

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,  
Familie und Senioren | Postfach 70 61 | 24170 Kiel

Minister

Vorsitzenden des Sozialausschusses  
Herrn Werner Kalinka  
- Landeshaus -  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 19/6686

12. November 2021

## Antworten auf Fragen aus dem Sozialausschuss vom 21.10.2021

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

in der 77. Sitzung des Sozialausschusses am 21.10.21 hatte ich zugesagt auf die folgenden Fragen der Abgeordneten Frau Pauls eine schriftliche Antwort zuzusenden.

Soll an den Schulen und in den Kitas weiter getestet werden?

Die aktuelle Corona-Bekämpfungsverordnung regelt, dass Mitarbeitende, die nicht vollständig immunisiert sind, sich 2 x wöchentlich testen sollen.

Das Angebot an die Eltern, ihre Kinder bis zu 2 x wöchentlich zu testen, gilt weiterhin, sowohl für Kita als auch für die Kindertagespflegestellen. Die derzeit verteilten Selbsttests werden bis Anfang des Jahres 2022 ausreichen.

Auch an den Schulen wird das Testregime weitergeführt.

Wann fällt dort eventuell die Maskentragepflicht?

Seit dem 1. November gilt: Künftig müssen Schülerinnen und Schüler im Unterricht auf ihren Sitzplätzen keine Maske mehr tragen. Auf den Laufwegen innerhalb des Schulgebäudes bleibt die Maskenpflicht jedoch weiterhin bestehen.

Die Maskenpflicht in Kitas gilt für erwachsene Personen in den Innenräumen, aufgrund von pädagogischer Notwendigkeit kann davon abgewichen werden.

Bekommt die Tagespflege weiter kostenlos Tests zur Verfügung gestellt?

Ja.

Warum müssen erwachsene Schülerinnen und Schüler an den BBZ ihre Tests – im Gegensatz zu den Studierenden an den Hochschulen – nicht selbst zahlen?

Für Schülerinnen und Schüler besteht an berufsbildenden Schulen die Berufsschulpflicht nach § 23 Schulgesetz (SchulG). Da der Status von Schülerinnen und Schülern nach Schulgesetz mit der Schulpflicht bzw. hier mit der Berufsschulpflicht auch für volljährige Schülerinnen und Schüler, die in der Ausbildung sind, verbunden ist, gelten die Coronabekämpfungsmaßnahmen, wie sie in der SchulencoronaVO festgehalten sind. Für die Hochschulen gilt die HochschulencoronaVO; zur Vermeidung von Einzelfallentscheidungen muss die Bezahlung der Corona-Tests an ein festes Kriterium geknüpft werden. Aktuell gilt die Entscheidung, dass alle Schüler und Schülerinnen unterschiedlichen Alters dem Status „Schüler und Schülerin“ zugeordnet werden und diese keine Kosten für die Tests tragen müssen. Die Studierenden an den Hochschulen fallen nicht in diese Statusgruppe und müssen zurzeit die Testkosten selbst tragen.

Frau Pauls bat um Auskunft darüber, ob es richtig ist, dass Corona bedingte Fehlzeiten (Quarantäne/Kinderbetreuung z.B. wg. „Schnupfenplan“) bei Auszubildenden in der Pflege als Fehlzeiten gerechnet werden. Dieses würde nämlich ggf. dazu führen, dass die Teilnahme an (Abschluss-)Prüfungen nicht möglich ist. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sollte es hier Ausnahmemöglichkeiten geben.

Die Teilnahme an den Abschlussprüfungen wird in der Regel auch möglich sein, wenn es zu einzelnen Corona bedingten Fehlzeiten gekommen ist. Nach Maßgabe der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dürfen Unterbrechungen durch Krankheit oder andere Fehlzeiten den Umfang von zehn Prozent des theoretischen und praktischen Unterrichts (210 Stunden) und zehn Prozent der praktischen Ausbildung (250 Stunden) nicht überschreiten. In der neuen Pflegeausbildung sind auf drei Jahre gerechnet ca. 2.400 Stunden, die für den theoretischen und praktischen Unterricht, und ca. 2.800 Stunden, die für die praktische Ausbildung verplant werden können. Das bedeutet jeweils ca. 300 Stunden mehr als die vom Bundesgesetzgeber vorgesehene Mindeststundenanzahl. So entsteht Spielraum, der u.a. bei der Planung, z. B. für den Ausgleich von Fehlzeiten genutzt werden kann. Die Schulen sind entsprechend informiert/instruiert und die Corona bedingten Fehlzeiten sind an den Schulen und von den Auszubildenden zu dokumentieren. Ausbildungsverlängerung wird es in der Regel nicht geben wegen der besagten Möglichkeit zu „überplanen“ und im Ausbildungsverlauf einzelne Abschnitte nachzuholen. Überdies gibt es auch die Möglichkeit über besondere Härtefallkonstellationen weitergehende Corona bedingte Fehlzeiten auf Antrag beim SHIBB zu berücksichtigen, wenn das Erreichen des Ausbildungsziels durch die Anrechnung nicht gefährdet wird. Die Schulen und Auszubildenden wurden mehrfach gebeten diesbezüglich früh mit dem SHIBB Kontakt aufzunehmen, um frühzeitig etwaigen Schwierigkeiten im Ausbildungsverlauf begegnen zu können.

Davon machen die Akteure der Ausbildung auch sehr rege Gebrauch und wir stehen in engem Austausch mit den Auszubildenden, den Trägern der praktischen Einrichtungen und den Schulen so, dass wir im Verlauf der Pandemie im Sinne der Auszubildenden immer Möglichkeiten finden konnten, auf die Corona bedingten Ausfallzeiten angemessen reagieren zu können. Zudem ist die Präsentation des Robert Koch Instituts zum Thema Impfquotenmonitoring zur weiteren Verwendung beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Heiner Garg

**Anlage Präsentation RKI**

Allgemeine Datenschutzinformationen:

Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten persönlichen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union. Weitere Informationen erhalten Sie hier:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Serviceseiten/Datenschutzerklaerung/datenschutzerklaerung.html>



# Digitales Impfquotenmonitoring während der COVID-19-Pandemie

Lothar H. Wieler

GMK 18.10.2021



## Warum brauchen wir Impfquoten (allgemein, aber insbesondere jetzt)?

- Einschätzung zum Stand der Impfkampagne
  - Werden die Impfeempfehlungen umgesetzt und die Zielgruppen erreicht?
  - Kommunikation, Auskunftsfähigkeit national und international: welche Gruppen sind mit welchem Impfstoff geimpft?
  - ggf. Handeln (Anpassungen Kampagne, STIKO-Empfehlung, Zulassung...)
- Basis für die Bewertung der Impfstoffsicherheit (PEI)
  - Signale aus Nebenwirkungsmeldungen – Nenner: Geimpfte
- Basis für die Berechnung der Impfstoffwirksamkeit (RKI)
  - Signale aus den COVID-19 Meldedaten (Impfdurchbrüche)
  - Anteil Geimpfte bei Fällen vs. i.d. Bevölkerung („Screeningmethode“)

➤ Internationaler Standard !

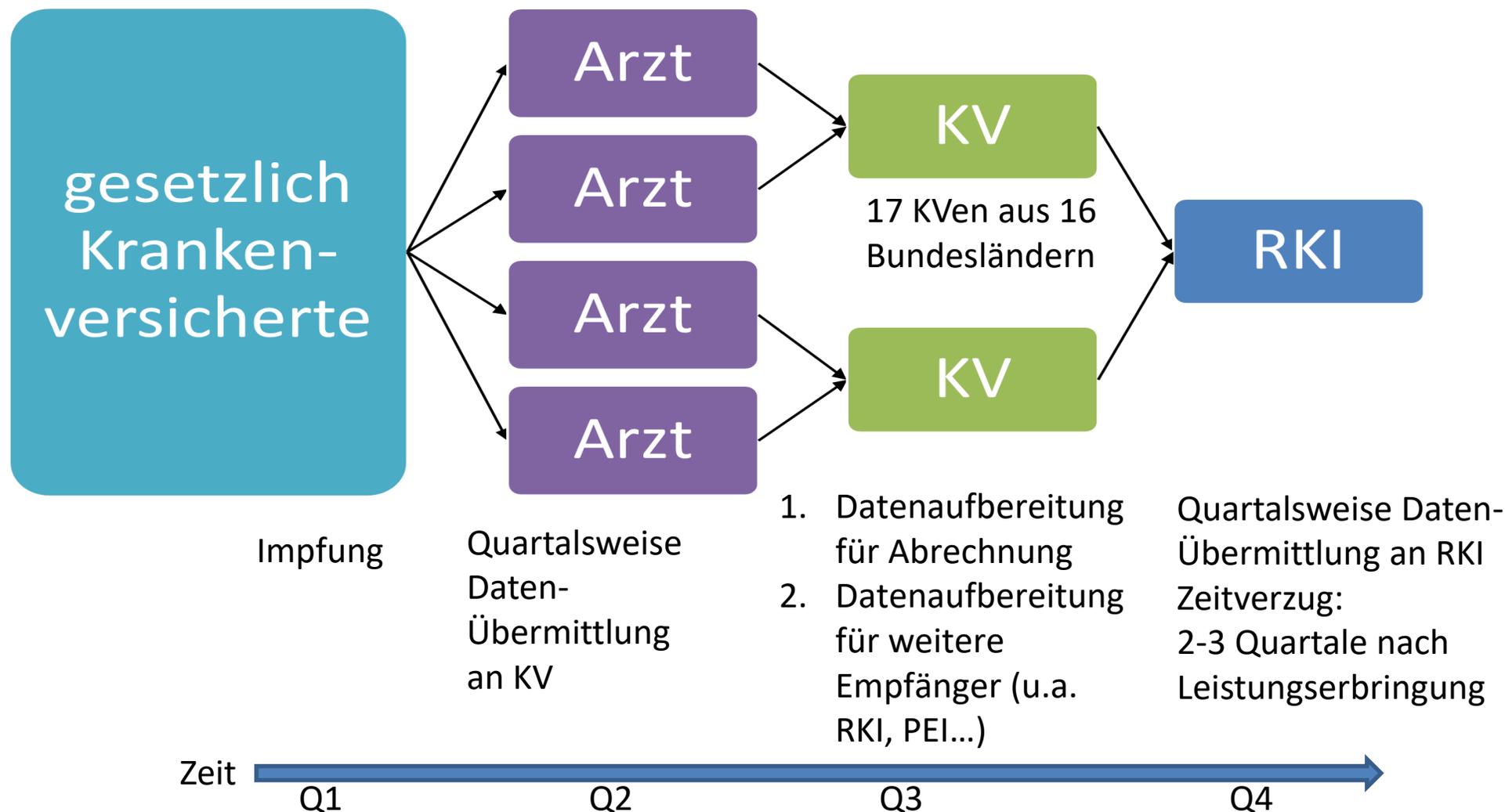


## Wie werden Impfquoten normalerweise (außerhalb Pandemie) erfasst?

- Ein Routine-System zur Impfquoten-Erfassung und Evaluation des Impfgeschehens existiert in Deutschland
  - Schuleingangsuntersuchungen (§34 (11) IfSG)
  - KV-Abrechnungsdaten (§13 (5) IfSG)
- RKI berichtet je 1x jährlich zu Impfquoten der Kinderschutzimpfungen (zuletzt EpidBull 32/33-2020) und bei Erwachsenen (zuletzt EpidBull 47-2020)
- Weder das Erfassungssystem noch die Berichtsfrequenz sind ausreichend für die COVID-19 Pandemie Situation



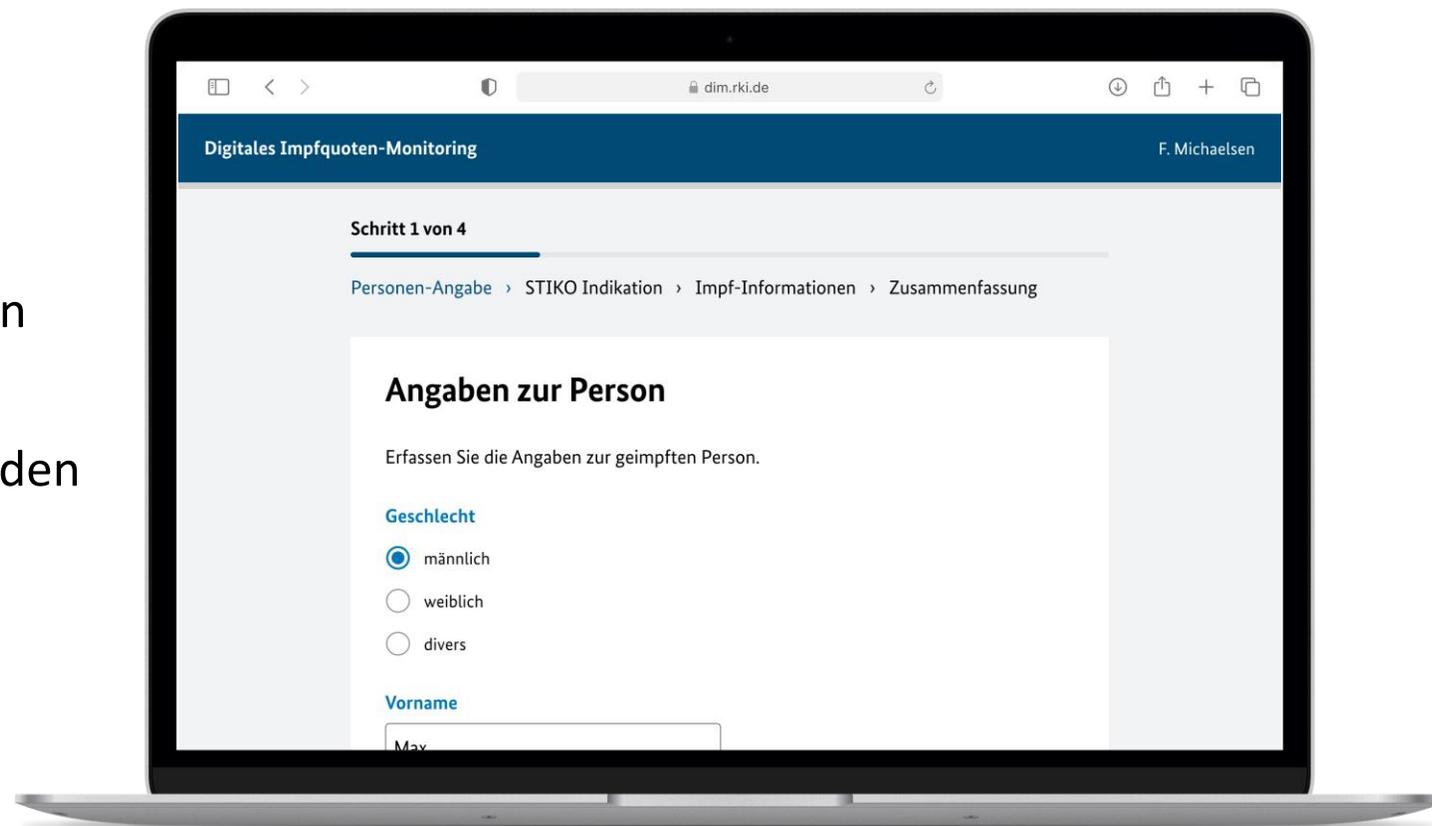
# Datenfluss und Zeitschiene in der KV-Impfsurveillance



# Zeitnahe Erhebung über das Digitale Impfquotenmonitoring „DIM“

Entwicklung und Bereitstellung einer Web-Anwendung zur einfachen Datenerfassung und sicheren Übermittlung von tagesaktuellen Impfdaten aus Impfzentren und Mobilien Teams der Länder (gemeinsam mit externen Dienstleistern accenture/Bdr; Auftrag vom BMG am 28.10.2020)

- DIM erlaubt **einfache Erfassung der Impfdaten** sowie **verschlüsselte Übermittlung der Daten** an das RKI in **Echtzeit**.
- DIM ist eine **webbasierte Applikation (WebApp)**, welche ohne Vorabinstallation über eine mit Zertifikat und Zugangsdaten **gesicherte Webseite** (2-Faktor-Authentifizierung) aufgerufen werden kann.
- Daten können **parallel zur Impfung oder nachträglich** eingegeben werden.



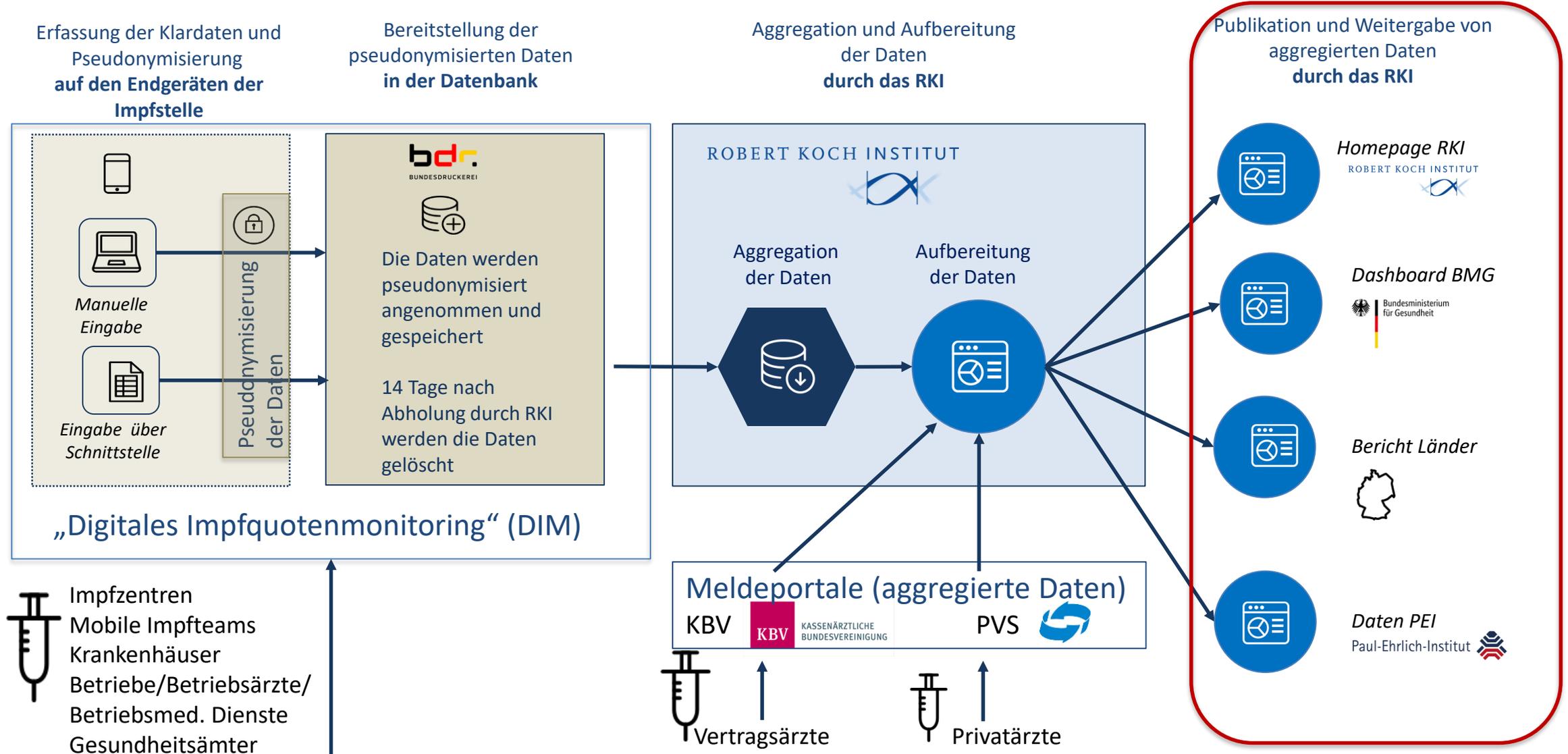


# Übermittlungsmöglichkeiten in DIM

Für die Erhebung der Impfquoten und die sichere und pseudonymisierte Übermittlung an das RKI sind folgende drei Optionen möglich. Datenschutz und Datensicherheit sind für jede der drei Optionen geprüft und bestätigt.

Bezeichnung	<b>1</b> Direkte Eingabe in DIM-Anwendung	<b>2</b> .csv-Bereitstellung in DIM-Anwendung	<b>3</b> Schnittstelle / REST API
Beschreibung	<p>Über die Anwendung, d.h. die <b>Web-Oberfläche</b>, werden die Daten der geimpften Personen direkt eingegeben und anschließend an Bundesdruckerei / RKI übermittelt.</p> <p>Die Daten werden im Frontend auf <b>Validität überprüft, pseudonymisiert</b> und anschließend im Backend gespeichert.</p>	<p>Analog zu Option 1, nur dass hier nach Auswahl einer .csv-Datei eine <b>Stapelverarbeitung</b> der Datensätze stattfindet. Nicht valide Datensätze werden zum Download für erneute Prüfung angeboten.</p> <p>Es können mehrere Dateien an einem Tag verarbeitet werden (z. B. zur Aufteilung der Datensätze eines Tages auf mehrere Dateien).</p> <p>Dateien sollten gemäß Corona-ImpfVO möglichst am gleichen Tag der erfassten Daten verarbeitet werden. Nach- und Korrekturmeldungen sind jedoch jederzeit möglich.</p>	<p>Direkte Anbindung von (z.B. ländereigenen) Software- Anwendungen über die <b>Schnittstelle</b> an DIM bzw. System der Bdr. Die Attribute werden der Schnittstelle entsprechend für jeden Datensatz einzeln übermittelt.</p> <p>Voraussetzung für die Nutzung der REST API ist der Abschluss von <b>AVVs zwischen den jeweiligen datenschutzrechtlich Verantwortlichen</b> und der Bundesdruckerei.</p>
Mitwirkung Impfstelle	<p><b>Manuelle Eingabe</b> durch Formularnutzung parallel zur Impfung oder nachgelagert.</p>	<p><b>Export</b> aus Drittsystem und <b>manueller Upload</b> der .csv-Datei (valide nach Vorgabe) im Frontend. Aktive Teilnahme Änderungsmanagement.</p>	<p><b>Direkte Integration in Drittsystem.</b> Aktive Teilnahme Änderungsmanagement.</p>

# Überblick Datenflüsse COVID-19-Impfquotenmonitoring





# Übersicht der übermittelten Daten

Alle **impfenden Stellen** müssen **täglich** gemäß CoronaimpfV § 4 Daten an das RKI übermitteln.

**Impfzentren, Mobile Teams, Betriebe/Betriebsärzte, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, JVA's ... via DIM:**

Einzelfallbezogene pseudonymisierte Daten

1. Patienten-Pseudonym der zu impfenden Person\*
2. Geburtsmonat und –jahr (→ genaues **Alter**)
3. Geschlecht
4. PLZ (und Landkreis\*\*) der zu impfenden Person
5. Kennnummer und **Landkreis des Impfzentrums**
6. **Datum der Schutzimpfung**
7. **Dosis in der Impfserie** (Erst- oder Zweitimpfung, Auffrischung)
8. **Impfstoff-Produkt** bzw. Handelsname
9. Chargennummer des Impfstoffes

\*wird in der DIM-Anwendung generiert

\*\*LK wird aus PLZ gebildet

**Aggregierte Daten der Bundesländer:**

Anzahl Impfungen pro **Tag** nach **Impfstoff** und **Impfstoffdosis** (unstrukturiert, **ImpfVO**)

**Niedergelassene Ärzte über Meldeportale der KBV / PVS:**

Aggregierte Daten mit Anzahl der Impfungen je

1. BSNR
2. **PLZ des Arztsitzes**
3. **Datum der Schutzimpfung**
4. **Dosis in der Impfserie**
5. **Impfstoff-Produkt**
6. **Alter <18 Jahre oder 60+Jahre**  
(KBV: Alter ohne Impfstoffbezug)



# Limitationen der Daten aus dem Impfquotenmonitoring

- **Eingeschränkte Granularität der KBV-Daten:**
  - hochaggregierte Altersgruppen → Impfquoten in Zielgruppen schwer darstellbar
  - Zuordnung nur zum Ort des Impfens, nicht zum Wohnort der Geimpften  
→ keine kleinräumige Erfassung von Impfquoten möglich (z.B. LK-Ebene)
- **Fehlende Zuordnung Impfstoff – Altersgruppe der KBV-Daten**
  - Unterschätzung des Anteils mindestens einmal Geimpfter (Impfung mit Janssen-Impfstoff in KBV-Daten als Zweitimpfung...)
  - EU-Meldeverpflichtung kann nicht eingehalten werden
- **Vollständigkeit?**
  - RKI wertet ALLE übermittelten Daten aus und CoronaimpfVO gibt gesetzliche Grundlage für Übermittlung durch ALLE impfenden Stellen
  - Anbindung Betriebsärzte verlief langsamer als erhofft – Impfkationen teilweise bei DIM-Anschluss schon abgeschlossen; unklar ob Nachmeldungen erfolgten



# Warum stellt das RKI keine Daten nach PLZ / resp. Landkreis der Geimpften zur Verfügung?

- Die PLZ der Geimpften ist in den Daten der niedergelassenen Ärzte im KBV- und PVS-Portal nicht enthalten (mithin fehlt sie in 42% aller Impfmeldungen!)
    - Bei KBV und PVS wird die PLZ der Arztpraxis übermittelt und für die Auswertung einem Landkreis zugeordnet
  - aufgrund unvollständiger oder unkorrekter Übermittlungen aus den Bundesländern fehlt die PLZ der Geimpften zum Teil auch in den Daten aus Impfzentren und mobilen Teams (in DIM)
  - Daher wird für DIM-Auswertungen die räumliche Zuordnung der Impfungen zu den Impfstellen vorgenommen
  - Diese Zuordnung ist zwar aus allen Datenquellen (DIM, KBV, PVS) möglich, aber:
    - Im DIM stimmen die PLZ bzw. der LK der impfenden Stellen nicht immer mit dem tatsächlichen Impfort überein, da Meldungen mehrerer Impfstellen gebündelt werden (insbes. betriebliche Impfungen in mehreren Betriebsteilen oder durch mobile Impfteams mit einer zentralen Anbindung)
- Der Anteil der in einem PLZ-Bereich resp. Landkreis ansässigen Geimpften ist daher auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht ermittelbar.



## Untererfassung durch DIM?

- Mit DIM wird die Mindestimpfquote wiedergegeben
- DIM wertet tagesaktuell ALLE dem RKI vorliegenden Daten aus
- Eine tägliche Datenübermittlung aus allen impfenden Stellen ist gesetzlich vorgeschrieben
- Mit Stand Ende September wurde die Untererfassung im DIM auf bis zu 5 Prozentpunkte geschätzt
  - Dieser Schätzung lagen Überlegungen zugrunde, wieviele Impfungen von Betriebsmedizin und niedergelassener Ärzteschaft hätten durchgeführt werden können, wenn alle an sie ausgelieferten Impfstoffdosen verimpft worden wären
- Einzelheiten zur Schätzung wurden im 7.COVIMO-Report berichtet



# Berichtsformate des RKI mit Daten aus dem Impfquotenmonitoring

1. RKI-Homepage: Impfquoten nach Bundesland, Impfungen je Impfstoff und Impftag (montags bis freitags): <http://www.rki.de/covid-19-impfquoten>
2. RKI-Github-Datenportal: aggregierte Impfdaten in 2 CSV-Dateien zum Download: [https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen\\_in\\_Deutschland](https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland)
  - nach Impftag, Bundesland, Impfstoff und Impfstoffdosis
  - sowie nach Impftag, Landkreis der impfenden Stelle, Altersgruppe (12-17J, 18-59J, 60+J) und Impfschutz (unvollständig/vollständig)
3. BMG-Impfdashboard bezieht die Daten vom RKI mittlerweile via github: <https://impfdashboard.de/>
4. Impfquotenkapitel in den Wochenberichten des RKI: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html) (u.a. Impfungen nach Impfstelle, vollständige Impfungen nach Altersgruppen im Zeitverlauf)
5. Wöchentliche Meldung an jedes Bundesland: Anzahl Impfungen nach Impfstoff, Impfsérie, Alter, Meldeherkunft und Überblick über Impfungen nach Impfstoff und Impfstelle, alle Bundesländer und bundesweit
6. Einmal monatlich: Liste mit Anzahl Impfungen je Impfstelle (DIM) an jedes Bundesland und Gesamtliste an BMG (s. §11 Corona-ImpfVO)
7. Datenbereitstellung RKI intern: STIKO, Modelliererteam, Team Impfdurchbrüche ...
8. Datenbereitstellung extern: regelmäßig an PEI; täglich diverse Anfragen aus Politik, Medien, ÖGD, Wirtschaft ...

# Wie sieht das Konzept des RKI zur Evaluation einer COVID-19 Impfung in Deutschland aus? (Stand: Mai 2020)

	<b>Erhebung in real-time bzw. zeitnah</b>	<b>Erhebung mittel- und langfristig</b>
<b>Impfquoten</b> (RKI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Digitales) Impfquoten-Monitoring</li> <li>- Wöchentliche Telefonsurveys („COVIMO“), erheben neben Impfverhalten die Impfbereitschaft und – akzeptanz in der Bevölkerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KV Impfsurveillance (GKV-System)</li> <li>- KROCO (in Krankenhäusern)</li> </ul>
<b>Kommunikation und Akzeptanz</b> (BMG, BZgA, RKI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kampagne Allgemeinbevölkerung</li> <li>- Kommunikation Fachöffentlichkeit</li> <li>- Surveys zur Impfakzeptanz</li> </ul>	
<b>Impfeffektivität</b> (RKI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IfSG Fall-Meldungen und Screening-Methode (Impfdurchbrüche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhaus-basierte Fall-Kontrollstudie (Effektivität, Dauer)</li> <li>- Ausbruchsuntersuchungen</li> </ul>
<b>Impfstoff-Sicherheit</b> (PEI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Routinepharmakovigilanz mit observed vs. expected Analysen</li> <li>- Kohorte mit Smartphone App</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhaus-basierte Fall-Kontrollstudie (ADE, ERD)</li> <li>- Schwangeren-Register</li> <li>- Auswertung von digitalen Gesundheitsdaten</li> </ul>



# Die COVIMO-Studie:

## Monitoring zu Impfquoten, Impfbereitschaft und -akzeptanz

### Ziele:

- Zeitnahe Erfassung von Impfverhalten und -bereitschaft, Impfsakzeptanz, möglichen Impfhindernissen, Gründe des (Nicht-)Impfens etc.
- Ableitung von Maßnahmen, z. B. zur gezielteren ärztlichen Aufklärung bei Falschinformationen
- Information zur Umsetzung der Impfeempfehlung (neben DIM als primäre Surveillance)
- Flexible Ausrichtung der Befragung, z. B. auf bestimmte Altersgruppen

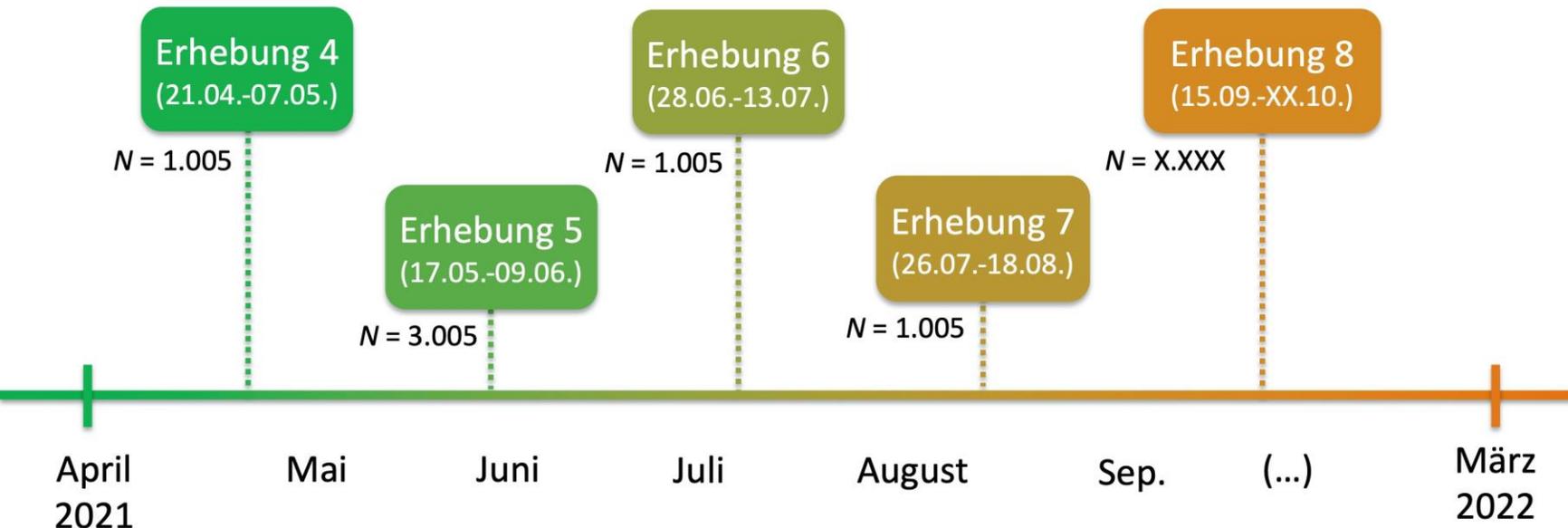
### Methode:

- Repräsentative telefonische Befragung (CATI) durch USUMA: Mobil- und Festnetznummern
- Standardisierte Befragung, teils kombiniert mit offenen Antworten
- Ca. 1000 per Zufallsverfahren ausgewählte deutschsprachige Personen ab 18 Jahre
- bisher zwei Fokuserhebungen mit 3.000 Personen, um Stratifizierung von z. B. Berufsgruppe vornehmen zu können



# Die COVIMO-Studie: Überblick und Inhalte der letzten Erhebungen

- Beginn der COVIMO-Studie: Januar 2021 (Erhebungen bis etwa März 2022 geplant)
- Inhalte: Fragen zu Impfstatus und Impfbereitschaft (neu: Booster-Impfung), Impfkzeptanz und Impfeinstellung, Gründe für bzw. gegen eine Impfung, Wissen über COVID-19-Impfungen (wird stets aktualisiert), Informationsbedarf



Aktuell läuft die achte Erhebung von COVIMO als Fokuserhebung mit ca. 3.000 befragten Personen ab 18 Jahre

In dieser wird u.a. der Influenza-Impfstatus (letzte Saison) sowie die Bereitschaft zur Impfung in dieser Saison erfragt



# Die COVIMO-Studie: Stärken und Limitationen



## Stärken

- zeitnahe Daten
- Methodische Vorteile gegenüber reinen Onlinestudien
- Abbildung von Zielgruppen möglich, z. B. bestimmte Berufsgruppen (Lehrer:innen/Erzieher:innen in Erhebung Nr. 5), jegliche Altersgruppen ab 18 Jahre etc.
- Einflussfaktoren auf Impfverhalten können sich mit der Zeit ändern: dynamischer Pandemieverlauf, dynamische Impfkativitäten, veränderte Impfempfehlungen, daher ist ein kontinuierliches Monitoring wichtig
- Auswertungen sind z. B. auch nach Bildungsstand, Migrationshintergrund, sozialen Gruppen möglich

## Limitationen

- Stichprobe umfasst bisher nur deutschsprachige Personen, die telefonisch erreichbar sind
- Selektionsbias ist sehr wahrscheinlich: impfbereite Personen nehmen eher an der Befragung teil > impfablehnende Personen sind unterrepräsentiert
- Keine tagesaktuellen Daten, Befragungszeitraum umfasst mind. 2 Wochen (bei Fokuserhebungen: 4 Wochen)
- Auf die Limitationen der Studie wurde seit Veröffentlichung des 1. Reports transparent hingewiesen (jeweils am Ende des veröffentlichten Dokuments)

# Was hat COVIMO mit der Unterschätzung der Impfquote durch DIM zu tun?

- Im COVIMO-Report zur 6. Erhebung wurde erstmals von abweichenden Impfquoten berichtet
- Die damalige Abweichung wurde zum Anlass genommen, um eine Unterschätzung in DIM zu diskutieren
- Auch im Report zur 6. Erhebung wurden schon verschiedene Erklärungsansätze angeführt:
  - Auf COVIMO-Seite: Selektionsbias, keine mehrsprachige Befragung
  - Auf DIM-Seite: Janssen-Impfungen, Meldung der Impfungen durch Betriebsärzte
- Mit Analyse der COVIMO-Daten zur 7. Erhebung wurden ähnliche Abweichungen der Impfquoten festgestellt
- Erneut wurden Erklärungsansätze diskutiert, diesmal mit einer Schätzung zur möglichen Untererfassung durch DIM
- **COVIMO war also mit ein Anlass, um eine mögliche Untererfassung in DIM zu beziffern – die Angabe der Untererfassung basiert jedoch NICHT auf Daten aus COVIMO!**



# Wie setzt sich die Schätzung zur Untererfassung in DIM zusammen?

- Ausgangswert sind die offiziell übermittelten Daten aus DIM (Stand: 05.10.2021):
  - 79,1 % mindestens einmal geimpfte Erwachsene, 75,4 % vollständig geimpfte Erwachsene
- Angabe von zwei möglichen Quellen der Untererfassung:
  - Meldung der durchgeführten Impfungen durch Betriebsärzt:innen
  - Meldung der durchgeführten Impfungen durch Ärzt:innen
- Annahme: alle bis zum 27.09.2021 an Betriebsärzt:innen und Ärzt:innen ausgelieferten Impfstoffdosen wurden auch bis zum 05.10.2021 verimpft
- Bei Betriebsärzt:innen: Schätzung zur Auswirkung auf die Impfquote
  - Anteil mindestens einmal Geimpfter würde sich um 2,0 Prozentpunkte und der Anteil vollständig Geimpfter um 1,8 Prozentpunkte erhöhen
- Bei Ärzt:innen: Schätzung zur Auswirkung auf die Impfquote
  - Anteil der mindestens einmal Geimpften würde sich um 3,2 Prozentpunkte und der Anteil der vollständig Geimpften um 2,7 Prozentpunkte erhöhen
- $79,1 + 2,0 + 3,2 =$  bis zu 84 % (mindestens einmal geimpfte Erwachsene);  $75,4 + 1,8 + 2,7 =$  bis zu 80 % (vollständig geimpfte Erwachsene)
- **Die Impfquoten aus DIM sind also als Mindest-Impfquote zu verstehen!**



## Wie geht es weiter?

- Abgleich DIM-Daten (Corona-ImpfVO) – KV-Daten (IfSG §13(5))
  - neues Pseudonymisierungsverfahren für KV-Daten über Bdr, das selbe Pseudonyme wie in DIM generiert (noch nicht implementiert)
  - Ziel: Impfquoten und Impfeffekte (auch langfristig)
  - KV-Daten des 2. Quartals stehen noch nicht bereit
- Abgleich der Schätzung zur Influenza-Impfquote (letzte Saison) aus COVIMO mit KV-Daten, sobald diese vorliegen
  - So könnte möglicherweise der Selektionsbias näher eingegrenzt werden
- Durchführung einer Fokuserhebung, in der auch fremdsprachige Interviews geführt werden
  - Zeitplan: Beginn der Datenerhebung Anfang November, Datenübermittlung voraussichtlich vor Weihnachten

etc.