



---

**Kommissionsdrucksache 21(27)38**

vom 26. Mai 2026

---

**ergänzende schriftliche Stellungnahme**

des Sachverständigen

Prof. Dr. Lars Schaade

Präsident des Robert Koch-Instituts

Öffentliche Anhörung

„Eindämmungsstrategien (NPIs) und Abwägung alternativer Ansätze“

# Stellungnahme

Prof. Dr. Lars Schaade

Robert Koch-Institut

Diese **ergänzende Stellungnahme** erfolgt in Nachgang der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ zum Thema „Eindämmungsstrategien (NPIs) und Abwägung alternativer Ansätze“ am 7. Mai 2026 zur Erläuterung während der Sitzung aufgekommener Fragen.

## I. Ausgangssituation Anfang März 2020

Seit Anfang 2020 kam es zu einer weltweiten zunehmenden Verbreitung eines neuartigen Krankheitserregers. Die hohe Ansteckungsfähigkeit von SARS-CoV-2, die Fähigkeit des Virus, schwere Erkrankungen und Todesfälle auszulösen sowie die fehlende Grundimmunität in der Bevölkerung gegen das Virus waren prägend für das pandemische Geschehen.

In Deutschlands kam es ab Anfang März 2020 zu einer zunehmenden Verbreitung des Virus mit einer rasch wachsenden Anzahl an Erkrankten, wobei schon bald viele Infektionsketten nicht mehr nachvollziehbar waren und somit eine Verbreitung durch die Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr effektiv verhindert werden konnte.

Zeitgleich befand sich Deutschland Anfang März noch inmitten in einer Influenza (Grippe)-Welle, mit einer hohen Zahl akuter Atemwegserkrankungen (ARE) sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (SARI - schwere akute Atemwegserkrankungen) (1).

Zu der bereits deutlichen Belastung der Krankenhäuser durch die Grippewelle kam nun mit SARS-CoV-2 ein neuartiger Erreger von Atemwegsinfektionen hinzu, der ebenfalls schwere Erkrankungen verursachte und dabei im Vergleich zu Pneumonien während der jährlichen Influenza-Welle einen höheren Anteil besonders schwerer Verläufe mit Intensivbehandlung, Beatmung oder Todesfällen aufwies (siehe *Schwereeinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhaus-Sentinel für SARI am RKI (2, 3)*; vgl. auch *COVID-19: Jetzt handeln, vorausschauend planen. Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen, 2. Update (4)*). Somit drohte eine Überlastung der Krankenhäuser, insbesondere der Intensivstationen.

## II. Epidemiologische Lage Anfang März und zu Beginn der ersten Welle

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland lagen vor allem Informationen aus dem Meldesystem nach IfSG zu laborbestätigten COVID-19-Fällen vor. In diesem System wurden ab dem 9.3. die ersten Todesfälle gemeldet, am Ende der gleichen Woche (11. KW 2020) waren es bereits 12 Todesfälle (**Tab. 1**). Die Dynamik des Infektionsgeschehens war Mitte März 2020 in Deutschland hoch; die Fallzahlen hatten in der 11. KW 2020 eine Verdopplungszeit von ca. 3 Tagen, es kamen fast täglich weitere Todesfälle hinzu (**Tab. 1**).

**Tabelle 1: Dynamik der COVID-19-Fallzahlen Mitte März 2020**

Datenstand	Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle	Dynamik (Fallzahl-Anstieg zum Vortag)	Anzahl übermittelter COVID-19-Todesfälle	Quelle (5)
9.3.2020	1139		2	Situationsbericht vom 9.3.2020
10.3.2020	1296	+14 %	2	Situationsbericht vom 10.3.2020
11.3.2020	1567	+20 %	3	Situationsbericht vom 11.3.2020
12.3.2020	2369	+51 %	5	Situationsbericht vom 12.3.2020
13.3.2020	3062	+29 %	5	Situationsbericht vom 13.3.2020
14.3.2020	3795	+24 %	8	Situationsbericht vom 14.3.2020
15.3.2020	4838	+27 %	12	Situationsbericht vom 15.3.2020
16.3.2020	6012	+24 %	13	Situationsbericht vom 16.3.2020

Wegen der Korrelation von Fallzahlen mit schweren Erkrankungen (d.h. hospitalisierten Fällen) und verstorbenen Fällen musste bei exponentiellem Anstieg der Fallzahlen auch mit einem exponentiellen Anstieg schwerer Fälle gerechnet werden (**Abb. 1, Tab. 1**).

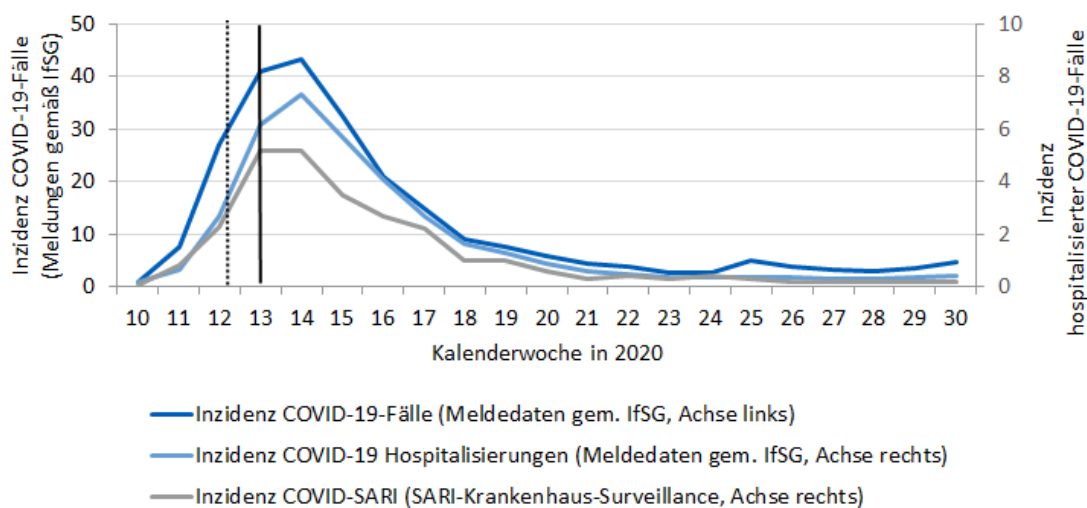
Ergänzend lagen Mitte März 2020 bereits die Ergebnisse einer Modellierung des RKI vor, die eine Abschätzung von Szenarien der erwartbaren Dynamik des weiteren Pandemieverlaufs ermöglichten. Diese Modellierung wurde im Verlauf der 12. KW 2020 (am 20.2.2020) veröffentlicht (6). Und schließlich zeigte die bereits oben zitierte und ebenfalls in der 12. KW 2020 (am 19.3.2020) in der Fachzeitschrift Eurosurveillance veröffentlichte RKI-Analyse (2) zur Erkrankungsschwere von COVID-19 im Vergleich zu Pneumonien während der saisonalen Influenza einen hohen Anteil von Patienten, die einer Beatmung bedurften, sowie eine längere Beatmungsdauer bei Patienten mit COVID-19.

Vor diesem Hintergrund wurde am 17.03.2020 (12. KW 2020) eine Risikobewertung des RKI veröffentlicht, in der die Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland als

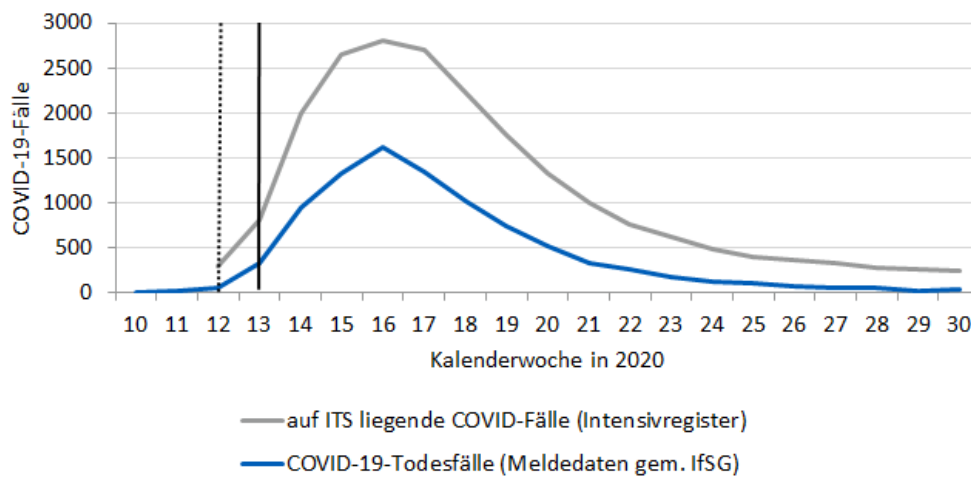
hoch eingeschätzt wurde, mit dem Hinweis darauf, dass die Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe mit zunehmendem Alter und bestehenden Vorerkrankungen zunimmt (zur Risikobewertung siehe auch (7) und die FAQ zur Hochstufung der Risikoeinschätzung (8)).

Bei der Bewertung der Daten muss zudem beachtet werden, dass schwere Fälle sowie Todesfälle aufgrund des Krankheitsverlaufs (Hospitalisierung nach ca. 1-2 Wochen, Versterben im späteren Verlauf ggf. nach mehreren Wochen) erst mit zeitlichem Verzug bekannt werden können. Zudem zeigen sich die Effekte der Maßnahmen zur Infektionskontrolle ebenfalls erst mit einer entsprechenden Verzögerung, dies gilt auch für die Zahl schwerer Krankheitsverläufe.

Die enge Korrelation von Fallzahlen und schweren Erkrankungen bestätigte sich in der Zusammenschau der COVID-19-Daten, die im Meldesystem übermittelt wurden, sowie der Daten, die ab Ende März aus der SARI-Krankenhaus-Surveillance (9) und auch aus dem Intensivregister (10) vorlagen (**Abb. 1, Abb. 2**; siehe auch RKI-Situationsberichte vom 2.4.2020 und vom 9.4.2020 (5)).



**Abbildung 1:** Wöchentliche Inzidenz von laborbestätigten COVID-19-Fällen gemäß IfSG, Inzidenz von hospitalisierten COVID-19 Fällen gemäß IfSG und Inzidenz hospitalisierter Fälle mit schwerer akuter Atemwegserkrankung und COVID-19-Diagnose (COVID-SARI, aus der SARI-Krankenhaus-Surveillance), KW 10-30/2020. Gestrichelte Linie: Risikobewertung des RKI „hoch“ in der 12. KW 2020. Durchgezogene Linie: Bundesweite Kontaktbeschränkungen ab der 13. KW 2020.



**Abbildung 2: Wöchentliche Anzahl von verstorbenen COVID-19-Fällen gemäß IfSG, Anzahl auf Intensivstation (ITS) liegender COVID-19 Fälle aus dem Intensivregister (Belegung, Mittelwert je Woche), KW 10-30/2020. Gestrichelte Linie: Risikobewertung des RKI „hoch“ in der 12. KW 2020. Durchgezogene Linie: Bundesweite Kontaktbeschränkungen ab der 13. KW 2020.**

### III. Kontaktreduzierende Maßnahmen und weitere Dynamik des Infektionsgeschehens

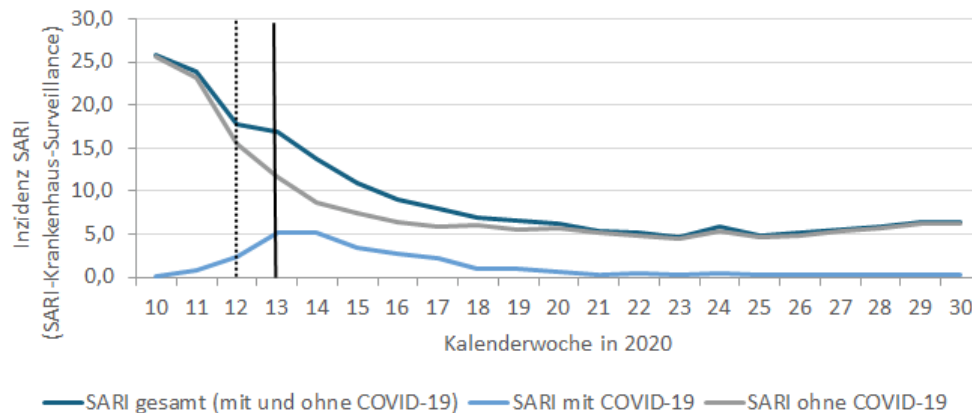
Bereits ab der 11. KW 2020 kam es in mehreren Bundesländern zur Absage von Großveranstaltungen, seit Beginn der 12. KW 2020 (16.3.2020) hatten alle Bundesländer Schul- und Kitaschließungen eingeführt oder die Unterrichtsverpflichtungen aufgehoben. Ab der 13. KW galten bundesweite Kontaktbeschränkungen (Beschluss vom 22.3.2020).

Mit den ersten Maßnahmen ab der 11. KW 2020 ist die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE aller Ursachen) insgesamt stark zurückgegangen und die laufende Grippewelle endete im März 2020 ungewöhnlich früh und ungewöhnlich schnell mit der 12. KW 2020. Dieser abrupte Rückgang der Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im März 2020 wurde u.a. bereits im Epidemiologischen Bulletin 16/2020 (11) beschrieben.

Zeitgleich zum Rückgang der Influenza-Fälle (Großteil der SARI-Fälle gesamt) nahm jedoch die Zahl der COVID-19-Erkrankten weiter zu. Das war vor allem auf Krankenhausebene spürbar (**Abb. 3**). So sank zwar die Anzahl der Fälle mit schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI aller Ursachen) insgesamt, jedoch stieg nicht nur die Zahl der SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose (COVID-SARI), sondern auch die Belegung der Intensivstationen mit COVID-19 nahm rasch und deutlich zu (**Abb. 2**).

Nach der Einführung der bundesweiten Kontaktbeschränkungen in der 13. KW 2020 reduzierte sich die Dynamik des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen ab der 14. KW 2020, zu einem Absinken der Fallzahlen kam es ab der 15. KW 2020 (**Abb. 1**). Die Belastung der

Intensivstationen durch COVID-19-Fälle ging bedingt durch den Krankheitsverlauf (zunächst Erkrankung, spätere Hospitalisierung, danach Aufenthalt auf Intensivstation ggf. über mehrere Wochen) erst ab der 17. KW 2020 zurück, ebenso die Anzahl der verstorbenen COVID-19-Fälle, die gemäß IfSG übermittelt wurden (**Abb. 2**).



**Abbildung 3:** Wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle mit schwerer akuter Atemwegserkrankung (SARI), Inzidenz von SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose (COVID-SARI) sowie Inzidenz von SARI-Fällen ohne COVID-19-Diagnose aus der SARI-Krankenhaus-Surveillance, KW 10-30/2020. Gestrichelte Linie: Risikobewertung des RKI „hoch“ in der 12. KW 2020. Durchgezogene Linie: Bundesweite Kontaktbeschränkungen ab der 13. KW 2020.

#### IV. Referenzen

1. Robert Koch-Institut/Arbeitsgemeinschaft Influenza (2020). Influenza-Wochenbericht Kalenderwoche 10/2020 (29.2. bis 6.3.2020). [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6503/Influenza\\_Wochenbericht\\_KW10\\_2020.pdf](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6503/Influenza_Wochenbericht_KW10_2020.pdf)
2. Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Influenza-associated pneumonia as reference to assess seriousness of coronavirus disease (COVID-19). Euro Surveill. 2020;25(11):pii=2000258. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000258>
3. Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W: Schwereeinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhaussentinel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI). Epid Bull 2020;14:3 – 9 | DOI 10.25646/6601.2
4. Robert Koch-Institut (2020). COVID-19: Jetzt handeln, vorausschauend planen. Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen (2. Update). Epid Bull 2020;12:3 – 6 | DOI 10.25646/6540.2
5. Robert Koch-Institut. Archiv der täglichen Situationsberichte und Wochenberichte des RKI zu COVID-19.

- [https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Archiv\\_tab.html?nn=16911042](https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Archiv_tab.html?nn=16911042)
6. an der Heiden M, Buchholz U: Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland. | DOI 10.25646/6571.2
  7. Robert Koch-Institut (2020). COVID-19: Grundlagen der für die Risikoeinschätzung des RKI. [https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Risikobewertung\\_Grundlage.html](https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Risikobewertung_Grundlage.html)
  8. Robert Koch-Institut, Protokolle des RKI-internen Krisenstabs – Fragen und Antworten. [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/COVID-19-Pandemie/Protokolle/FAQ-Liste-Krisenstab.html?nn=16911042#entry\\_16926160](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/COVID-19-Pandemie/Protokolle/FAQ-Liste-Krisenstab.html?nn=16911042#entry_16926160)
  9. Tolksdorf, K., Goerlitz, L., Staat, D., Gvaladze, T., Haas, W., & Buda, S. (2026). SARI-Hospitalisierungsinzidenz [Data set]. Zenodo. <https://zenodo.org/records/20176594>
  10. Robert Koch-Institut (2026). Intensivkapazitäten und COVID-19-Intensivbettenbelegung in Deutschland [Data set]. Zenodo. <https://zenodo.org/records/20206038>
  11. Buchholz U, Buda S, Prahm K: Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung. *Epid Bull* 2020;16:7 – 9 | DOI 10.25646/6636.2. Online vorab am 3.4.2020 erschienen.