

## Update: Erfassung der SARS-CoV-2-PCR-Testzahlen in Deutschland und die Entwicklung der Testzahlen in ärztlichen Praxen

Das Robert Koch-Institut (RKI) erfasst wöchentlich die Anzahl der in Deutschland durchgeführten Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2- (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-Testlaborabfrage) in Zusammenarbeit mit der am RKI etablierten Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 (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 PCR-Tests) in den Laboren, erlaubt aber keine detaillierten Auswertungen oder direkten Vergleiche mit den gemeldeten Fallzahlen.

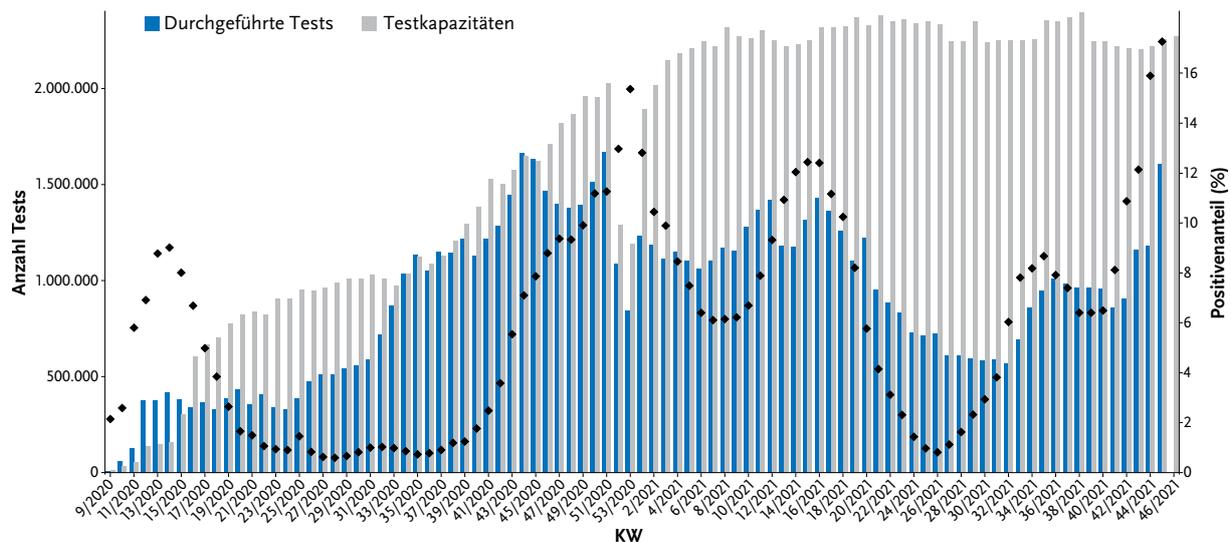
Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich Kalenderwoche (KW) 45/2021 wurden bisher 81.975.529 SARS-CoV-2-PCR-Tests erfasst, davon waren 5.677.751 positiv (Datenstand 17.11.2021).

Bis einschließlich KW 45/2021 haben sich 260 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen an der Erhebung beteiligten Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlabfrage PCR-Tests vergangener KW nachmelden bzw. korrigieren können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich ändern. Es ist zu beachten, dass die Zahl der PCR-Tests in der RKI-Testzahlerfassung nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da z. B. in den Angaben Mehrfachtestungen von Patientinnen und Patienten enthalten sein können (s. [Tab. 1](#)).

Im Rahmen der Bewältigung der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie spielt die Diagnostik hinsichtlich SARS-CoV-2/COVID-19 eine entscheidende Rolle. Die Bedeutung liegt nicht nur in der diagnostischen Abklärung, sondern hat eine herausragende Stellung auch für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung und hinsichtlich Strategien zur Verlangsamung des aktuellen Geschehens in Deutschland. Die Erfassung der durchgeführten PCR-Tests sowie die Ermittlung des Anteils der positiven PCR-Tests ermöglichen eine Einschätzung zur Wirksamkeit der Maßnahmen und der Umsetzung der Teststrategie. Je höher der Positivenanteil bei gleichzeitig anhaltend hohen Fallzahlen ist, desto höher wird die Anzahl potenziell unerkannter Infizierter in einer Population geschätzt (Untererfassung). In KW 45/2021 lag der Positivenanteil der erfassten Tests bei 17,27%; dies ist der höchste Wert seit Beginn der Erfassung. Um eine stärkere Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zu verhindern, ist es wichtig, dass auch Kinder und geimpfte/genesene Personen mit leichter Symptomatik mittels PCR-Test getestet werden.

Kalenderwoche	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positivenanteil (%)	Anzahl übermittelter Labore
Bis einschl. 35/2021	71.380.530	4.564.728	–	–
36/2021	1.010.977	80.004	7,91	211
37/2021	982.150	72.640	7,40	213
38/2021	961.979	61.593	6,40	210
39/2021	963.970	61.710	6,40	209
40/2021	957.725	62.171	6,49	208
41/2021	857.989	69.645	8,12	206
42/2021	906.917	98.591	10,87	203
43/2021	1.163.552	141.219	12,14	211
44/2021	1.183.169	188.073	15,90	205
45/2021	1.606.571	277.377	17,27	200
<b>Summe</b>	<b>81.975.529</b>	<b>5.677.751</b>		

**Tab. 1** | Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Deutschland (Datenstand: 17.11.2021)



**Abb. 1** | Anzahl der durchgeführten SARS-CoV-2-Testungen und der Positivenquote in Deutschland sowie Testkapazitäten der übermittelnden Labore pro Kalenderwoche, (Stand 17.11.2021).

Die seit Beginn der Erfassung an das RKI übermittelten Testzahlen und -kapazitäten pro KW sind in [Abbildung 1](#) dargestellt. Die vollständigen Testzahlen und -kapazitäten seit Beginn der Erfassung sind unter: <http://www.rki.de/covid-19-testzahlen> abrufbar. Bei dem in [Abbildung 1](#) angegebenen Positivenanteil handelt es sich um den Anteil der positiven Proben von allen in der jeweiligen KW übermittelten PCR-Testungen der berichtenden Labore; die Positivenanteile auf Laborebene können davon stark abweichen. Die breite Streuung des Anteils an positiven Testergebnissen zwischen den Laboren ist vom Setting der eingehenden Proben abhängig (z. B. Proben im Zusammenhang mit einem COVID-19-Ausbruch, routinemäßiges Personalscreening, Testung von Einreisenden).

### Sensitivität und Spezifität der diagnostischen Tests und die Rolle falsch-positiver Testergebnisse für die Bewertung der Lage in Deutschland

Generell wird die Korrektheit des Ergebnisses von diagnostischen 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.

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 %. Antigentests 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.

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)).

Die Herausgabe eines klinischen Befundes unterliegt einer fachkundigen Validierung und schließt im klinischen Setting Anamnese und Differenzialdiagnosen ein. In der Regel werden nicht plausible Befunde in der Praxis durch Testwiederholung oder durch zusätzliche Testverfahren bestätigt bzw. verworfen (siehe auch: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Vorl\\_Testung\\_nCoV.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html)).

Bei korrekter Durchführung der PCR-Tests und fachkundiger Beurteilung der Ergebnisse gehen wir demnach von einer sehr geringen Zahl falsch-positiver Befunde aus, die die Einschätzung der Lage nicht verfälscht.

### Bedeutung des Cycle Threshold-(Ct-) Wertes

Zur Bewertung des Laborergebnisses im individuellen Patientinnen- und Patientenmanagement wird oft der Ct-Wert, der als *proxy* für die Virus-RNA-Last betrachtet wird, mit einbezogen. Aufgrund vieler Faktoren (Zeitpunkt und Abnahmeort der Probenahme im Infektionsverlauf, Präanalytik, verwendetes PCR-Testsystem) unterliegen Ct-Werte jedoch präanalytischen und laborspezifischen Einflüssen. Daher sind Ct *cut-off*-Werte, unterhalb derer man von einer Infektiosität des Probenmaterials (bzw. Kontagiosität der getesteten Person) ausgehen müsse, nicht allgemeingültig, sondern können immer nur im jeweils verwendeten Testsystem bewertet werden. Die Ergebnisse aus Ringversuchen zeigen, dass die Ct-Werte stark von Labor zu Labor variieren können.<sup>1,2</sup> Zudem stellt das Infektionsrisiko ein Risikokontinuum ohne klar definierte Grenzwerte dar. Wie ansteckend eine Person für andere ist, hängt neben der Viruslast der infizierten Person auch von der Art des Kontakts, dem individuellen Verhalten, der Umgebung sowie der Dauer und Durchführung übertragungsreduzierender Maßnahmen (Abstand halten, Hygieneregeln beachten, Alltag mit Maske und Lüften – AHA+L) ab. Je länger und je intensiver (enger) der Kontakt, desto höher ist die Übertragungswahrscheinlichkeit auch bei geringer Viruslast. Dies ist bei der Interpretation von Ct-Werten zu berücksichtigen – insbesondere in Situationen, bei denen ein falsch-negatives Testergebnis gravierende Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

### Testkapazitäten und Reichweite

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter PCR-Tests werden in der RKI-Testzahlerfassung und durch einen labormedizinischen Berufsverband freiwillige Angaben zur täglichen (aktuellen) PCR-Testkapazität und Reichweite erfasst. In KW 45/2021 machten 177 Labore hierzu Angaben. Unter Berücksichtigung aller notwendigen Ressourcen (Entnahmematerial,

Testreagenzien, Personal u. a.) ergibt sich daraus eine zum Zeitpunkt der Abfrage reelle Testkapazität von 2.272.613 PCR-Tests in KW 46/2021 (s. Abb.1).

### Fachliche Einordnung der aktuellen Laborsituation in Deutschland

Es ist auch bei ausreichender Kapazität geboten, den Einsatz der Tests im Hinblick auf den angestrebten Erkenntnisgewinn in Abhängigkeit freier Testkapazitäten zu priorisieren. Über die Diagnostik hinaus vorhandene Kapazitäten sollten zum Screening besonders vulnerabler Gruppen (z. B. in Pflegeheimen) und auch bei solchen Personen, bei denen die Einhaltung der AHA+L-Regeln nicht ausreichend gewährleistet ist und denen (noch) kein Impfangebot unterbreitet werden kann (z. B. Kita- und Schulkinder <12 Jahre) genutzt werden. Hier können geeignete und validierte Poolverfahren, bei denen eine Probenverdünnung weitestgehend minimiert ist, eine weitere Möglichkeit darstellen, ein regelmäßiges und niederschwelliges Testangebot bereitzustellen (z. B. [Epid Bull 26/2021](#)).

Die [Nationale Teststrategie](#) sieht eine solche Priorisierung des Einsatzes vorhandener Testkapazitäten vor: [Bericht zur Optimierung der Laborkapazitäten zum direkten und indirekten Nachweis von SARS-CoV-2 im Rahmen der Steuerung von Maßnahmen](#)

### 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 zahlreiche 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 von 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, der aktuelle Bericht ist abrufbar unter [www.rki.de/covid-19-voc-berichte](http://www.rki.de/covid-19-voc-berichte).

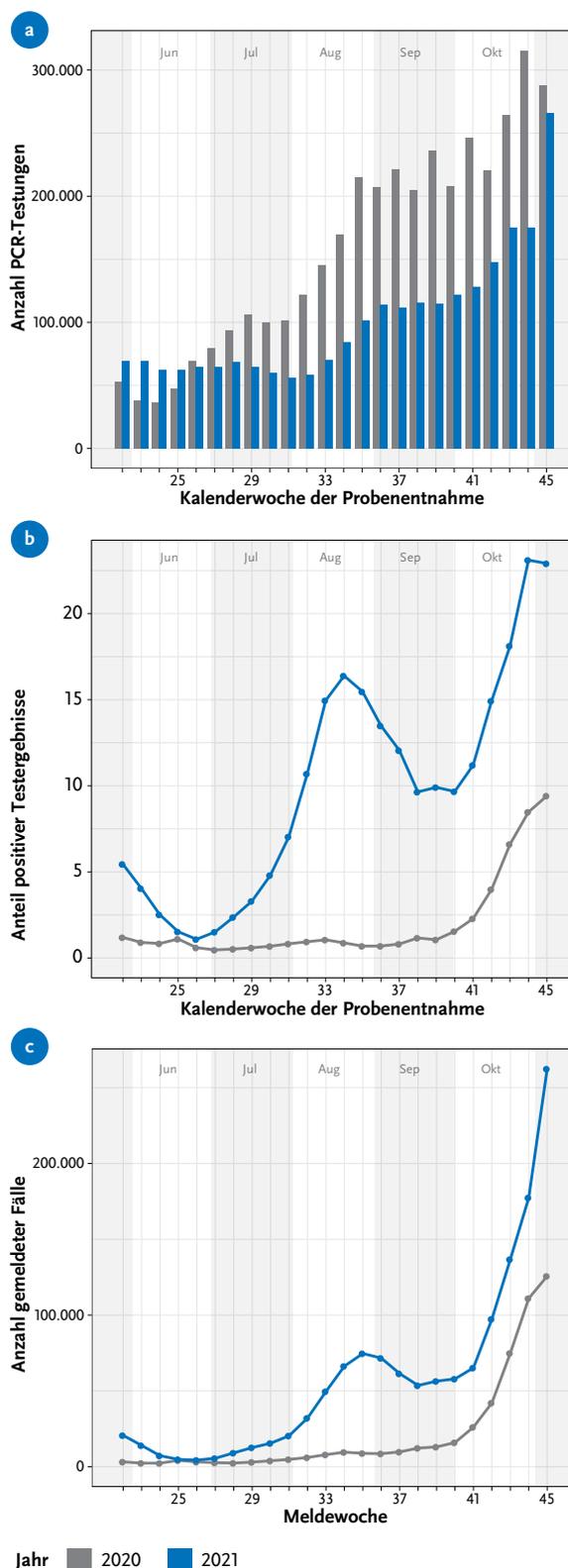
## Übermittelte PCR-Testungen auf SARS-CoV-2 in ärztlichen Praxen im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2

Die nationale Teststrategie<sup>3</sup> und die Testkriterien<sup>4</sup> sehen die PCR-Diagnostik als Mittel der Wahl für die Abklärung eines Verdachts auf eine SARS-CoV-2-Infektion bei Symptomen – unabhängig vom Impf- oder Genesenenstatus. Ärztliche Praxen leisten seit Beginn der Pandemie hierbei einen wichtigen Beitrag, indem sie der Bevölkerung einen flächendeckenden und niedrighschwelligen Zugang zu SARS-CoV-2-PCR-Diagnostik ermöglichen. Sie sind häufig der erste Anlaufpunkt für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion. Eine Erfassung des Testaufkommens in ärztlichen Praxen ist von großer Relevanz, um Aussagen über die Inanspruchnahme und Veranlassung von Testungen in diesen zu erhalten.

Im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelten (mit Datenstand 16.11.2021) 76 Labore Daten zu durchgeführten SARS-CoV-2-PCR-Testungen an das RKI.<sup>5,6</sup> Diese decken ca. 40% der insgesamt im Rahmen aller Abfragen und Surveillance-Systeme an das RKI übermittelten Testungen ab. Es werden unter anderem Informationen zum Einsender der Probe übermittelt – z. B. ob die Probe von einer ärztlichen Praxis, einem Krankenhaus oder einem anderen Organisationstyp (z. B. Gesundheitsämter, Teststationen für SARS-CoV-2 und nicht näher bezeichneten Einsendern) stammt. Die Dynamik der übermittelten Testzahlen und Positivenanteile im Vergleich zwischen unterschiedlichen Einsendertypen wurde in einer vorherigen Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* dargestellt.<sup>7</sup> Im Folgenden gehen wir genauer auf die Entwicklung der Testzahlen und Positivenanteile für den Einsendertyp ärztliche Praxis ein.

Für die Darstellungen werden im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelte PCR-Testungen der letzten 24 KW (KW 22 bis KW 45; Mitte Mai bis Mitte November 2021) betrachtet. Zum Vergleich werden die übermittelten Testungen für dieselben KW im Jahr 2020 dargestellt.

In **Abbildung 2** werden Anzahl und Positivenanteile der übermittelten Testungen mit Einsendertyp ärzt-



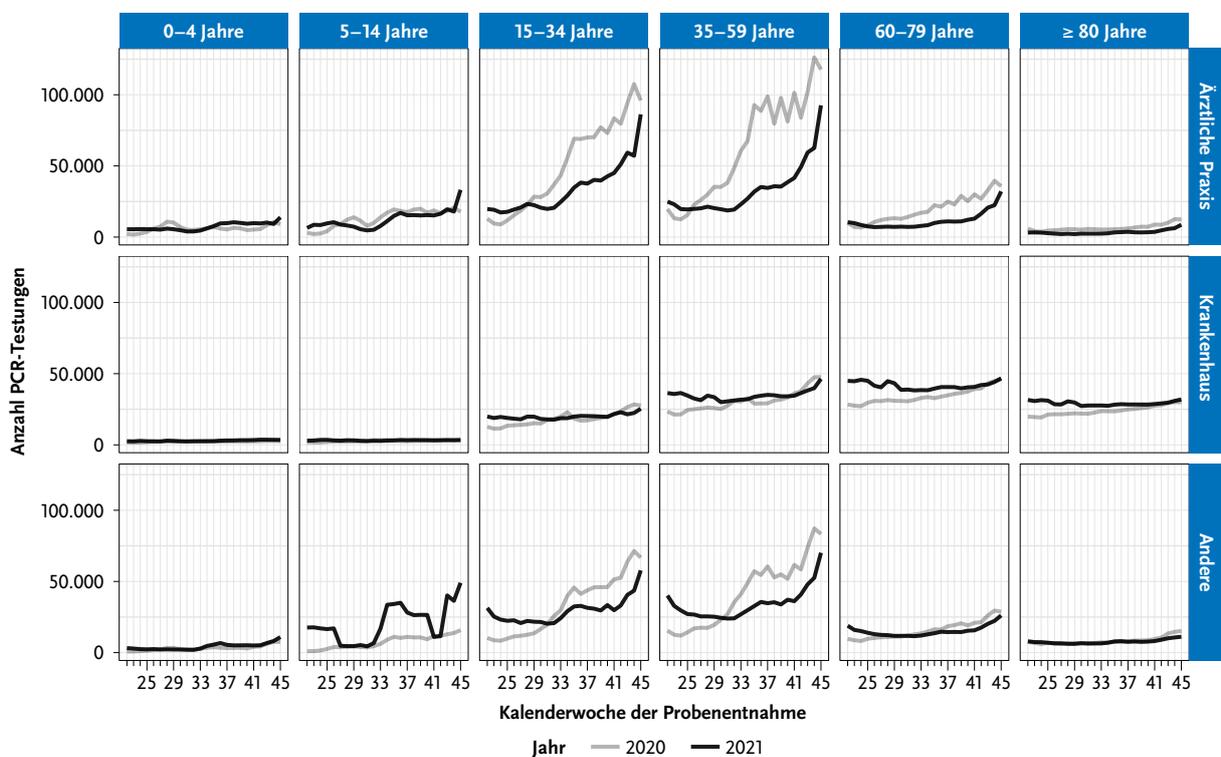
**Abb. 2** | Entwicklung der im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelten PCR-Testzahlen (a) und Positivenanteile (b) für Einsender ärztliche Praxis nach Kalenderwoche (KW) der Probenentnahme für die KW 22 bis KW 45 in den Jahren 2020 und 2021 (Datenstand 16.11.2021). Zum Vergleich werden in (c) auch die gemeldeten COVID-19-Fälle nach Meldewoche für denselben Zeitraum dargestellt (Datenstand 16.11.2021).

liche Praxis für beide Zeiträume nach KW dargestellt. Außerdem wird die Anzahl der im Rahmen der Meldepflicht erfassten COVID-19-Fälle für denselben Zeitraum dargestellt. Im Vergleich der beiden Jahre erkennt man, dass über den gesamten Darstellungszeitraum deutlich weniger PCR-Tests durch ärztliche Praxen veranlasst wurden, als dies im Vergleichszeitraum des Vorjahres der Fall war. Eine Ausnahme bildet hier die letzte dargestellte KW. Der Positivenanteil lag im Jahr 2021 deutlich über dem Positivenanteil im Vorjahr. In [Abbildung 3](#) wird die Gesamtzahl der übermittelten Testungen stratifiziert nach Altersgruppe dargestellt und zum Vergleich werden auch die Testzahlen für die anderen beiden möglichen Einsendertypen (Krankenhaus und Andere) gezeigt. Die meisten Testungen in ärztlichen Praxen wurden in den mittleren Altersgruppen (15 bis 59 Jahre) übermittelt. Hier gab es auch die größte Dynamik im Probenaufkommen. Im Krankenhaus finden Testungen eher in etwas höheren Altersgruppen statt ( $\geq 35$  Jahre). Der Einsendertyp „Andere“ ähnelt in der Testverteilung

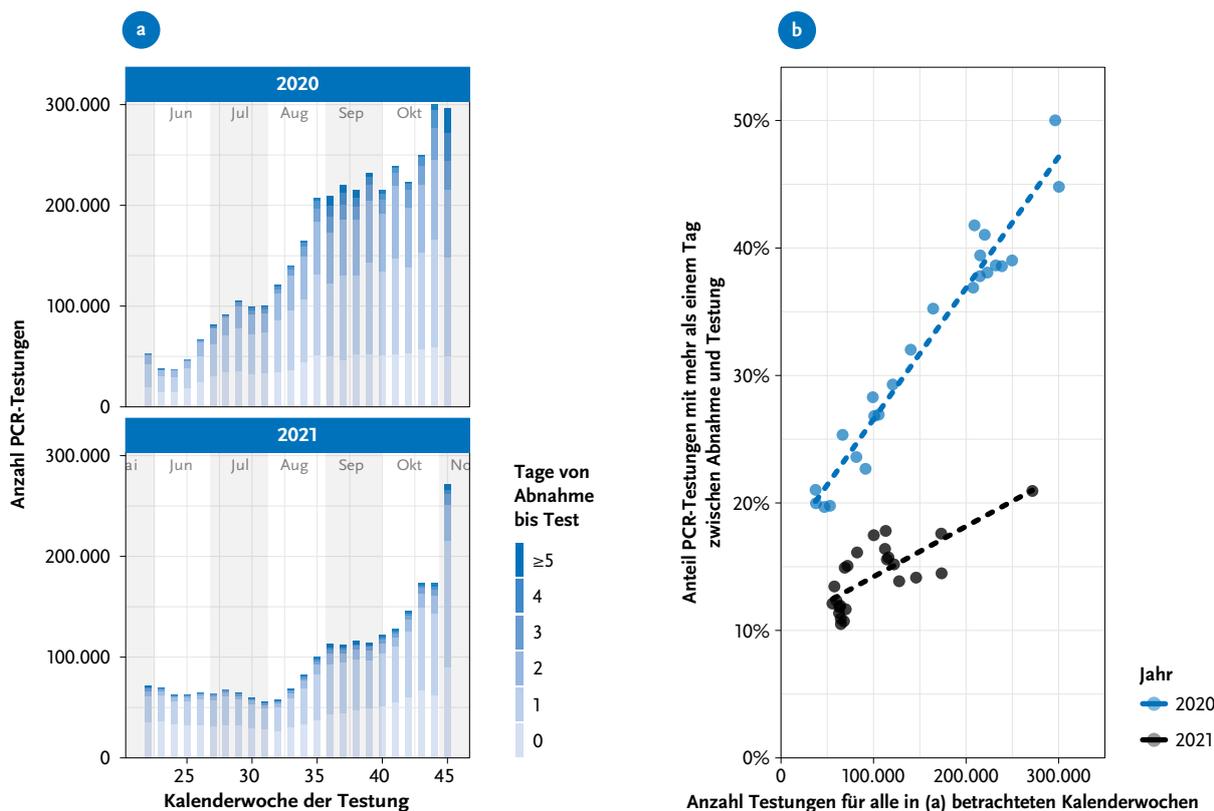
über die Altersgruppen dem Einsendertyp ärztliche Praxis, wobei die Unterschiede zwischen den Jahren weniger stark ausfallen.

In [Abbildung 4](#) werden die übermittelten Testungen nach KW der Testung dargestellt und nach der Anzahl der Tage zwischen Entnahme und Durchführung der Testung gruppiert. Der Testverzug im Jahr 2021 ist generell niedriger als im Jahr 2020. Außerdem wird in [Abbildung 4](#) die Korrelation zwischen der Anzahl Testungen pro KW und dem Anteil der Proben mit mehr als einem Tag Abstand zwischen Entnahme und Testung dargestellt. Für beide Jahre lässt sich ein Anstieg dieses Anteils mit zunehmenden Testzahlen beschreiben. Dieser fällt jedoch etwas stärker für das Jahr 2020 als für das Jahr 2021 aus.

Die Ergebnisse zeigen, dass in ärztlichen Praxen im Sommer und Herbst 2021 bisher weniger PCR-Untersuchungen vorgenommen wurden als im selben Zeitraum im Jahr 2020. Eine Ausnahme bildet



**Abb. 3** | Im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 übermittelte PCR-Testungen nach Kalenderwoche (KW) der Probenentnahme aufgeschlüsselt nach Altersgruppe und Einsendertyp für die KW 22 bis KW 45 in den Jahren 2020 und 2021 (Datenstand 16.11.2021).



**Abb. 4** | Im Rahmen der Laborbasierten Surveillance übermittelte PCR-Testungen mit Angabe des Testdatums für die Kalenderwoche (KW) 22 bis KW 45 in den Jahren 2020 und 2021 (Datenstand: 16.11.2021). (a) Darstellung der Anzahl PCR-Testungen nach KW der Testung – gruppiert nach der Anzahl der Tage zwischen Datum der Probenabnahme und Datum der Testung. (b) Für alle betrachteten KW werden die Anzahl der Testungen und der Anteil der Testungen mit mehr als einem Tag zwischen Abnahme und Testung dargestellt. Die Regressiongeraden für die dargestellten Datenpunkte der beiden Jahre sind gestrichelt eingezeichnet.

hier die letzte dargestellte KW. Der Abfall der Zahl der Testungen ist vor allem in den mittleren Altersgruppen zu sehen. Hierfür liegen mehrere mögliche Ursachen nahe. Durch die einfachere Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltests und -Selbsttests werden diese möglicherweise häufiger als Alternative zu einem PCR-Test genutzt. Im selben Zeitraum 2020 standen Antigentests noch nicht in diesem Maße zur Verfügung. Einen Einfluss auf die Testzahlen 2020 könnten auch die damaligen Testvorschriften und -empfehlungen für Reiserückkehrende gehabt haben.

Möglicherweise suchten geimpfte Personen bei Symptomen weniger häufig als ungeimpfte eine Ärztin oder einen Arzt zur weiteren Abklärung und Diagnostik auf. Allgemein ist jedoch die Anzahl an ärztlichen Konsultationen aufgrund von akuten Atemwegserkrankungen (ARE) im betrachteten Zeitraum 2021 nach Daten der ARE-Surveillance

der Arbeitsgemeinschaft Influenza etwas größer als im Vorjahr.<sup>8</sup> Möglicherweise veranlassten Ärztinnen und Ärzte auch seltener eine PCR-Diagnostik auf SARS-CoV-2 bei geimpften als bei ungeimpften Patientinnen und Patienten.

Je schneller ein Testergebnis vorliegt, desto effektiver können daraufhin eingeleitete Maßnahmen wie Kontaktnachverfolgung und Isolierung im Falle eines positiven Ergebnisses sein und umso weniger kommt es zu unnötigen Einschränkungen für eine getestete Person im Falle eines negativen Ergebnisses. In [Abbildung 4](#) sieht man einerseits, dass der Testverzug in Tagen zwischen Entnahmedatum und Datum der Testung 2021 in Vergleich zu 2020 geringer ist, andererseits scheint es weiterhin einen Zusammenhang zwischen einem Anstieg der Testzahlen und einem Anstieg des Testverzugs zu geben. Dieser scheint etwas schwächer zu sein als 2020. Die Angaben zu Kapazitäten, die im Rahmen

der RKI-Testzahlerfassung gesammelt werden, zeigen, dass die vorhandenen Kapazitäten zur Durchführung von SARS-CoV-2-spezifischen PCR-Tests zwischen 2020 und 2021 deutlich ausgebaut wurden, so dass die meisten Labore in dem dargestellten Zeitraum unter ihrer Auslastungsgrenze lagen.

### Zusammenfassung

Die Erfassung der SARS-CoV-2-PCR-Testzahlen stellt seit der frühen Phase der Pandemie kontinuierlich Daten zur bundesweiten Testsituation aus den verschiedensten Laboren Deutschlands zur Verfügung. Auch wenn es sich hierbei um eine freiwillige Übermittlung durch die Labore handelt, ist deren Teilnahme stabil. Nach einem raschen Ausbau der PCR-Testkapazitäten zu Beginn der Pandemie, wurden die vorhandenen Kapazitäten in den vergangenen Monaten nur etwa zur Hälfte in Anspruch genommen, allerdings hat die Anzahl der durchgeführten Testungen in KW 45/2021 stark zugenommen. Schwankungen in der Anzahl der durchgeführten PCR-Testungen werden von vielen Faktoren beeinflusst, wie z. B. der Höhe des Infektionsgeschehens, Änderungen der Testkriterien oder der Teststrategie aber auch durch geringere Inanspruchnahmen an Feiertagen. Ein direkter Vergleich der Testzahlen einzelner KW ist daher nur unter Berücksichtigung dieser Einflussfaktoren möglich.

Seit dem Winter 2020/21 sind SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltests verfügbar, die zum Screening symptomloser Personen genutzt werden können (z. B. „Bürgertests“, Personal in Pflegeeinrichtungen, Schülerinnen und Schüler), was zu einer Entlastung der PCR-Testkapazitäten geführt hat. Aufgrund der geringeren Sensitivität im Vergleich zur PCR sollen diese jedoch nur in bestimmten Settings (präventives Testen) eingesetzt werden. Bei symptomatischen Patientinnen und Patienten ist im Sinne der bestmöglichen Versorgung dieser Personen – unabhängig vom Impf- oder Genesenenstatus – immer eine Testung auf SARS-CoV-2 mittels PCR indiziert, auch dann, wenn ein Antigen-Schnelltest negativ ausgefallen sein sollte.

Es ist in ärztlichen Praxen weiterhin möglich niedrigschwellig mittels PCR zu testen. Entscheidend/

besonders bedeutsam für die weitere Bewältigung der Pandemie bleibt in den kommenden Wochen die Impfung noch ungeimpfter bzw. nicht vollständig geimpfter Personen und die Einhaltung der AHA+L+A-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, im Alltag Maske tragen, regelmäßig lüften und Corona-Warn-App nutzen). Der niedrigschwellige Einsatz eines PCR-Tests zum Zwecke der Diagnostik bei ungeimpften aber auch bei geimpften Personen ist ein wichtiger Baustein in der Pandemiebekämpfung. Darüber hinaus können ungenutzte PCR-Testkapazitäten auch für präventive Testungen in besonders vulnerablen Settings (z. B. Pflegeeinrichtungen) genutzt werden oder für Personengruppen, die noch nicht geimpft werden können und die die AHA+L-Regeln nur unzureichend einhalten können (z. B. Kita- und junge Schulkinder), um dort Einträge bzw. Infektionsketten schnell zu erkennen und unterbrechen, bzw. verhindern zu können (siehe auch: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html>).

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

---

## Literatur

- 1 Matheussen V, Corman VM, Donoso Mantke O, McCulloch E, Lammens C, Goossens H, et al. International external quality assessment for SARS-CoV-2 molecular detection and survey on clinical laboratory preparedness during the COVID-19 pandemic, April/May 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(27).
- 2 Rhoads D, Peaper DR, She RC, Nolte FS, Wojewoda CM, Anderson NW, et al. College of American Pathologists (CAP) Microbiology Committee Perspective: Caution Must Be Used in Interpreting the Cycle Threshold (Ct) Value. *Clin Infect Dis.* 2021;72(10):e685-e6.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit. Nationale Teststrategie. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Nationale\\_Teststrategie\\_kurz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Nationale_Teststrategie_kurz.pdf).
- 4 Robert Koch-Institut (RKI). Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien\\_Herbst\\_Winter.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html).
- 5 Hoffmann A, Noll I, Willrich N, Reuss A, Feig M, Schneider MJ, et al. Labor-basierte Surveillance SARS-CoV-2. *Epid Bull* 2020;15:5-9
- 6 Robert Koch-Institut (RKI). Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2. <https://ars.rki.de/Content/COVID19/Main.aspx>.
- 7 Willrich N, Stern D, Böttcher S, Biegala W, Albrecht S, Oh DY, et al. Erfassung der SARS-CoV-2-PCR-Testzahlen in Deutschland. *Epid Bull* 2021;24:3-10.
- 8 Buda S, Dürrwald R, Biere B., Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, et al. ARE-Wochenbericht KW42-2021. [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021\\_2022/2021-42.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-42.pdf).

---

## Autorinnen und Autoren

<sup>a)</sup> Dr. Niklas Willrich | <sup>b)</sup> Dr. Sindy Böttcher | <sup>d)</sup> Dr. Daniel Stern | <sup>b)</sup> Weronika Biegala | <sup>c)</sup> Stefan Albrecht |  
<sup>b)</sup> Dr. Djin-Ye Oh | <sup>a)</sup> Marcel Feig | <sup>a)</sup> Marc Schneider |  
<sup>a)</sup> Ines Noll | <sup>a)</sup> Dr. Muna Abu Sin | <sup>b)</sup> Prof. Dr. Martin Mielke | <sup>a)</sup> Dr. Ute Rexroth | <sup>a)</sup> Dr. Tim Eckmanns |  
<sup>a)</sup> Dr. Osamah Hamouda | <sup>a)</sup> Dr. Janna Seifried

<sup>a)</sup> RKI, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,

<sup>b)</sup> RKI, Abt. 1 Infektionskrankheiten

<sup>c)</sup> RKI, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

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

**Korrespondenz:** [SeifriedJ@rki.de](mailto:SeifriedJ@rki.de) (Testzahlerfassung);  
[WillrichN@rki.de](mailto:WillrichN@rki.de) (Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2)

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Willrich N, Böttcher S, Stern D, Biegala W, Albrecht S, Oh DY, Feig M, Schneider M, Noll I, Abu Sin M, Mielke M, Rexroth U, Eckmanns T, Hamouda O, Seifried J: Update: Erfassung der SARS-CoV-2-PCR-Testzahlen in Deutschland und die Entwicklung der Testzahlen in ärztlichen Praxen

*Epid Bull* 2021;47:18-25 | DOI 10.25646/9306

---

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

---

## Danksagung

Das RKI möchte sich an dieser Stelle bei allen an den Abfragen und den Surveillance-Systemen teilnehmenden Laboren für ihre Unterstützung, sowie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Labore für Ihren unermüdlichen Einsatz bedanken. Ein besonderer Dank gilt auch dem Verband der Akkreditierten Labore in der Medizin, ALM e.V., sowie Dr. Uli Früh für die ausgezeichnete Zusammenarbeit.