision, Deutscher Ethikrat, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? 2020 [Available from: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positionspapier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf>].
3. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol*. 2020;92(4):401-2.
4. Hui DS, E IA, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Int J Infect Dis*. 2020;91:264-6.
5. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of V. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020;5(4):536-44.
6. Burki TK. Coronavirus in China. *Lancet Respir Med*. 2020;8(3):238.
7. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 2020 [Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>].
8. World Health Organization (WHO). Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines - 12 November 2020 2020 [Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>].
9. Goldsmith CS, Tatti KM, Ksiazek TG, Rollin PE, Comer JA, Lee WW, et al. Ultrastructural characterization of SARS coronavirus. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(2):320-6.
10. Vijgen L, Keyaerts E, Moës E, Thoelen I, Wollants E, Lemey P, et al. Complete Genomic Sequence of Human Coronavirus OC43: Molecular Clock Analysis Suggests a Relatively Recent Zoonotic Coronavirus Transmission Event. *Journal of Virology*. 2005;79(3):1595-604.
11. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(8):727-33.
12. Dbouk T, Drikakis D. On coughing and airborne droplet transmission to humans. *Phys Fluids* (1994). 2020;32(5):053310.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). How COVID-19 Spreads: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020 (last update June 16, 2020).
14. Anfinrud P, Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A. Visualizing Speech-Generated Oral Fluid Droplets with Laser Light Scattering. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2061-3.
15. 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.
16. 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.
17. Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A, Anfinrud P. The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(22):11875-7.
18. Mürbe D, Fleischer M, Lange J, Rotheudt H, Kriegel M. Aerosol emission is increased in professional singing. *OSF Preprints* September 9 doi:1031219/osfio/znjeh. 2020.

19. Morawska L, Johnson GR, Ristovski ZD, Hargreaves M, Mengersen K, Corbett S, et al. Size distribution and sites of origin of droplets expelled from the human respiratory tract during expiratory activities. *Journal of Aerosol Science*. 2009;40(3):256-69.
20. Wang J, Du G. COVID-19 may transmit through aerosol. *Ir J Med Sci*. 2020;189(4):1143-4.
21. 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. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(16):1564-7.
22. Prakash S, Shukla S, Mishra H, Prakash O, Khan DN, Pandey A, et al. SARS-CoV-2 –RNA persists longer in faecal sample as compared to nasal and throat swab samples of COVID-19 patients'; An observational study. *Indian Journal of Medical Microbiology*. 2020.
23. Barth RE, De Regt MJ. Persistence of viral RNA in stool samples from patients recovering from covid-19. *British Medical Journal Publishing Group*; 2020.
24. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581(7809):465-9.
25. 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.
26. 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*. 2020;323(18):1843-4.
27. Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, Yan J, et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China: A Descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study. *The American journal of gastroenterology*. 2020;115(5):766-73.
28. Lelieveld J, Helleis F, Borrmann S, Cheng Y, Drewnick F, Haug G, et al. Model Calculations of Aerosol Transmission and Infection Risk of COVID-19 in Indoor Environments. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21).
29. Leclerc QJ FN, Knight LE. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? . *Wellcome Open Res*. 2020;5(83).
30. Nishiura H, Oshitani H, Kobayashi T, Saito T, Sunagawa T, Matsui T, et al. Closed environments facilitate secondary transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *medRxiv*. 2020:2020.02.28.20029272.
31. 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>].
32. 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. *J Hosp Infect*. 2020.
33. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Q & A on COVID-19: Basic facts 2020 [Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/facts/questions-answers-basic-facts>].
34. World Health Organization (WHO). Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>].
35. Li Q GX, Wu P, et al. . Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. . *New England Journal of Medicine*. 2020;382:1199–207.
36. 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.
37. Liu Z, Sun, C.-B. Conjunctiva is not a preferred gateway of entry for SARS-CoV-2 to infect respiratory tract. *J Med Virol*. 2020;92:1410-2.
38. Chen X, Yu H, Mei T, Chen B, Chen L, Li S, et al. SARS-CoV-2 on the ocular surface: is it truly a novel transmission route? *Br J Ophthalmol*. 2020.
39. Deng W, Bao L, Gao H, Xiang Z, Qu Y, Song Z, et al. Ocular conjunctival inoculation of SARS-CoV-2 can cause mild COVID-19 in rhesus macaques. *Nat Commun*. 2020;11(1):4400.

40. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271-80.e8.
41. Daly JL, Simonetti B, Klein K, Chen K-E, Williamson MK, Antón-Plágaro C, et al. Neuropilin-1 is a host factor for SARS-CoV-2 infection. *Science*. 2020;370(6518):861.
42. Alimohamadi Y, Taghdir M, Sepandi M. Estimate of the Basic Reproduction Number for COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Prev Med Public Health*. 2020;53(3):151-7.
43. Lin YF, Duan Q, Zhou Y, Yuan T, Li P, Fitzpatrick T, et al. Spread and Impact of COVID-19 in China: A Systematic Review and Synthesis of Predictions From Transmission-Dynamic Models. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:321.
44. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of travel medicine*. 2020.
45. 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.
46. 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):2000257.
47. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1708-20.
48. Oberfeld B, Achanta A, Carpenter K, Chen P, Gillette NM, Langat P, et al. SnapShot: COVID-19. *Cell*. 2020;181(4):954- e1.
49. Vetter P, Vu DL, L'Huillier AG, Schibler M, Kaiser L, Jacqueroiz F. Clinical features of covid-19. *BMJ*. 2020;369:m1470.
50. Göttinger F, Santiago-García B, Noguera-Julián A, Lanaspá M, Lancella L, Carducci FIC, et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4(9):653-61.
51. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(10).
52. Streeck H, Schulte B, Kummerer BM, Richter E, Holler T, Fuhrmann C, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. *Nat Commun*. 2020;11(1):5829.
53. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection : A Narrative Review. *Ann Intern Med*. 2020;173(5):362-7.
54. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42.
55. Du Y, Tu L, Zhu P, Mu M, Wang R, Yang P, et al. Clinical Features of 85 Fatal Cases of COVID-19 from Wuhan. A Retrospective Observational Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201(11):1372-9.
56. Greene DN, Jackson ML, Hillyard DR, Delgado JC, Schmidt RL. Decreasing median age of COVID-19 cases in the United States—Changing epidemiology or changing surveillance? *PLoS One*. 2020;15(10):e0240783.
57. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the Age Specificity of Infection Fatality Rates for COVID-19: Systematic Review, Meta-Analysis, and Public Policy Implications. *medRxiv*. 2020:2020.07.23.20160895.
58. Pérez-López FR, Tajada M, Savirón-Cornudella R, Sánchez-Prieto M, Chedraui P, Terán E. Coronavirus disease 2019 and gender-related mortality in European countries: A meta-analysis. *Maturitas*. 2020;141:59-62.
59. National Institute for Health Research. Living with Covid19 2020 [updated Published on 15 October 2020. Available from: <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19/>.
60. Yelin D, Wirtheim E, Vetter P, Kalil AC, Bruchfeld J, Runold M, et al. Long-term consequences of COVID-19: research needs. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(10):1115-7.

61. Rayner C, Lokugamage A, Molokhia M. COVID-19: prolonged and relapsing course of illness has implications for returning workers. *BMJ Opinion*. 2020;23.
62. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-5.
63. 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;5(11):1265-73.
64. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:531-42.
65. 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.
66. Wölfel R CV, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. . Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020.
67. To KK-W TO-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. *Lancet Infect Dis*. 2020.
68. Wölfel R CV, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, 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*.26(7).
69. 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.
70. Anft M PK, Blazquez-Navarro A, Doevelaar AAN, Seibert F, Hoelzer B, et al. . COVID-19 progression is potentially driven by T cell immunopathogenesis. *medRxiv (ahead of print: 2020042820083089)*. 2020.
71. Grifoni A WD, 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.
72. Le Bert N TA, 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.
73. Thieme CJ, Anft M, Paniskaki K, Blazquez-Navarro A, Doevelaar A, Seibert FS, et al. Robust T Cell Response Toward Spike, Membrane, and Nucleocapsid SARS-CoV-2 Proteins Is Not Associated with Recovery in Critical COVID-19 Patients. *Cell Reports Medicine*. 2020;1(6):100092.
74. 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.
75. Sekine T P-PA, 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.
76. To KK-W, Hung IF-N, Ip JD, Chu AW-H, Chan W-M, Tam AR, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Re-infection by a Phylogenetically Distinct Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Strain Confirmed by Whole Genome Sequencing. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
77. 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:ciaa1330.
78. Gupta V B, R. C., Jain. . Asymptomatic reinfection in two healthcare workers from India with genetically distinct SARS-CoV-2. *OSFPreprints (ahead of print 15 sept 2020)*. 2020.
79. 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:ciaa1436.
80. 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. *Lancet Infect Dis*. 2020.
81. Callow KA, Parry HF, Sergeant M, Tyrrell DAJ. The time course of the immune response to experimental coronavirus infection of man. *Epidemiology and Infection*. 2009;105(2):435-46.

82. Edridge AWD, Kaczorowska J, Hoste ACR, Bakker M, Klein M, Loens K, et al. Seasonal coronavirus protective immunity is short-lasting. *Nature Medicine*. 2020;26(11):1691-3.
83. 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.
84. Song G, He WT, Callaghan S, Anzanello F, Huang D, Ricketts J, et al. Cross-reactive serum and memory B cell responses to spike protein in SARS-CoV-2 and endemic coronavirus infection. *bioRxiv*. 2020.
85. Lipsitch M, Grad YH, Sette A, Crotty S. Cross-reactive memory T cells and herd immunity to SARS-CoV-2. *Nature Reviews Immunology*. 2020;20(11):709-13.
86. Bacher P RE, Esser D, Martini GR, Saggau C, Schiminsky E, Dargvainiene J, Schöder I, Wieters I, Khodamoradi Y, Eberhardt F, Vehreschild MJGT, Neb H, Sonntagbauer M, Conrad C, Tran F, Rosenstiel P, Markewitz R, Wandinger KP, Augustin M, Rybniker J, Kochanek M, Leyboldt F, Cornely OA, Koehler P, Franke A, Scheffold A. Low avidity CD4+ T cell responses to SARS-CoV-2 in unexposed individuals and humans with severe COVID-19. *Immunity*. 2020.
87. Armann J, Diffloth N, Simon A, Doenhardt M, Hufnagel M, Trotter A, et al. Kurzmitteilung: Hospitalisierungen von Kindern und Jugendlichen mit COVID-19-Erste Ergebnisse eines deutschlandweiten Surveys der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI). *Deutsches Ärzteblatt*. 2020;117:372-4.
88. Deutsch Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI). COVID-19 Survey 2020 [Available from: <https://dgpi.de/covid-19-survey-der-dgpi/>].
89. Pecks U, Kuschel B, Mense L, Oppelt P, M R. Schwangerschaften und SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland – das CRONOS-Register; Pregnancy and SARS CoV-2 infection in Germany-the CRONOS registry. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117: :841-2.
90. Schilling J LA, Schumacher D, Ullrich A, Diercke M, Buda S, Haas W, RKI COVID-19 Study Group,. Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz. *Journal of Health Monitoring*. 2020;5(S11).
91. Armann JP, Unrath M, Kirsten C, Lueck C, Dalpke A, Berner R, et al. Anti-SARS-CoV-2 IgG Antibodies in Adolescent Students and Their Teachers in Saxony, Germany (SchoolCoviDD19): Very Low Seroprevalence and Transmission Rates. *Lancet Infect Dis*. 2020.
92. Hippich M, Holthaus L, Assfalg R, Zapardiel-Gonzalo J, Kapfelsperger H, Heigermoser M, et al. A Public Health Antibody Screening Indicates a 6-Fold Higher SARS-CoV-2 Exposure Rate than Reported Cases in Children. *Med*. 2020.
93. Lutz J. Unmodified mRNA in LNPs constitutes a competitive technology for prophylactic vaccines. *npj Vaccines* 2. 2017.
94. Iavarone C, O'hagan DT, Yu D, Delahaye NF, Ulmer JB. Mechanism of action of mRNA-based vaccines. *Expert review of vaccines*. 2017;16(9):871-81.
95. Maruggi G, Zhang C, Li J, Ulmer JB, Yu D. mRNA as a transformative technology for vaccine development to control infectious diseases. *Molecular Therapy*. 2019;27(4):757-72.
96. Mulligan MJ, Lyke KE, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Phase I/II study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults. *Nature*. 2020;586(7830):589-93.
97. Sahin U, Muik A, Derhovanessian E, Vogler I, Kranz LM, Vormehr M, et al. COVID-19 vaccine BNT162b1 elicits human antibody and TH1 T cell responses. *Nature*. 2020;586(7830):594-9.
98. Walsh EE, Frenck RW, Jr., Falsey AR, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, et al. Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates. *New England Journal of Medicine*. 2020.
99. Vogel A, Kanevsky I, Che Y, Swanson K, Muik A, Vormehr M, et al. A prefusion SARS-CoV-2 spike RNA vaccine is highly immunogenic and prevents lung infection in non-human primates. *bioRxiv*. 2020.
100. Jackson LA, Anderson EJ, Roupheal NG, Roberts PC, Makhene M, Coler RN, et al. An mRNA Vaccine against SARS-CoV-2 — Preliminary Report. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(20):1920-31.

101. Anderson EJ, Roupheal NG, Widge AT, Jackson LA, Roberts PC, Makhene M, et al. Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults. *New England Journal of Medicine*. 2020.
102. Corbett KS, Edwards D, Leist SR, Abiona OM, Boyoglu-Barnum S, Gillespie RA, et al. SARS-CoV-2 mRNA Vaccine Development Enabled by Prototype Pathogen Preparedness. *bioRxiv : the preprint server for biology*. 2020:2020.06.11.145920.
103. van Doremalen N, Lambe T, Spencer A, Belij-Rammerstorfer S, Purushotham JN, Port JR, et al. ChAdOx1 nCoV-19 vaccination prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. *bioRxiv*. 2020:2020.05.13.093195.
104. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-9.
105. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020;323(18):1775-6.
106. 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*. 2020;369:m1985.
107. Nachtigall I, Lenga P, Józwiak K, Thürmann P, Meier-Hellmann A, Kühlen R, et al. Clinical course and factors associated with outcomes among 1904 patients hospitalized with COVID-19 in Germany: an observational study. *Clinical Microbiology and Infection*. 2020.
108. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584(7821):430-6.
109. Harder T, Takla A, Eckmanns T, Ellis S, Forland F, James R, et al. PRECEPT: an evidence assessment framework for infectious disease epidemiology, prevention and control. *Eurosurveillance*. 2017;22(40):16-00620.
110. 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. *Ann Intern Med*. 2020.
111. 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*. 2020.
112. Krishnan US, Krishnan SS, Jain S, Chavolla-Calderon MB, Lewis M, Chung WK, et al. SARS-CoV-2 Infection in Patients with Down Syndrome, Congenital Heart Disease, and Pulmonary Hypertension: Is Down Syndrome a Risk Factor? *The Journal of Pediatrics*. 2020;225:246-8.
113. Ahmad K, Angelo M, Ezio B, Marta O, Manuela S, Ilaria Dalla V, et al. COVID-19 and Children With Down Syndrome: is There Any Real Reason to Worry? Case Report. *Research Square*. 2020.
114. 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*. 2020;370.
115. Turan O, Hakim A, Dashraath P, Jeslyn WJL, Wright A, Abdul-Kadir R. Clinical characteristics, prognostic factors, and maternal and neonatal outcomes of SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020;151(1):7-16.
116. Ashraf MA, Keshavarz P, Hosseinpour P, Erfani A, Roshanshad A, Pourdast A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review of pregnancy and the possibility of vertical transmission. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2020;21(3):157.
117. Statistisches Bundesamt. Geburten. Daten zu den Mehrlingsgeburten für die Jahre 2015 bis 2019, 2019 [Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mehrlinge.html;jsessionid=B7DA869E315E1A7009CAF80511C0013F.internet8711>].
118. Erdem H, Lucey DR. Health Care Worker Infections and Deaths due to COVID-9: A Survey from 37 Nations and a Call for WHO to Post National Data on their Website. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020.

119. Kambhampati AK. COVID-19–Associated Hospitalizations Among Health Care Personnel—COVID-NET, 13 States, March 1–May 31, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69.
120. Shah AS, Wood R, Gribben C, Caldwell D, Bishop J, Weir A, et al. Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*. 2020;371.
121. Çelebi G, Pişkin N, Bekleviç AÇ, Altunay Y, Keleş AS, Tüz MA, et al. Specific risk factors for SARS-CoV-2 transmission among health care workers in a university hospital. *American Journal of Infection Control*. 2020;48(10):1225-30.
122. Jespersen S, Mikkelsen S, Greve T, Kaspersen KA, Tolstrup M, Boldsen JK, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence survey among 17,971 healthcare and administrative personnel at hospitals, pre-hospital services, and specialist practitioners in the Central Denmark Region. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
123. Workman AD, Welling DB, Carter BS, Curry WT, Holbrook EH, Gray ST, et al. Endonasal instrumentation and aerosolization risk in the era of COVID-19: simulation, literature review, and proposed mitigation strategies. *International Forum of Allergy & Rhinology*. 2020;10(7):798-805.
124. Tran K CK, Severn M, et al. . Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(4):e35797.
125. Green A. Li Wenliang Ophthalmologist who warned about the outbreak of COVID-19. Born in Beizhen, China, on Oct 12, 1986, he died after becoming infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China, on Feb 7, 2020, aged 33 years. *The Lancet*. 2020;395:682.
126. Wolf-Ostermann K, Rothgang H, Domhoff D, Friedrich AC, Heinze F, Preuß B, et al. Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie - Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege,. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik,; 2020.
127. Simon A, Hübner J, Berner R, Huppertz HI, P W. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines Regelbetriebs und zur Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Schulen unter Bedingungen der Pandemie und Koizirkulation weiterer Erreger von Atemwegserkrankungen. Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e. V. 2020 [Available from: <https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2020/08/DAKJ-SN-Aufrechterhaltung-Regelbetrieb-Gemeinschaftseinrichtungen.pdf>].
128. Poethko-Müller C, Prütz F, Buttmann-Schweiger N, Fiebig J, Sarganas G, et al. . Studien zur Seroprävalenz von SARS-CoV-2 in Deutschland und international. *Journal of Health Monitoring* 2020;5(4):2-16.
129. Debatin KM, Henneke P, Hoffmann GF, et al. Prevalence of COVID-19 in children in Baden-Württemberg Preliminary study report. 2020 [Available from: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pressestelle/Kinderstudie/Prevalence_of_COVID-19_in_BaWu .
130. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(21):2000903.
131. National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). The COVID-19 in schools and early childhood education and care services – the Term 3 experience in NSW report 2020 [Available from: <https://www.ncirs.org.au/covid-19-in-schools>].
132. Özcan FM, Dieterich F. Eine Risikoschätzung zur Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Beschäftigten im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren 2020 [updated October 2020. Available from: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/SARS-CoV-2-Infektionsrisiko-Einzelhandel.pdf?__blob=publicationFile&v=6.
133. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Definition Kritische Infrastrukturen 2020 [Available from: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Kritis/KRITIS_Sektoreneinteilung.pdf;jsessionid=812A82355CDC09032366341A6FF99DAC.1_cid320?__blob=publicationFile].

134. Stasisches Bundesamt. Öffentlicher Dienst. Beschäftigte des öffentlichen Dienstes nach Aufgabenbereichen. 2020 [Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Oeffentlicher-Dienst/Tabellen/beschaefigte-aufgaben.html>].
135. Feuerwehrverband D. Erfassung statistischer Daten 2020 [Available from: <https://www.feuerwehrverband.de/presse/statistik/>].
136. Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V. (VDV). Fast keine Corona-Infektionen bei ÖPNV-Beschäftigten. 2020.
137. Comas-Herrera A ZJ, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE: LTCcovid.org; 2020 [14 October:[Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-4.pdf>].
138. Seidler A, Schubert M, Petereit-Haack G, Horn A, Kämpf D, Westerman R. Kompetenznetz Public Health COVID-19 1 Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. 2020.
139. Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, McCreedy J, Tuite AR. Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada. JAMA Network Open. 2020;3(7):e2015957-e.
140. Buda S, an der Heiden M, Altmann D, Diercke M, Hamouda O, Rexroth U. Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland. Epid Bull. 2020;38:3-12.
141. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. Infoblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. 2020 [Available from: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf].
142. Statistisches Bundesamt. Presse. 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland 2019 [Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html;jsessionid=26CD2F0D77A413C8E9C6A040056BA7EE.internet8711].
143. Landes SD, Turk MA, Formica MK, McDonald KE, Stevens JD. COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability living in residential group homes in New York State. Disability and Health Journal. 2020;13(4):100969.
144. Zhou J, Liu C, Sun Y, Huang W, Ye K. Cognitive disorders associated with hospitalization of COVID-19: Results from an observational cohort study. Brain, Behavior, and Immunity. 2020.
145. Covino M, De Matteis G, Santoro M, Sabia L, Simeoni B, Candelli M, et al. Clinical characteristics and prognostic factors in COVID-19 patients aged ≥ 80 years. Geriatrics & Gerontology International. 2020;20(7):704-8.
146. Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F, Boffelli S, Ranieri P, Minelli G, et al. Clinical Presentation of COVID19 in Dementia Patients. J Nutr Health Aging. 2020;24(6):560-2.
147. Hariyanto TI, Putri C, Situmeang RFV, Kurniawan A. Dementia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. The American Journal of the Medical Sciences. 2020.
148. Kuo CL, Pilling LC, Atkins JL, Masoli JAH, Delgado J, Kuchel GA, et al. APOE e4 Genotype Predicts Severe COVID-19 in the UK Biobank Community Cohort. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020;75(11):2231-2.
149. Kompetenznetz Public Health COVID-19. SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. 2020. 2020 [Available from: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/FactSheet_PHNetwork-Covid19_Aufnahmeeinrichtungen_v1_inkl_ANNEX.pdf].
150. Statistisches Bundesamt (Destatis). Soziale Leistungen. Leistungen an Asylbewerber, 2017. 2019.
151. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet. 2014;384(9953):1529-40.

152. Schindel D, Kleyer C, Schenk L. Somatische Erkrankungen Wohnungsloser in Deutschland. Ein narratives Literaturreview der Jahre 2009–2019. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2020;1-14.
153. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen (The medical treatment of homeless people). Dtsch Arztebl Int. 2017;114:673-9.
154. Lindner AK, Sarma N, Rust LM, Hellmund T, Krasovski-Nikiforovs S, Wintel M, et al. Monitoring for COVID-19 by universal testing in a homeless shelter in Germany: a prospective feasibility cohort study. medRxiv. 2020 (online published ahead of print doi.org/10.1101/2020.10.04.20205401).
155. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in residents of a large homeless shelter in Boston. JAMA. 2020;323(21):2191-2.
156. Mosites E, Parker EM, Clarke KE, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, et al. Assessment of SARS-CoV-2 infection prevalence in homeless shelters—four US cities, March 27–April 15, 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(17):521.
157. Imbert E, Kinley PM, Scarborough A, Cawley C, Sankaran M, Cox SN, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in a San Francisco Homeless Shelter. Clinical Infectious Diseases. 2020.
158. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. The Lancet Public Health. 2020;5(4):e186-e7.
159. Günther T, Czech-Sioli M, Indenbirken D, Robitaille A, Tenhaken P, Exner M, et al. SARS-CoV-2 outbreak investigation in a German meat processing plant. EMBO Molecular Medicine. 2020:e13296.
160. New York Times. Covid in the U.S.: Latest Map and Case Count. New York Times. 2020.
161. Donahue M, Sreenivasan N, Stover D, Rajasingham A, Watson J, Bealle A, et al. Notes from the Field: characteristics of meat processing facility workers with confirmed SARS-CoV-2 infection—Nebraska, April–May 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(31):1020.
162. Steinberg J, Kennedy ED, Basler C, Grant MP, Jacobs JR, Ortbahn D, et al. COVID-19 outbreak among employees at a meat processing facility—South Dakota, March–April 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(31):1015.
163. Dyal JW. COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities—19 States, April 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69.
164. Rouen A, Adda J, Roy O, Rogers E, Lévy P. COVID-19: relationship between atmospheric temperature and daily new cases growth rate. Epidemiology and Infection. 2020;148:e184-e.
165. Mecenas P, Bastos RTdRM, Vallinoto ACR, Normando D. Effects of temperature and humidity on the spread of COVID-19: A systematic review. PLoS One. 2020;15(9):e0238339.
166. Statistisches Bundesamt, Statistik 12411-0005 Bevölkerung: Deutschland S, Altersjahre. . 2020 [Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0005>].
167. Statistisches Bundesamt. Statistik 12421-0002 Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre. 2020 [Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12421-0002>].
168. Robert Koch-Institut AfEuG. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Scientific Use File 1. Version. 2015.
169. Robert Koch-Institut AfEuG. Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS). Scientific Use File 1. Version. 2018.
170. Shor E, Roelfs D, Vang ZM. The “Hispanic mortality paradox” revisited: Meta-analysis and meta-regression of life-course differentials in Latin American and Caribbean immigrants' mortality. Social Science & Medicine. 2017;186:20-33.
171. Zhang J. What's the Relative Risk? - A Method of Correcting the Odds Ratio in Cohort Studies of Common Outcomes. JAMA. 1998;280(19):1690-1.

172. Statistisches Bundesamt. Statistik 12621-0002 Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter 2020 [Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12621-0002>].
173. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020;395(10242):1973-87.
174. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and Home-Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Population. *PLoS One*. 2008;3(7):e2618.
175. Bundgaard JS R-PD, von Buchwald C, et al. Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers. *Annals of Internal Medicine*.
176. Betsch C, Korn L, Felgendreff L, Eitze S, Schmid P, Sprengholz P, et al. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany)-Wave 24. 2020.
177. Betsch C, Korn L, Felgendreff L, Eitze S, Schmid P, Sprengholz P, et al. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany) - Wave 26 [Data set]. *Psych Archives*. 2020.
178. Pfattheicher S, Petersen MB, Böhm R. Information about herd immunity and empathy promote COVID-19 vaccination intentions. 2020.