

# Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland

(Stand 09.02.2021)

Das Robert Koch-Institut (RKI) erfasst wöchentlich die aggregierten Daten zur Anzahl der in Deutschland durchgeführten SARS-CoV-2-PCR-Tests, sowie einige Begleitinformationen. Hierfür werden deutschlandweit Daten von Universitätskliniken, Forschungseinrichtungen sowie klinischen und in der ambulanten Versorgung tätigen Laboren zusammengeführt. Die Erfassung basiert auf einer freiwilligen Mitteilung der Labore und erfolgt über eine webbasierte Plattform (VOXCO, RKI-Testzahlerfassung) in Zusammenarbeit mit der am RKI etablierten laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance (eine Erweiterung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance, ARS), dem Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir) sowie der Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands. Die Erfassung liefert Hinweise zur aktuellen Situation (etwa zur Zahl durchgeführter Tests) in den Laboren, erlaubt aber keine detaillierten Auswertungen oder direkten Vergleiche mit den gemeldeten Fallzahlen.

Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich Kalenderwoche (KW) 5/2021 wurden bisher 41.758.675 PCR-Labortests erfasst, davon wurden 2.480.718 positiv auf SARS-CoV-2 getestet (Datenstand 09.02.2020).

Bis einschließlich KW 5/2021 haben sich 259 Labore für die RKI-Testzahlerfassung oder in einem der anderen übermittelnden Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlabfrage die Tests der vergangenen Kalenderwochen nachmelden bzw. korrigieren können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich ändern. Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da z. B. in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können.

Im Hinblick auf die hohe Laborauslastung im Spätsommer und Herbst wurden die Testkriterien in KW 45/2020 an die Herausforderungen in der Win-

tersaison angepasst und auf Patienten mit schwerer Symptomatik und/oder begründetem epidemiologischen Verdacht auf eine Infektion (z. B. Kontaktpersonen) sowie Personen mit Risikofaktoren fokussiert. Da sich die Anzahl der berichteten PCR-Testungen seit dem Jahreswechsel deutlich reduziert und damit die Laborauslastung entspannt hat, wurden die Kriterien zur Testung wieder erweitert und schließen nun respiratorische Symptome jeglicher Schwere ein. Die aktuellen Testkriterien finden sich unter: [Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19](#) (Stand 3.2.2021). Zum Zwecke der frühzeitigen Erkennung von infizierten Personen ist eine möglichst niedrighschwellige, aber dennoch anlassbezogene Testung mittels RT-PCR anzustreben. Auf die [Nationale Teststrategie](#) wird hingewiesen.

Die mediane Positivquote ist Teil des Katalogs von Parametern zur Beschreibung der Lage. Bei den Positivquoten in [Tabelle 1](#) handelt es sich um den Anteil der positiven Proben von allen in der jeweiligen KW übermittelten PCR-Testungen der berichtenden Labore; Positivquoten der Testungen pro KW auf Laborebene können davon stark abweichen. Die breite Streuung des Anteils an positiven Testergebnissen zwischen den Laboren ist Ausdruck dafür, dass diese Zahl von der Zusammensetzung der eingehenden Proben abhängig ist (z. B. Proben im Zusammenhang mit einem COVID-19-Ausbruch, routinemäßiges Personalscreening, Testung von Einreisenden).

Der Anteil positiver Tests unter einer Teilmenge der berichteten PCR-Tests ist für KW 12/2020 bis KW 5/2021 in [Abbildung 1](#) dargestellt. Die Analyse erfolgte anhand der Daten aus der RKI-Testzahlerfassung und eines labormedizinischen Berufsverbandes. In KW 14 (30.03.2020 bis 05.04.2020) wurde mit 7,2 % (IQR: 4,8 %–10,8 %) die höchste mediane Positivquote des Ausbruchsgeschehens im Frühjahr 2020 registriert. Im Sommer 2020, welcher durch eine verhältnismäßig geringere Inzi-

Kalender- woche	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positiven- quote (%)	Anzahl über- mittelnde Labore
Bis einschl. KW10/2020	64.388	1.634		
11/2020	127.750	7.456	5,84	117
12/2020	373.856	25.847	6,91	153
13/2020	376.920	33.045	8,77	158
14/2020	416.510	37.591	9,03	162
15/2020	386.165	30.812	7,98	175
16/2020	339.983	22.724	6,68	172
17/2020	363.659	18.127	4,98	180
18/2020	327.799	12.600	3,84	178
19/2020	385.638	10.181	2,64	181
20/2020	431.682	7.142	1,65	183
21/2020	356.489	5.315	1,49	181
22/2020	408.078	4.335	1,06	175
23/2020	342.328	3.219	0,94	178
24/2020	327.980	2.956	0,90	175
25/2020	384.834	5.588	1,45	175
26/2020	472.823	3.919	0,83	182
27/2020	512.969	3.204	0,62	154
28/2020	513.572	3.042	0,59	182
29/2020	544.219	3.608	0,66	182
30/2020	556.634	4.537	0,82	187
31/2020	589.201	5.888	1,00	175
32/2020	719.476	7.374	1,02	174
33/2020	871.191	8.545	0,98	189
34/2020	1.034.449	8.868	0,86	197
35/2020	1.133.623	8.273	0,73	196
36/2020	1.052.942	8.203	0,78	195
37/2020	1.148.465	10.403	0,91	197
38/2020	1.147.879	13.647	1,19	206
39/2020	1.220.279	15.178	1,24	200
40/2020	1.129.127	19.930	1,77	198
41/2020	1.218.988	30.220	2,48	198
42/2020	1.284.349	46.000	3,58	205
43/2020	1.445.463	80.097	5,54	209
44/2020	1.663.992	118.111	7,10	210
45/2020	1.634.729	128.537	7,86	208
46/2020*	1.467.454	128.986	8,79	206
47/2020*	1.400.145	131.185	9,37	204
48/2020*	1.381.117	128.882	9,33	206
49/2020*	1.395.790	138.305	9,91	208
50/2020*	1.516.038	169.520	11,18	206
51/2020*	1.672.033	188.283	11,26	212
52/2020*	1.091.482	141.461	12,96	209
53/2020*	844.502	129.872	15,38	204
1/2021*	1.227.527	157.569	12,84	204
2/2021*	1.184.400	123.851	10,46	204
3/2021*	1.106.528	109.763	9,92	204
4/2021*	1.137.034	96.238	8,46	202
5/2021*	1.026.196	80.647	7,86	194
Summe	41.758.675	2.480.718		

Tab. 1 | Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Deutschland (Datenstand: 09.02.2021, 12.00 Uhr)

\* Ab 3. November 2020 geänderte Testkriterien, Daten nicht direkt mit Vorwochen vergleichbar

denz geprägt war, zeigte sich in KW 28 (06. bis 12.07.2020) die bisher niedrigste mediane Positivquote mit 0,3 % (IQR: 0,1 %–0,6 %). In KW 44 (26.10. bis 01.11.2020) betrug der Anteil positiver Testergebnisse im Median 6,5 % (IQR: 4,6 %–9,1 %). Ab KW 41 sind wieder deutliche Unterschiede in den Positivquoten der verschiedenen Labore und ein deutlicher Aufwärtstrend zu erkennen, was ein Hinweis auf ein inhomogenes Infektionsgeschehen sein könnte. Die bislang höchste mediane Positivquote von 16,8 % (IQR: 10,4 %–23,1 %) wurde in KW 53, 2020 verzeichnet. Seit dem Jahreswechsel sinken die Positivquoten in den Laboren wieder und haben in KW 5/2021 einen Median von 8,5 % (IQR: 5,3 %–10,9 %) erreicht.

### Beitrag von Laboren mit unterschiedlicher Testkapazität zur Gesamttestzahl in Deutschland

Seit Beginn der Pandemie beteiligen sich Labore mit unterschiedlich hohen Testkapazitäten an der SARS-CoV-2-Diagnostik mittels PCR und leisten so einen Kernbeitrag zur Überwindung der Pandemie. In [Abbildung 2](#) ist der Verlauf der Testkapazitäten einer Teilmenge von Laboren an der Gesamtzahl der durchgeführten Tests je Kalenderwoche dargestellt. Während der Hauptanteil der wöchentlichen PCR-Tests im Verlauf des Infektionsgeschehens im Frühjahr 2020 (Höhepunkt ca. KW 14, Abflauen bis ca. KW 19, siehe [Abb. 1](#)) zu ca. 80 % (73–85 %) von Laboren mit einer Testkapazität von bis zu 10.000 Tests pro Woche durchgeführt wurde, stieg der Anteil der Tests, die in Laboren mit über 10.000 Tests pro Woche durchgeführt wurden auf ca. 60–70 % während des Infektionsgeschehens im Herbst und Winter 2020 (KW 44–51). Die Steigerung der Testkapazität beruhte hierbei zum überwiegenden Teil auf dem Ausbau der Testkapazitäten in den einzelnen Testlaboratorien, wie aus dem Mengenfluss des Alluvial Diagramms in [Abbildung 2](#) ersichtlich wird.

### Erweiterung der Testkapazitäten durch Aufnahme von Antigen-Schnelltests in die Nationale Teststrategie

Im Oktober 2020 wurden Antigen-Schnelltests (AG-Point-of-Care-Tests, AG-POCT) in die Nationale Test-

## Anteil positiver Tests (%)

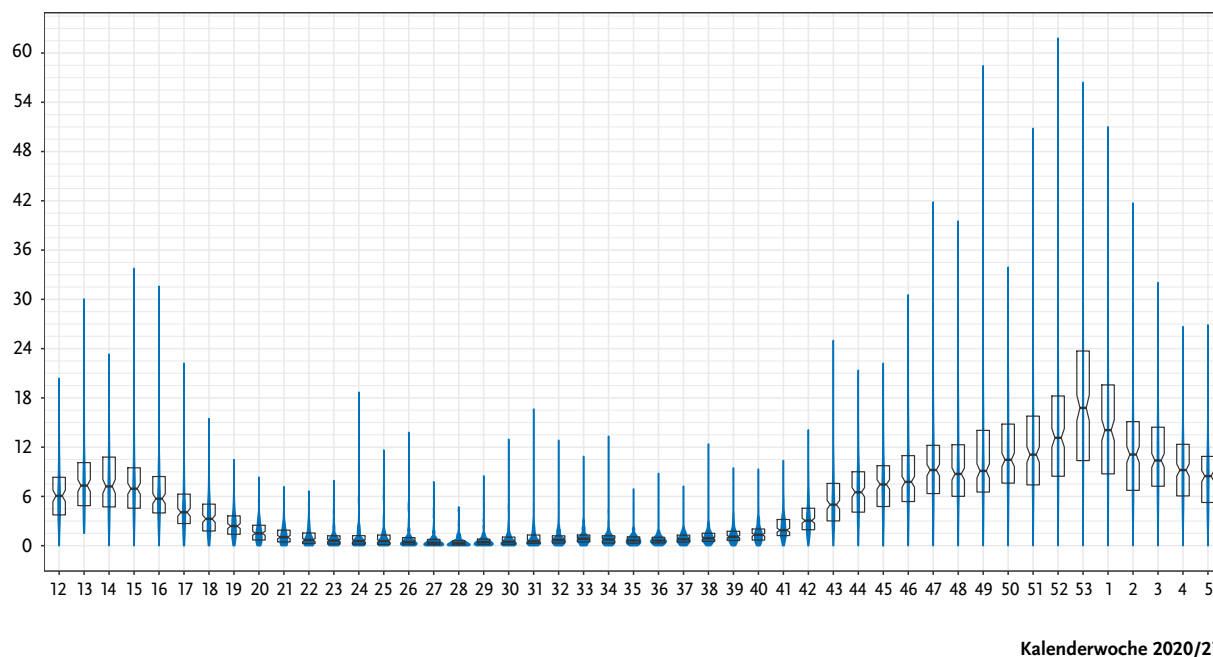


Abb. 1 | Anteil positiver SARS-CoV-2 PCR-Tests, Kalenderwoche 12/2020–5/2021

## Anzahl Tests pro Kalenderwoche

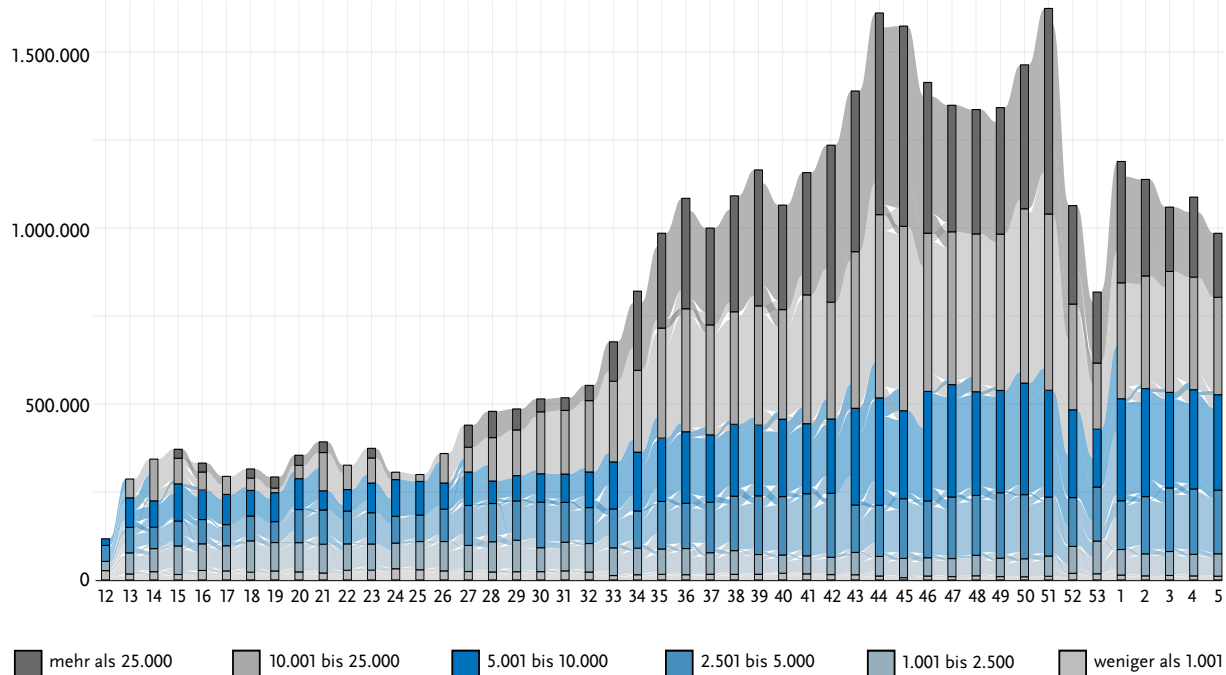


Abb. 2 | Beitrag von Laboren mit unterschiedlicher wöchentlicher Testkapazität zur Gesamtzahl der Tests pro Kalenderwoche. Basierend auf der Anzahl wöchentlicher Tests wurden die Labore in Gruppen von weniger als 1.001 Tests pro Kalenderwoche bis zu mehr als 25.000 Tests pro Kalenderwoche unterteilt. Der Mengenfluss zwischen den Balken des Alluvial Diagramms zeigt die Zu- oder Abnahme der wöchentlichen Tests, die zu Gruppenwechseln führten.

strategie aufgenommen. AG-POCT können bei Erfüllung definierter Anforderungen dort eine sinnvolle Ergänzung der (PCR-)Testkapazitäten darstellen, wo in der akuten Phase der Infektion schnell und vor Ort eine erste (Vor-)Entscheidung über das mögliche Vorliegen einer übertragungsrelevanten Infektion bei einer Person gefällt werden soll.<sup>1</sup> Voraussetzung dafür sind eine ausreichend hohe diagnostische Sensitivität sowie eine sehr hohe Spezifität. Die aktuell verfügbaren unabhängigen Studien<sup>2</sup> deuten darauf hin, dass zwischen den verschiedenen kommerziell erhältlichen Tests erhebliche Qualitätsunterschiede bestehen. Für die Bewältigung der Pandemie sind zuverlässige Nachweisverfahren unerlässlich.

Ein falsch-positives Testergebnis bedeutet, dass eine Person ein positives Testergebnis bekommt, obwohl keine Infektion mit SARS-CoV-2 vorliegt. Aufgrund des Funktionsprinzips von PCR-Tests und hohen Qualitätsanforderungen liegt die analytische Spezifität bei korrekter Durchführung und Bewertung bei nahezu 100 %. Antigen-Tests haben aufgrund ihres Funktionsprinzips nicht nur eine geringere Sensitivität, sondern auch eine geringere Spezifität. Positive Antigen-Testergebnisse sind daher immer durch eine PCR zu bestätigen.

Falsch-negative Ergebnisse, die durch eine unzureichende Sensitivität entstehen, vermitteln u. U. das Gefühl der falschen Sicherheit und verhindern das Unterbrechen von Infektionsketten. Falsch-positive Ergebnisse, die bei unzureichender Spezifität auftreten, führen u. U. zu einem Vertrauensverlust in die Ergebnisse. Beides kann zum Nicht-Einhalten der notwendigen Maßnahmen (AHA+L) führen und so die weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 begünstigen. Des Weiteren ist denkbar, dass eine breite Anwendung von AG-POC-Tests mit einer höheren Belastung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie der Laborkapazitäten einhergeht, da ein positives Ergebnis im AG-POCT als Verdacht auf Infektion mit SARS-CoV-2 gewertet wird und damit die nötigen Konsequenzen (Veranlassung eines RT-PCR-Tests zur Bestätigung, Kontaktpersonennachverfolgung) mit sich bringt.

Generell wird die Richtigkeit des Ergebnisses von Tests neben deren Qualitätsmerkmalen und der

Qualität von Probennahme, Transport, Durchführung und Befundung auch von der Verbreitung einer Erkrankung/eines Erregers in der Bevölkerung beeinflusst (positiver und negativer Vorhersagewert). Je seltener eine Erkrankung ist und je gezielter getestet wird, umso höher sind die Anforderungen an die Sensitivität und die Spezifität der zur Anwendung kommenden Tests. Aspekte des Zusammenhangs von Vortestwahrscheinlichkeit und Aussage von Antigentests werden in einer [Infografik](#) erläutert.

Im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen nehmen diagnostische Labore an Ringversuchen teil. Die bisher erhobenen Ergebnisse spiegeln die sehr gute PCR-Testdurchführung in deutschen Laboren wider (siehe [www.instand-ev.de](http://www.instand-ev.de)). Für AG-POCT steht im Moment noch kein Ringversuch zur Verfügung.

Die Herausgabe eines klinischen Befundes unterliegt einer fachkundigen Validierung und schließt im klinischen Setting Anamnese und Differentialdiagnosen ein. In der Regel werden nicht plausible Befunde in der Praxis durch [Testwiederholung](#) oder durch [zusätzliche Testverfahren](#) bestätigt bzw. verworfen.

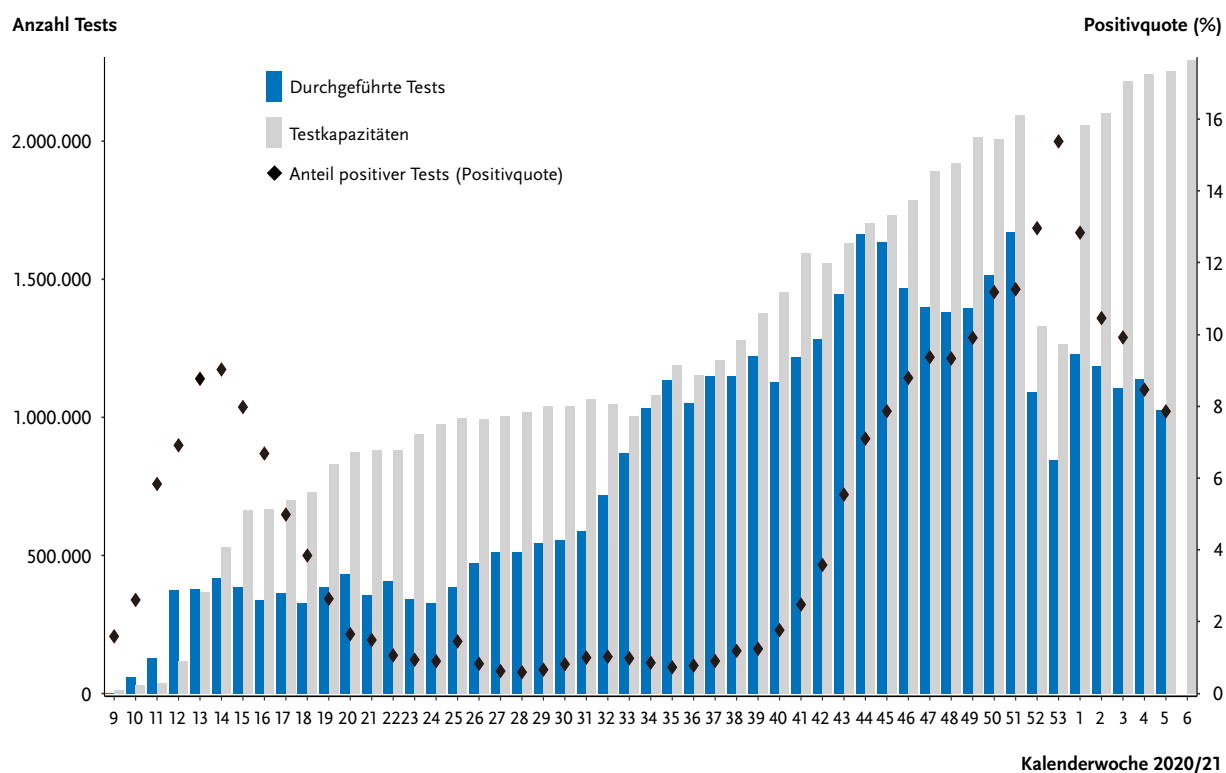
Bei korrekter Durchführung der PCR-Tests und fachkundiger Beurteilung der Ergebnisse gehen wir demnach von einer sehr geringen Zahl falsch-positiver PCR-Befunde aus, die die Einschätzung der Lage nicht verfälscht. Aufgrund der bisher vorliegenden Daten aus unabhängigen Studien zu AG-POC-Tests ist jedoch zu erwarten, dass der Anteil falsch-positiver AG-POCT-Ergebnisse deutlich höher ausfallen könnte. Daher werden nur PCR-bestätigte Infektionen als bestätigter Fall in das Meldewesen übernommen. Auf die [Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2](#) wird hingewiesen.

## Testkapazitäten und Reichweite

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testzahlerfassung und durch einen labormedizinischen Berufsverband Angaben zur täglichen (aktuellen) PCR-Testkapazität und Reichweite erfragt. Diese Angabe ist freiwillig und stellt nur eine Momentaufnahme für die jeweilige Kalenderwoche dar.

Es gaben 172 Labore in KW 5/2021 prognostisch an, in der folgenden Woche (KW 6/2021) Kapazitäten für insgesamt 347.005 PCR-Tests pro Tag zu haben. Alle 172 übermittelnden Labore machten Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 4–7 Arbeitstagen lagen, daraus resultiert eine errechnete theoretische maximale PCR-Testkapazität

von 2.331.685 durchführbaren PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 in KW 6/2021. Die Reichweite gibt an, wie viele Arbeitstage ein Labor unter Vollausslastung der angegebenen maximalen PCR-Testkapazität unter Berücksichtigung aller notwendigen Ressourcen (Entnahmematerial, Testreagenzien, Personal u. a.) zum Zeitpunkt der Abfrage arbeiten kann.



Anzahl der Labore, die Daten übermittelt haben																	
	9/2020	10/2020	11/2020	12/2020	13/2020	14/2020	15/2020	16/2020	17/2020	18/2020	19/2020	20/2020	21/2020	22/2020	23/2020	24/2020	25/2020
Testzahlen	27	70	118	154	159	163	176	172	180	179	182	183	182	176	179	176	176
Testkapazitäten	6	12	26	37	106	125	131	138	135	138	135	139	139	146	146	144	141
	26/2020	27/2020	28/2020	29/2020	30/2020	31/2020	32/2020	33/2020	34/2020	35/2020	36/2020	37/2020	38/2020	39/2020	40/2020	41/2020	42/2020
Testzahlen	183	155	183	183	188	176	175	189	199	197	196	197	206	201	199	199	206
Testkapazitäten	143	147	152	155	155	159	158	155	164	171	171	171	172	174	169	173	173
	43/2020	44/2020	45/2020	46/2020	47/2020	48/2020	49/2020	50/2020	51/2020	52/2020	53/2020	1/2021	2/2021	3/2021	4/2021	5/2021	6/2021
Testzahlen	210	212	209	207	205	208	210	208	214	210	206	206	205	205	203	195	–
Testkapazitäten	188	183	185	182	181	177	181	180	180	187	186	182	181	180	179	176	172

Abb. 3 | Anzahl der durchgeführten SARS-CoV-2-Testungen und der Positivquote in Deutschland sowie Testkapazitäten der übermittelnden Labore pro Kalenderwoche (KW), (Stand 09.02.2021, 12:00 Uhr)

Da die Reichweite stark vom Vorhandensein von Testreagenzien abhängig ist, stellt die Angabe eine Momentaufnahme in einem dynamischen System dar. In KW 5/2021 gaben 172 Labore zum Zeitpunkt der Abfrage eine Reichweite von 1–90 Arbeitstagen (Median: 7 Tage) an, daraus resultiert eine zum Zeitpunkt der Abfrage reelle PCR-Testkapazität von 2.294.687 Tests in KW 6/2021 (s. Abb. 3).

Die Differenz zwischen reeller und theoretischer maximaler Testkapazität ist überwiegend durch Lieferengpässe für Materialien/Reagenzien und auch durch Personalausfälle begründet.

### Fachliche Einordnung hinsichtlich der Testkapazitäten bzw. Reichweite

Verbrauchsmaterialien und Reagenzien werden in Laboren nur für kurze Zeiträume bevorratet (u. a. wegen begrenzter Haltbarkeit bestimmter Reagenzien). Bei steigender Anzahl durchgeführter Tests und aufgrund von Lieferengpässen bei weltweit steigender Nachfrage können sich die freien Kapazitäten in den nächsten Wochen reduzieren. Die Situation wird ferner dadurch verschärft, dass gerade bei Hochdurchsatzverfahren eine starke Abhängigkeit von einzelnen Herstellern besteht.

Mit steigenden Probenzahlen, wie sie zurzeit aufgrund der weiten Indikationsstellung zu beobachten sind, verlängern sich auch die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten, mit möglichen Konsequenzen für die zeitnahe Mitteilung des Ergebnisses an die betroffenen Personen, sowie einem größeren Verzug bei der Meldung an das Gesundheitsamt. Dies kann mit Nachteilen für eine zeitnahe Abklärung von SARS-CoV-2-Infektionen und Einleitung von Infektionsschutzmaßnahmen durch die Gesundheitsämter einhergehen (siehe Rückstau).

### Fachliche Einordnung der aktuellen Laborsituation in Deutschland

Seit Anpassung der Testkriterien sowie der Einführung von AG-POCT in bestimmten Settings hat sich die Auslastung der PCR-Testkapazitäten in den letzten zwei Wochen deutlich entspannt. Aktuell werden nur ca. 50 % der vorhandenen PCR-Kapazitäten genutzt. Dennoch kann es lokal aus vielerlei Grün-

den (z. B. Ausbruchsuntersuchungen) zu verlängerten Bearbeitungszeiten und Verzögerungen bei der Ergebnisübermittlung an die Gesundheitsämter kommen.

Auch die Durchführung von anderer notwendiger Diagnostik muss in Deutschland flächendeckend gewährleistet bleiben.

### Probenrückstau

Es gaben in KW 5/2021 42 Labore einen Rückstau von insgesamt 6.202 abzuarbeitenden Proben an. 16 Labore nannten Lieferschwierigkeiten, hierbei hauptsächlich Pipettenspitzen und Plastikverbrauchsmaterialien.

### Besorgniserregende Varianten (VOC) in Deutschland

Seit Dezember 2020 werden in Deutschland Infektionen mit den besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (*Variants Of Concern*, VOC) detektiert. Diese Varianten weisen Mutationen auf, die möglicherweise zu höherer Ansteckungsfähigkeit mit schnellerer Ausbreitung oder zu begrenzter Wirksamkeit einer Komponente der Immunantwort führen können.

Für eine umfassendere Einschätzung zur Verbreitung der VOC in Deutschland werden verschiedene Datenquellen im RKI analysiert, darunter Ergebnisse aus der RKI-Testzahlerfassung, von ad-hoc-Erhebungen in Laboren, Gesamtgenomsequenzdaten und Daten aus dem Meldewesen. Ein erster Bericht zu VOC wurde am 5.2.2021 veröffentlicht, das Update vom 09.02.2021 ist abrufbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/DESH/Bericht\\_VOC\\_05022021.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_05022021.html).

### Zusammenfassung

Seit September 2020 wurde in Deutschland gegenüber der Situation im Sommer wieder ein deutlich erhöhtes bundesweites Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 beobachtet, das in einem bisherigen Peak in KW 51–53 gipfelte. Zur Steuerung begrenzter Testkapazitäten erfolgte im November 2020 eine Anpassung der Testkriterien an die Situation in der

Wintersaison, so dass Testungen in Deutschland auf Personen mit schwerer respiratorischer bzw. direkt auf COVID-19-hinweisender Symptomatik oder akute respiratorische Symptome und Vorliegen weiterer Risikofaktoren fokussiert wurden. Dies hat zur Entlastung der diagnostischen Labore geführt. Die gegenwärtige Situation erlaubt es, die Testkriterien wieder weiter zu fassen und niederschwelliger zu testen. Auch der zunehmende Einsatz von Antigen-tests könnte zur Entlastung der diagnostischen Labore beigetragen haben. Wichtig ist hierbei, dass positive Antigentestergebnisse konsequent einer Bestätigung mittels PCR-Test zugeführt werden müssen, um den Verdacht auf das Vorliegen einer

Infektion mit SARS-CoV-2 mittels PCR zu bestätigen und um den Befund in das Meldewesen einfließen zu lassen. Auch eine Differenzierung im Hinblick auf das Vorliegen einer besorgniserregenden Variante von SARS-CoV-2 ist nur mittels PCR möglich. Das Auftreten von neuen Virusvarianten mit veränderten Eigenschaften stellt eine Herausforderung in der Pandemiebewältigung dar und erfordert schnelles und konsequentes Handeln, um die weitere Verbreitung rechtzeitig zu unterbinden.

Die aktuellen Testzahlen und -kapazitäten werden wöchentlich mittwochs im [RKI-Lagebericht](#) veröffentlicht.

### Literatur

- 1 WHO (2020) Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays: interim guidance, 11 September 2020 (Geneva: World Health Organization).
- 2 <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/diagnostics-global-health>

### Autorinnen und Autoren

<sup>d)</sup> Dr. Daniel Stern | <sup>b)</sup> Dr. Sindy Böttcher |  
<sup>b)</sup> Dr. Djin-Ye Oh | <sup>a)</sup> Dr. Doreen Staat | <sup>c)</sup> Stefan Albrecht |  
<sup>a)</sup> Dr. Niklas Willrich | <sup>a)</sup> Dr. Benedikt Zacher |  
<sup>b)</sup> Prof. Dr. Martin Mielke | <sup>a)</sup> Dr. Ute Rexroth |  
<sup>a)</sup> Dr. Osamah Hamouda | <sup>a)</sup> Dr. Janna Seifried

<sup>a)</sup> Abteilung für Infektionsepidemiologie, RKI

<sup>b)</sup> Abteilung für Infektionskrankheiten, RKI

<sup>c)</sup> Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, RKI

<sup>d)</sup> Zentrum für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene, RKI

**Korrespondenz:** [SeifriedJ@rki.de](mailto:SeifriedJ@rki.de)

### Vorgeschlagene Zitierweise

Stern D, Böttcher S, Oh DY, Staat D, Albrecht S, Willrich N, Zacher B, Mielke M, Rexroth U, Hamouda O, Seifried J: Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland

Epid Bull 2021;6:13-19 | DOI 10.25646/8001

### Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.