

Quelle : https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html

SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Stand: 12.6.2020

- [1. Übertragungswege](#)
- [2. Krankheitsverlauf, Symptome und demografische Einflüsse](#)
- [3. Risikogruppen für schwere Verläufe](#)
- [4. Spezielle Gruppen: Schwangere und Kinder](#)
- [5. Atypische Manifestationen, Komplikationen, Folgeerkrankungen](#)
- [6. Basisreproduktionszahl \(R0\)](#)
- [7. Überdispersion und „Superspreading“](#)
- [8. Inkubationszeit und serielles Intervall](#)
- [9. Dauer der Infektiosität](#)
- [10. Manifestationsindex](#)
- [11. Untererfassung](#)
- [12. Fall-Verstorbenen-Anteil, Letalität](#)
- [13. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Pneumonie](#)
- [14. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung](#)
- [15. Zeit von Erkrankungsbeginn bis zum Akuten Lungenversagen \(Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS\)](#)
- [16. Zeit von Erkrankungsbeginn bis ITS](#)
- [17. Zeit von Hospitalisierung bis ITS](#)
- [18. Dauer des Krankenhausaufenthalts](#)
- [19. Anteil der Hospitalisierten unter den Erkrankten](#)
- [20. Anteil der beatmungspflichtige Erkrankten](#)
- [21. Anteil der Hospitalisierten, die auf ITS behandelt wurden](#)
- [22. Anteil der invasiv beatmeten Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung \(ECMO\)](#)
- [23. Anteil Verstorbener unter den ITS-Patienten](#)
- [24. Viruslast bei und Übertragung durch asymptomatische/präsymptomatische Infizierte](#)
- [25. Tenazität; Inaktivierung des Virus auf Oberflächen](#)
- [26. Impfung](#)
- [27. Immunität](#)
- [Literatur](#)

Änderungen gegenüber der Version vom 29.5.2020: insbesondere die Abschnitte

1. Übertragungswege
7. Überdispersion (neu)
26. Impfung

Der Steckbrief zu COVID-19 beleuchtet wesentliche epidemiologische und Public Health-relevante Aspekte des SARS-CoV-2-Erregers. Er basiert auf der laufenden Sichtung der wissenschaftlichen Literatur, inklusive der methodischen Bewertung der entsprechenden Quellen. Der Steckbrief dient damit als orientierende Literatur-Zusammenfassung, kann aber

nicht für jeden Gliederungspunkt die Detailtiefe einer systematischen Übersichtsarbeit darstellen. Für weiterführende Informationen zu spezifischen Fragestellungen verweisen wir auch auf die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften. Einige der referenzierten Veröffentlichungen sind bisher nur als Vorab-Publikation („preprint“) verfügbar. Das heißt, sie wurden zwar schon der (Fach-) Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt, wurden aber noch nicht in einem Peer Review-Verfahren begutachtet. Da sich die Datenlage sehr rasch erweitert, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Publikationen in der aktuellen Version des Steckbriefs noch nicht berücksichtigt wurden. Auch ist es möglich, dass einzelne Quellen von anderen Personen anders bewertet werden. Dieser Erregersteckbrief ist ein „dynamisches Dokument“, d. h. es werden laufend Erweiterungen, Präzisierungen und Kürzungen vorgenommen. Anmerkungen oder Ergänzungsvorschläge sind daher willkommen.

Tabelle 1: Wesentliche Parameter zu COVID-19 im Überblick

Parameter	Wert
Hauptübertragungsweg	Tröpfcheninfektion/ Aerosole
Deutsche Fälle (Stand 05.06.2020)	
Altersmedian	50 Jahre
Husten	49%
Fieber	41%
Schnupfen	21%
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns*	15%
Pneumonie	3,0%
Informationen aus (inter-)nationalen Studien	
Risikogruppen	insbesondere Ältere, Vorerkrankte
Basisreproduktionszahl R_0	2–3,3
Inkubationszeit (Mittel, Spannweite)	5–6 Tage (1–14 Tage)
Manifestationsindex	56,8–86 %
Dauer des Krankenhausaufenthaltes (China)	im Mittel mindestens 10 Tage
Anteil der Hospitalisierten mit Beatmung	2–25 %
Impfung; spezifische Medikation	nicht verfügbar

* Seit der 17. KW wird für die COVID-19-Fälle auch Geruchs- und Geschmacksverlust als Symptom erfasst. Die deutlich höhere Prozentzahl in Abbildung 1 resultiert vermutlich aus der intensiveren Ermittlung solcher Symptome im Rahmen von Studien im Vergleich zum Meldewesen.

1. Übertragungswwege

In der Allgemeinbevölkerung (gesellschaftlicher Umgang)

Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Flüssigkeitsteilikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen entstehen (19, 20). Je nach Partikelgröße unterscheidet man Tröpfchen (größer als 5 µm) von kleineren Partikeln (Tröpfchenkerne oder infektiöse Aerosole, kleiner als 5 µm). Der Übergang ist fließend, durch Austrocknung in der Luft können aus Partikeln, die in Tröpfchengröße ausgeschieden werden, Tröpfchenkerne entstehen. Beim Atmen und Sprechen, aber noch weitaus stärker beim Schreien und Singen werden vorwiegend kleine Partikel (Aerosol) ausgeschieden (8-14,

21, 22), beim Husten und Niesen entstehen zusätzlich deutlich mehr Tröpfchen (1, 2, 23). Neben der steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zur verstärkten Freisetzung beitragen (9). Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber Tröpfchen und Aerosolen im Umkreis von 1-2 m um eine infizierte Person herum erhöht (24). Während insbesondere größere respiratorische Tröpfchen schnell zu Boden sinken, können Aerosole - auch über längere Zeit - in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl weiterer Faktoren, u.a. der Temperatur und der Luftfeuchtigkeit, abhängig (20).

Der längere Aufenthalt in kleinen, schlecht oder nicht belüfteten Räumen kann die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine größere Distanz als 2 m erhöhen, insbesondere dann, wenn eine infiziöse Person besonders viele kleine Partikel (Aerosole) ausstößt und exponierte Personen besonders tief einatmen. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole ist unter diesen Bedingungen das Einhalten des Mindestabstandes ggf. nicht mehr ausreichend. Ein Beispiel dafür ist das gemeinsame Singen in einem geschlossenen Raum über einen längeren Zeitraum, wo es zu sehr hohen Erkrankungsraten kommen kann, die sonst nur selten beobachtet werden (16-18). Auch ein Fitnesskurs war Ausgangspunkt für ein ähnliches Infektionsgeschehen (25). Ein effektiver Luftaustausch kann die Aerosolkonzentration in einem Raum vermindern. Übertragungen im Außenbereich kommen insgesamt selten vor (26). Bei gleichzeitiger Wahrung des Mindestabstandes ist die Übertragungswahrscheinlichkeit im Außenbereich aufgrund der Luftbewegung sehr gering.

Kontaktübertragung: Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung der infektiösen Person nicht auszuschließen (27), da vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren unter bestimmten Umständen in der Umwelt nachgewiesen werden können (3, 28) (siehe Punkt „Tenazität“). Bei COVID-19-Patienten wurden vereinzelt auch PCR-positive Stuhlproben (29-31) identifiziert. Für eine Ansteckung über Stuhl müssen Viren jedoch vermehrungsfähig sein. Dies wurde in Studien bisher erst selten gezeigt (32, 33).

Konjunktiven als Eintrittspforte: In drei (von 63 untersuchten) Patienten mit COVID-19-Pneumonie waren Konjunktivalproben PCR-positiv (34). Dies ist jedoch kein Beleg, dass Konjunktiven als Eintrittspforte fungieren können.

Vertikale Übertragung von der (infizierten) Mutter auf ihr Kind (vor und während der Geburt sowie über die Muttermilch): Es gibt nur wenige Studien, die diese Fragestellung untersucht haben (29, 35-42). Basierend auf den bisher vorliegenden wenigen Untersuchungen und Fallberichten aus China zu Immunreaktionen bei Neugeborenen (erhöhte Werte der IgM-Antikörper, die i. d. R. nicht transplazentar übertragbar sind) kann eine Übertragung im Mutterleib nicht ausgeschlossen werden (40-42). In den meisten Fällen zeigen die Kinder SARS-CoV-2-positiver Mütter nach der Geburt keine Krankheitszeichen (40). Bislang sind nur einzelne Fälle von Erkrankungen bei Neugeborenen beschrieben, die möglicherweise Folge einer Infektion im Mutterleib sind (42). Eine Übertragung auf das neugeborene Kind ist über den engen Kontakt und eine Tröpfcheninfektion möglich. In mehreren Studien wurde die Muttermilch auf SARS-CoV-2 untersucht, ohne dass ein Nachweis erfolgte (43). In einer aktuellen Studie gelang bei einer von zwei SARS-CoV-2-positiven Müttern im Wochenbett der Nachweis von Virus-RNA aus vier verschiedenen Proben. Allerdings kann die beobachtete Infektion des Neugeborenen hier auch auf respiratorischem Weg erfolgt sein, da die Patientin erst nach Symptombeginn einen Mund-

Nasen-Schutz trug. Es wurde keine Virusanzucht versucht, insofern bleibt ungeklärt, ob das Virus in der Muttermilch tatsächlich infektiös war und eine Übertragung durch das Stillen damit möglich gewesen wäre (44). Die Datenlage ist derzeit noch nicht ausreichend, um diese und andere Fragen zu COVID-19 in der Schwangerschaft sicher zu beantworten.

Medizinischer Sektor

Im medizinischen Sektor sind alle potentiellen Übertragungswege von Bedeutung und müssen durch entsprechende Maßnahmen verhindert werden. Ein Hochrisikosetting sind Aerosolproduzierende Vorgänge, wie z.B. Intubation, Bronchoskopie oder zahnärztliche Prozeduren, bei denen eine Übertragung mittels Aerosol auf ärztliches/pflegerisches Personal möglich ist. Zur Verhinderung der Übertragung werden bei diesen Tätigkeiten spezielle Atemschutzmasken durch die betroffenen Berufsgruppen getragen.

[nach oben](#)

2. Krankheitsverlauf, Symptome und demografische Einflüsse

Die Krankheitsverläufe sind unspezifisch, vielfältig und variieren stark, von symptomlosen Verläufen bis zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod. Daher lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen zum „typischen“ Krankheitsverlauf machen. Informationen aus Europa zum Schweregrad werden vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) berichtet. Sie basieren auf der Analyse von Surveillance-Daten aus EU-/EWR-Ländern und dem Vereinigten Königreich, die im Europäischen Surveillance-System (TESSy) verfügbar sind: Aus den kumulierten in TESSy erfassten Fällen mit Angaben zu Symptomen (n = 100.233 aus 12 Europäischen Ländern; Stand 21.04.2020) werden als häufigste Symptome Fieber, Husten, Halsschmerzen berichtet (siehe Abbildung 1) (45). Laut den Daten aus dem deutschen Meldesystem werden ca. 20 % der in Deutschland gemeldeten Fälle hospitalisiert.

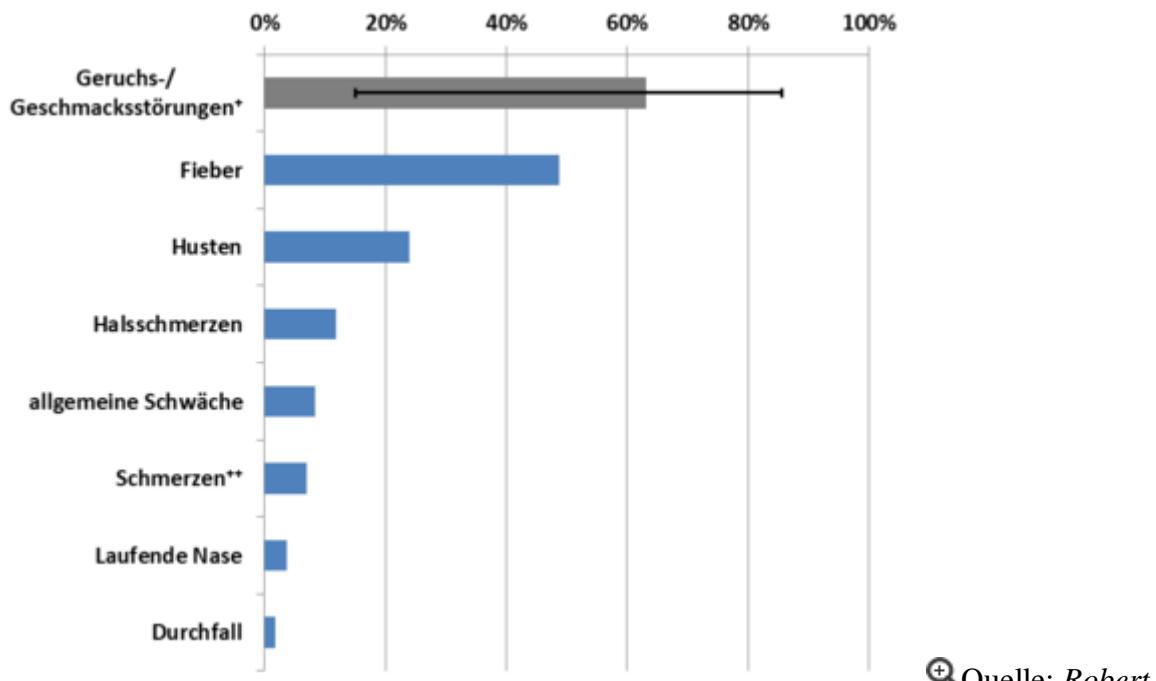


Abbildung 1: Auftreten der häufigsten Symptome bei COVID-19-Fällen in Europa.

Mit Ausnahme der Angaben zu den Beeinträchtigungen des Geruchs- und/oder Geschmackssinns stammen die hier berichteten Prozentsätze zu den COVID-19-assoziierten Symptomen vom Europäischen Surveillance System (TESSy). Bis zum 21.04.2020 wurden 389.850 laborbestätigte Fälle via TESSy gemeldet. Informationen zu Symptomen lagen für 100.233 Fälle aus 12 Ländern vor; Die Mehrheit (94 %) dieser Fälle wurde von Deutschland gemeldet.

+ Die Angaben zu den Beeinträchtigungen des Geruchs-Geschmackssinns stammen aus verschiedenen europäischen Studien (grauer Balken) (16, 46-49). Die in den Studien berichteten Prozentsätze zu Geschmackssinn- und Geruchssinnstörungen sind zusammengefasst und für die Größe der untersuchten Stichproben gewichtet. Die eingefügte Spannweite (schwarze Linie) berücksichtigt neben den zitierten Studien auch Daten aus dem deutschen Meldesystem. Daher beträgt die Spannweite 15–85,6 %.

++ Angaben zu Schmerzen wurden nicht näher definiert.

Durch die mittlerweile auch in Deutschland größeren Fallzahlen ist auch die Datenlage zu demografischen Angaben und auftretenden Symptomen stabiler geworden:

Tabelle 2: Demografische Daten und Symptome/Manifestationen COVID-19-Erkrankter in Deutschland (Stand 05.06.2020)

Überblick zu Daten aus Deutschland

Demografie

Geschlechterverhältnis	48 % männlich
Altersmedian	50 Jahre
	< 10 Jahre: 2,1 %
	10-19 Jahre: 4,5 %
Altersverteilung	20-49 Jahre: 43 %
	50-69 Jahre: 31 %
	70-89 Jahre: 16 %
	≥ 90 Jahre: 2,9 %

Häufig genannte Symptome/Manifestationen

Überblick zu Daten aus Deutschland

Husten	49 %
Fieber	41 %
Schnupfen	21 %
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns*	15 %
Pneumonie	3,0 %

Weitere Symptome: Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz.

* Seit der 17. KW wird für die COVID-19-Fälle auch Geruchs- und Geschmacksverlust als Symptom erfasst. Die deutlich höhere Prozentzahl in Abbildung 1 resultiert vermutlich aus der intensiveren Ermittlung solcher Symptome im Rahmen von Studien im Vergleich zum Meldewesen.

Co-Infektionen: Nicht selten leiden COVID-19-Patienten unter weiteren Infektionen: Bei 5–40 % der Patienten kam es zu Co-Infektionen (50-57). Häufig nachgewiesene Erreger bei COVID-19-Patienten waren *Mycoplasma pneumoniae*, *Candida albicans* und *Aspergillus* spp. Zudem wurden in einigen Fällen Superinfektionen mit multiresistenten Bakterien (z.B. *Klebsiella pneumoniae* und *Acinetobacter baumannii*) festgestellt. Co-Infektionen waren in einer Studie mit einem schwereren Verlauf assoziiert (54).

[nach oben](#)

3. Risikogruppen für schwere Verläufe

Dieser Steckbrief dient lediglich als Orientierung und kann nur einen Überblick zu größeren Erkrankungsgruppen bzw. Risikofaktoren geben. Die Vielfalt verschiedener potentiell prädisponierender Vorerkrankungen und ihrer Schweregrade (z.B. bereits bestehende Organschäden) sowie die Vielzahl anderer Einflussfaktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Gewicht, bestimmte Verhaltensweisen, adäquate medikamentöse/therapeutische Einstellung) und deren individuelle Kombinationsmöglichkeiten machen die Komplexität einer Risiko-Einschätzung deutlich. Daher ist eine generelle Festlegung zur Einstufung in eine Risikogruppe nicht möglich. Vielmehr erfordert dies eine personenbezogene Risiko-Einschätzung, im Sinne einer (arbeits-) medizinischen Beurteilung. Wichtige weiterführende Informationen zur Risiko-Einschätzung finden sich auch auf den Internetseiten der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften.

Schwere Verläufe sind eher selten, können aber auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung auftreten (51, 58) und werden auch bei jüngeren Patienten beobachtet (59). Bei folgenden Personengruppen werden schwere Krankheitsverläufe häufiger beobachtet:

- ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren; 86 % der in Deutschland an COVID-19 Verstorbenen waren 70 Jahre alt oder älter [Altersmedian: 82 Jahre])
- Raucher (30, 60) (schwache Evidenz)
- stark adipöse Menschen
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen (ohne Rangfolge):
 - des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck)

- chronische Lungenerkrankungen (z.B. COPD)
- chronische Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z.B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z. B. Cortison)

[nach oben](#)

4. Spezielle Gruppen: Schwangere und Kinder

Schwangere:

(a) Erwerb der Infektion: Aktuell gibt es keine Daten zur Empfänglichkeit für eine SARS-CoV-2-Infektion bei Schwangeren. Aufgrund der physiologischen Anpassung und immunologischen Änderungen während der Schwangerschaft kann eine erhöhte Empfänglichkeit für Infektionen durch SARS-CoV-2 nicht ausgeschlossen werden.

(b) Klinische Präsentation: Schwangere SARS-CoV-2-Infizierte scheinen seltener Symptome zu entwickeln, mit einem entsprechend niedrigeren Manifestationsindex. In einer Screening-Untersuchung von 215 Frauen im dritten Trimester wurden 33 Frauen (15 %) positiv getestet, aber nur vier (12 %) hatten Symptome (61). In einer weiteren Studie entwickelten schwangere Frauen im Vergleich zur Kontrollgruppe seltener Fieber (62).

(c) Schwere des Krankheitsverlaufs bei Schwangeren: Einige der vorliegenden Studien und Fallserien sowie die Ergebnisse des Berichts der „WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019“ (63) geben keinen Hinweis für einen schwereren Verlauf von COVID-19 bei Schwangeren im Vergleich zu Nicht-Schwangeren (61, 64-66). In einer landesweiten Studie aus Großbritannien, in die alle 194 Krankenhäuser mit Abteilungen für Geburtshilfe eingeschlossen waren, wurden in einem sechswöchigen Zeitraum 427 schwangere Patientinnen hospitalisiert (90.000 Geburten in diesem Zeitraum). Neun Prozent davon mussten intensivmedizinisch behandelt werden, wobei sich der Anteil von nicht-schwangeren Frauen im selben Alter nicht unterschied. Insgesamt verstarben fünf der hospitalisierten Frauen (1,2 %) (66). In zwei Studien mit kleineren Fallzahlen zeigte sich dagegen ein erhöhtes Risiko für schwangere COVID-19-Patientinnen (67, 68). Schwere Verläufe und vereinzelte Todesfälle werden zudem in mehreren Fallserien beschrieben (69-72), allerdings ist eine Abschätzung des relativen Risikos durch kleine Fallzahlen und fehlende Bezugsgrößen bzw. mangels Kontrollgruppen erschwert.

Zusammenfassend sind die Studiendaten aktuell nicht ausreichend, um ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe bei schwangeren Frauen zu belegen.

Da COVID-19 mit einer Hyperkoagulabilität einhergehen kann und es auch in der Schwangerschaft physiologisch zu einer Hyperkoagulabilität kommt, sollte die Indikation zur Thromboseprophylaxe sorgfältig geprüft werden (73-75).

Ungeborene Kinder: Es gibt bisher nur wenige Daten zu dieser Fragestellung, insbesondere keine Langzeitdaten, daher können zu dieser Fragestellung keine validen Aussagen gemacht werden. Grundsätzlich kann hohes Fieber während des ersten Trimenons der Schwangerschaft das Risiko von Komplikationen und Fehlbildungen erhöhen.

Kinder und Jugendliche: In der Mehrzahl der vorliegenden Studien waren Kinder seltener von einer SARS-CoV-2-Infektion betroffen (30, 76-80). In den meisten Studien, in denen Haushaltskontaktpersonen von Indexfällen nachuntersucht wurden, zeigte sich bei Kindern im Vergleich zu Erwachsenen eine niedrigere Empfänglichkeit für eine SARS-CoV-2-Infektion (81-83), während eine Studie eine ähnliche Wahrscheinlichkeit zeigte (84). Die attack rate lag bei 4–7 %. Nicht auszuschließen ist, dass Kinder in Lockdown-Situationen weniger Expositionen außerhalb des Haushaltes hatten als Erwachsene. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich Kinder bereits im Vorfeld unbemerkt infiziert hatten und somit zum Zeitpunkt der Untersuchung immun waren. Die bisherigen Studien zeigen, dass Kinder meist von Erwachsenen infiziert werden, in Haushaltscluster-Untersuchungen wurden aber auch Kinder als Indexfall identifiziert (82, 85, 86). In einer Untersuchung aus China wurden durch die Indexfälle, die unter 20 Jahre alt waren, mehr Haushaltkontakte infiziert (10 %) als durch die Indexfälle, die über 20 Jahre alt waren (6,7 %) (82; persönliche Kommunikation mit dem Autor). In den genannten Haushaltscluster-Untersuchungen wurden nur symptomatische Personen als Indexfall gewertet, so dass es zu einer Unterschätzung der Eintragung in die Familien durch asymptomatische Kinder gekommen sein kann.

Der Manifestationsindex liegt bei Kindern bei 72–96 % (87-89). In serologischen Studien zeigte sich, dass Kinder eine ähnlich hohe oder höhere Seroprävalenz als Erwachsene hatten (16, 90-93).

Die Mehrzahl der Kinder zeigt nach bisherigen Studien einen eher milden und unspezifischen Krankheitsverlauf (94, 95), auch wenn, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern, schwere Verläufe vorkommen können (87, 95-100). Eine Auswertung von europäischen Daten zeigte jedoch keinen Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit intensivmedizinischer Behandlungen bei Kindern über bzw. unter 5 Jahren (99).

Vorerkrankungen lagen in Deutschland bei 26 % aller hospitalisierten Kinder und bei 50 % aller Kinder in intensivmedizinischer Behandlung vor. Bei den hospitalisierten Kindern sind pulmonale (15 %) und kardiale (8 %) Vorerkrankungen häufiger registriert worden, die Fallzahlen sind allerdings zu gering, um zum jetzigen Zeitpunkt Rückschlüsse zu ziehen (100).

Fallberichte aus Nordamerika und weiteren Ländern zeigen, dass COVID-19-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen mit einem Krankheitsbild einer multisystemischen Inflammation einhergehen können, welches dem im Zusammenhang mit anderen Virusinfektionen beobachteten Kawasaki-Syndrom ähnelt (101). Fallserien wurden z. B. aus Bergamo/Italien und Paris publiziert (102, 103). Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) hat zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) eine Stellungnahme dazu verfasst und bittet Ärztinnen und Ärzte um Information über derartige Fälle. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat zu dieser Thematik ein Rapid Risk Assessment erstellt (99). Das ECDC bezeichnet das Krankheitsbild als PIMS-TSS: „pediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)“ in Kombination mit einem „toxic shock syndrome“ (TSS). Das Risiko für Kinder, an PIMS-TSS zu erkranken, wird vom ECDC als gering eingeschätzt. Auch die WHO hat eine Stellungnahme zum Multisystemischen Inflammatorischen Syndrom bei Kindern und Jugendlichen inklusive einer vorläufigen klinischen Falldefinition und einer Plattform zur Erfassung von Fällen publiziert (104). Todesfälle bei Kindern sind sehr selten (105).

In der Zusammenschau der bisher erhobenen Daten scheinen Kinder etwas weniger empfänglich für eine SARS-CoV-2-Infektion zu sein und spielen im Übertragungsgeschehen

möglicherweise eine geringere Rolle als Erwachsene (78, 79, 81, 82, 106, 107), obgleich erste Studien zur Viruslast bei Kindern keinen wesentlichen Unterschied zu Erwachsenen erbracht haben (108, 109). Auch wenn Kinder möglicherweise eine geringere Empfänglichkeit für eine Infektion aufweisen, bestehen bei ihnen andererseits in der Alltagssituation i. d. R. häufigere und engere physische Kontakte, die eine Übertragung begünstigen können. Zu beachten ist, dass die meisten Studien im Lockdown durchgeführt wurden. Sie lassen daher keine Rückschlüsse auf die Normalsituation mit geöffneten Bildungseinrichtungen zu. Zwei Studien, die nicht im Lockdown durchgeführt wurden, weisen darauf hin, dass Kinder keine niedrigere Seroprävalenz haben als Erwachsene (91, 93). Eine abschließende Einschätzung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

[nach oben](#)

5. Atypische Manifestationen, Komplikationen, Folgeerkrankungen

Neurologische Symptome und Erkrankungen: Einige Studien berichten über neurologische Symptome und Erkrankungen, die darauf schließen lassen, dass u. a. neurologische Langzeitfolgen auftreten können (110). So wurde beispielsweise von einer Patientin mit möglicherweise SARS-CoV-2-assozierter akuter nekrotisierender hämorrhagischer Enzephalopathie (111) und von einem Patienten mit SARS-CoV-2-assozierter Meningitis (112) berichtet. Ein weiterer Artikel vertritt die These, dass SARS-CoV-2-Viren neuroinvasive Eigenschaften besitzen, die das zentrale Nervensystem schädigen und damit zum Lungenversagen beitragen könnten (113). Einige Fallberichte bringen auch das Auftreten eines Guillain-Barré-Syndroms in seiner typischen Form (114-122) und in der Miller-Fisher-Variante (123) mit SARS-CoV-2-Infektionen in Zusammenhang. Auch den oben beschriebenen Störungen des Geruchssinns liegt ein neurologischer Pathomechanismus zugrunde (110).

Dermatologische Manifestationen: Neben den neurologischen Symptomen/Erkrankungen durch SARS-CoV-2 wird in verschiedenen Studien und Fallberichten eine relativ große Bandbreite an dermatologischen Manifestationen beschrieben. Dazu zählen u. a. juckende, morbilliforme Ausschläge, Papeln, Rötungen und ein Nesselsucht-ähnliches Erscheinungsbild sowie Hautbläschen und Frostbeulen-ähnliche Hautläsionen. In seltenen Fällen sind schwere Durchblutungsstörungen in den Akren bis hin zum Gangrän beschrieben (124-132). Ätiologisch gehen einige offenbar von einem direkt durch das Virus ausgelösten viralen Exanthem aus, andere führen die Erscheinungen auf eine Hyperkoagulation zurück, einhergehend mit mikrovaskulären, thrombotischen Verletzungen (133). Das Auftreten dieser Hautmanifestationen wurde sowohl am Anfang des Krankheitsverlaufs (noch vor anderen bekannten Symptomen) beobachtet, als auch im späteren Erkrankungsverlauf. Es können sowohl Kinder als auch Erwachsene betroffen sein. Hautmanifestationen treten nach aktueller Datenlage insgesamt selten auf, in einer Studie an einer größeren Studienpopulation (n = 1.099) in China waren 0,2 % der gesamten und 1,2 % der schwerer erkrankten Personen betroffen (30). Da viele der berichteten Hauterscheinungen nicht nur spezifisch bei COVID-19, sondern auch bei anderen Erkrankungen vorkommen, ist noch weitere Forschung an größeren Studienkollektiven nötig, um bestimmte dermatologische Erkrankungsmuster zu erkennen, die vielleicht in bestimmten Fällen die Diagnose einer COVID-19-Erkrankung erleichtern, oder eine gezieltere Behandlung gegen mögliche Spätfolgen erlauben.

Herz-Kreislauf-Symptome und -Erkrankungen: Zunehmend wird auch über verschiedene Herz-Kreislauf-Komplikationen und -Folgeerkrankungen berichtet: Zwei systematische Übersichtsarbeiten schlussfolgern, dass insbesondere bei schweren Infektionen der Atemwege mit akutem Lungenversagen und Sauerstoffunterversorgung durch COVID-19 eine Reihe von Patienten kardiovaskuläre Erkrankungen erleiden, einschließlich Myokardschädigungen, Myokarditis, akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und venösen thromboembolischen Ereignissen (134, 135). Letztere stehen im Einklang mit den oben geschilderten Beobachtungen zu dermatologischen Symptomen, die teilweise mit Hyperkoagulabilität bei COVID-19-Patienten in Zusammenhang stehen. Diese pathologisch erhöhte Blutgerinnung scheint bei schweren COVID-19-Verläufen auch mit einem erhöhten Risiko für Thromboembolien, u. a. in den unteren Extremitäten, und möglichen Folgeschäden einherzugehen (136-138). Eine Studie aus den Niederlanden berichtete von einem klinischen Verdacht auf thromboembolische Ereignisse bei 35 von 76 (47 %) COVID-19-Patienten, die auf einer Intensivstation behandelt wurden. Diagnostiziert wurden in 16 Fällen eine Lungenembolie in (sub-) segmentalen Arterien (21 %), in vier Fällen eine Lungenembolie in der Zentralarterie (5 %), in drei Fällen eine tiefe Venenthrombose (4 %) und in zwei Fällen ein ischämischer zerebrovaskulärer Insult (2,7 %) (139).

Nierenerkrankungen: In Studien zu hospitalisierten Patienten wird das Auftreten von akutem, u. U. dialysepflichtigem, Nierenversagen beobachtet, insbesondere bei schwer erkrankten beatmungspflichtigen COVID-19-Patienten. Der Anteil der Patienten, die ein akutes Nierenversagen entwickeln, variiert dabei erheblich (0,5–36,6 %) (23, 43, 44, 46, 49, 129-134). Dies hängt vermutlich mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Studienpopulationen zusammen (Alter, Schwere der COVID-19 Erkrankung, Vorerkrankungen). In einer großen multizentrischen New Yorker Kohortenstudie mit hospitalisierten COVID-19-Patienten ($n = 5.449$) entwickelten 36,6 % ein akutes Nierenversagen unterschiedlicher Schwere, davon benötigten 14,3 % eine Dialysebehandlung (5,2 % der gesamten Studienpopulation) (129). Der Anteil an akutem Nierenversagen lag bei beatmungspflichtigen Patienten bei 89,7 % im Vergleich zu 21,7 % bei nicht-beatmeten Patienten. In der Patientenkohorte des Aachener Uniklinikums musste sich fast die Hälfte ($n = 11$) der 24 Patienten mit ARDS einer Hämodialyse unterziehen (135).

Multisystemisches Inflammatorisches Syndrom bei Kindern und Jugendlichen: Dieses, dem Kawasaki-Syndrom bei Kindern ähnelnde Syndrom wird oben unter dem Absatz „Kinder und Jugendliche“ behandelt.

[nach oben](#)

6. Basisreproduktionszahl (R_0)

Verschiedene Studien verorten die Zahl der Zweitinfektionen, die von einem Fall ausgehen (Basisreproduktionszahl R_0) zwischen 2,4 und 3,3. Dabei wurden einzelne Studien mit deutlich höheren Schätzwerten nicht berücksichtigt. Dieser Wert kann so interpretiert werden, dass bei einem R_0 von etwa 3 ungefähr zwei Drittel aller Übertragungen verhindert werden müssen, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen (147). Das R_0 in China wurde im WHO-China Joint Mission Report in der Abwesenheit von Maßnahmen als 2–2,5 angegeben (63).

[nach oben](#)

7. Überdispersion und „Superspreading“

Die Reproduktionszahl (R_t) gibt eine durchschnittliche Anzahl der Folgeinfektionen durch eine infizierte Person an. Tatsächlich aber übertragen manche Menschen sehr viele Infektionen (sog. „Superspreader“) während andere Infizierte nur wenige oder sogar niemanden infizieren (148). Um diese individuellen Unterschiede statistisch darzustellen, kann die Verteilung der Anzahl von Folgeinfektionen mit Hilfe einer negativ binomialen Verteilung approximiert werden. Neben dem Erwartungswert (der Reproduktionszahl) wird diese durch einen weiteren Parameter, nämlich den Dispersionsparameter k beschrieben. Dieser Wert k kann einen beliebigen positiven Wert annehmen und gibt Auskunft darüber, wie gleichmäßig sich die Infektion in einer Gesellschaft verbreitet. Je kleiner k ist, desto ungleichmäßiger ist das Infektionsgeschehen, in dem Sinne, dass wenige Infizierte für viele Sekundärfälle und eine große Mehrheit der Infizierten nur für wenige oder keine Folgeinfektionen verantwortlich sind. Ein sehr kleines k (z.B. 0,1) spiegelt also ein Infektionsgeschehen wider, dass von Ausbrüchen dominiert wird, sog. „Superspreading-Events“ (SSE), während kleine Infektionsketten wenig zur Gesamtzahl der Neuinfektionen beitragen oder auch ganz abbrechen können. Wenn das Infektionsgeschehen eher von SSE dominiert wird, spricht man auch von „Overdispersion“ bzw. Überdispersion (148, 149).

Wissenschaftler diskutieren, ob derartige Ausbruchsgeschehen in weitaus größerem Ausmaß die Dynamik der Pandemie beeinflussen als bislang angenommen. So kommen Adam et al. in einer Clusteranalyse von 1.037 laborbestätigten Fällen in Hong Kong und einem k von 0,45 (95 %-KI: 0,30–0,72) zu der Annahme, dass im beobachteten Zeitraum in Hong Kong 20 % der Fälle für 80 % der Übertragungen verantwortlich waren (bis zum 28.04.2020, Superspreader events waren definiert als Ereignisse mit mindestens 6-8 Folgefällen) (149). Ob sich diese Beobachtung auf andere Länder übertragen lässt bleibt abzuwarten.

Eine Modellierungsstudie von Endo et al. stützt diese Annahme. Basierend auf den Daten der WHO-Länderberichte wurde geschätzt, dass mit einem median k von 0,1 (95 %-KI: 0,05–0,2) nur etwa 10 % infektiöser Indexfälle 80 % der Folgefälle ausmachen. Die Autoren weisen allerdings auf eine unsichere statistische Datenlage hin (150).

Beide Autorengruppen halten daher auch für COVID-19 die Bestimmung von k für sinnvoll, um das aktuelle Infektionsgeschehen besser einzuschätzen und Public Health Maßnahmen gezielter und effektiver einzusetzen (z.B. indem typische Situationen, in denen SSE auftreten könnten, identifiziert und vermieden werden).

[nach oben](#)

8. Inkubationszeit und serielles Intervall

Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Sie liegt im Mittel (Median) bei 5–6 Tagen (Spannweite 1 bis 14 Tage) (63, 151).

Das serielle Intervall definiert das durchschnittliche Intervall vom Beginn der Erkrankung eines ansteckenden Falles bis zum Erkrankungsbeginn eines von diesem angesteckten Falles. Das serielle Intervall ist meistens länger als die Inkubationszeit, weil die Ansteckung oft erst dann erfolgt, wenn ein Fall symptomatisch geworden ist. Letzteres scheint auf SARS-CoV-2-Infektionen nicht unbedingt zuzutreffen (152), was auch Studien zu asymptomatischen Übertragungen belegen (siehe unten). Das Robert Koch-Institut schätzt das serielle Intervall für SARS-CoV-2 im Median auf vier Tage (Interquartilabstand: 3–5 Tage), was durch verschiedene Studien gestützt wird (153–156). Prinzipiell ist das serielle Intervall jedoch keine

stabile Eigenschaft eines Erregers, sondern hängt (wie die Reproduktionszahl) ebenso von den Eigenschaften der Gesellschaft ab, in der sich ein Virus verbreitet.

[nach oben](#)

9. Dauer der Infektiosität

Basierend auf realen Daten wurde geschätzt, dass eine relevante Infektiosität bereits zwei Tage vor Symptombeginn vorhanden ist und die höchste Infektiosität am Tag vor dem Symptombeginn liegt (157). In einer Studie mit neun Patienten wurde die Ausscheidungsdynamik vermehrungsfähiger Viren aus Proben von Rachen und Sputum untersucht. Abstrichproben vom Rachen enthielten vermehrungsfähige Viren bis zum vierten, aus dem Sputum bis zum achten Tag nach Symptombeginn (46). In einer ähnlichen Untersuchung von 26 kultur-positiven nasopharyngeal und endotracheal gewonnenen Proben wurden bis zum siebten Tag nach Symptombeginn vermehrungsfähige Viren nachgewiesen (158). In einer Studie aus den USA mit 43 Pflegeheimbewohnern, für die das Datum des Symptombeginns bekannt war, wurden bis zu sechs Tagen vor und bis zu neun Tagen nach dem Symptombeginn vermehrungsfähige Viren im Nasen- bzw. Mund-Rachenraum nachgewiesen (159). Ein Bericht des National Centre for Infectious Diseases aus Singapur berichtet von einer möglichen Virusanzucht bis zum 11. Tag nach Symptombeginn. (160). Ein Literaturreview zur Bestimmung des infektiösen Zeitraums schloss neben Studien bzw. Fallberichten zum Nachweis vermehrungsfähiger Viren auch Untersuchungen ein, die auf PCR-Testungen, Kontaktpersonennachverfolgungen sowie auf Modellierungen basieren (161). Die aus diesen Studien abgeleiteten mittleren Zeiträume der Infektiosität variierten zum Teil erheblich und werden teilweise für asymptomatische Infektionen sowie für das Kindesalter kürzer angenommen. Auch die Schwere der Erkrankung hat vermutlich einen Einfluss auf die Dauer der Infektiosität. Zur Dauer der Infektiosität in der präsymptomatischen Phase zeigte sich im Mittel mit zwei Tagen (Spannbreite 1–4 Tage) eine verhältnismäßig gute Übereinstimmung zwischen den Studien. Untersuchungen von Infizierenden/Infizierten-Paaren stützen diese Annahme. Hier ergaben sich nach Symptombeginn Infektionszeiträume von durchschnittlich fünf bzw. sieben Tagen mit im Verlauf abnehmender Infektiosität (157, 161, 162). Anhand der bisher verfügbaren Datenlage und der bislang nicht gut untersuchten Einflussfaktoren (z.B. Krankheitsschwere) lassen sich abschließend keine sicheren Angaben zur Infektiositätsdauer und insbesondere zum Ende der infektiösen Periode ableiten.

[nach oben](#)

10. Manifestationsindex

Der Manifestations-Index beschreibt den Anteil der Infizierten, die auch tatsächlich erkrankt sind. In der Literatur wird von unterschiedlichen Manifestationsindizes berichtet. Das hängt u.a. damit zusammen, dass Untersuchungssituationen in unterschiedlichen Settings sowie die untersuchten Populationen stark differieren. So könnten beispielsweise jüngere Personen ohne Vorerkrankungen nur einmal untersucht worden sein, und das u.U. auch nur während einer frühen Phase der Infektion und ohne Kenntnis darüber, ob sich im weiteren Verlauf noch Symptome entwickelten. Eine andere Untersuchungssituation wäre gegeben, wenn z.B. ältere infizierte Personen mit Vorerkrankungen bis zum Ende einer durchlaufenen Infektion bzw. Erkrankung beobachtet wurden. Manifestationsindizes aus verschiedenen Settings sind z.B. (1) Kreuzfahrtschiffausbruch (geschätzt): 82 % (95 % -KI: 79,8–84,5 %) (163), (2) evakuierte

Reiserückkehrer: 69 % (164), (3) Pflegeheim: 86 % (165), und (4) eine Dorfbevölkerung in Italien (geschätzt): 56,8 % (95 %-KI: 45,3–67,8 %; siehe 20.) (78).

[nach oben](#)

11. Untererfassung

Die von Surveillance-Systemen angegebene Anzahl an Erkrankten unterliegt immer der Gefahr einer mehr oder weniger starken Verzerrung aufgrund der angewendeten Falldefinitionen. In jedem Erhebungssystem besteht die Notwendigkeit, Einzelpersonen aufgrund bestimmter Eigenschaften (Symptomatik; Labortests) zu erfassen. Somit wird immer nur eine Teilmenge erfasst. Die tatsächliche Anzahl Erkrankter muss daher häufig geschätzt werden.

Mit aller Vorsicht und Unsicherheit könnten zwei Studien zur Schätzung der Untererfassung herangezogen werden: Eine Studie, die noch auf Daten von Januar 2020 basierte, schätzt den Anteil der Infizierten, die im Überwachungssystem von China erfasst wurden auf 5 % (147), eine zweite Studie schätzt den Anteil auf 9,2 % (166). Somit wäre die Anzahl an Infizierten um einen Faktor 20 bzw. 11 größer als angegeben.

Sollte es in Deutschland zu einer großflächigen Verbreitung der Erkrankung in der Bevölkerung kommen, würde die Anzahl der COVID-19-Erkrankungen mit Arztbesuch mittels Modellierungen aus Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza geschätzt werden (167). Bei der Schätzung der Anzahl an Erkrankten mit oder ohne Arztbesuch könnten Daten aus dem GrippeWeb-Überwachungssystem (grippeweb.rki.de) herangezogen werden.

[nach oben](#)

12. Fall-Verstorbenen-Anteil, Letalität

Fall-Verstorbenen-Anteil (engl. case fatality rate, CFR): Für den Fall-Verstorbenen-Anteil teilt man die Zahl der gemeldeten verstorbenen Fälle durch die Zahl der gemeldeten Fälle in einer Population, z.B. in Deutschland. Alternativ wird durch die Zahl der Fälle mit bekanntem Endpunkt (genesene und verstorbene Fälle) geteilt. Ersterer Quotient würde den endgültigen Anteil unterschätzen (da noch nicht von allen Patienten der Endpunkt bekannt ist und Patienten mit längerem Krankheitsverlauf häufiger tödlich verlaufen), bei letzterem Quotient würde der endgültige Anteil überschätzt werden. Beide Anteile nähern sich einander an, wenn von immer mehr gemeldeten Fällen der Endpunkt bekannt ist.

Der Fall-Verstorbenen-Anteil nach der oben zuerst erläuterten Methode wurde vom ECDC für Europa auf 10,5 % geschätzt (45). In Deutschland liegt der Fall-Verstorbenen-Anteil aktuell bei 4,7 %. Eine Studie aus China schätzte den Fall-Verstorbenen-Anteil in einer Patientengruppe von 1.099 Personen auf 8,1 % (14 / 173) unter schweren Erkrankungen (Beatmung oder Sepsis) und 0,1 % (1 / 926) bei leichten Erkrankungen (gesamt 1,4 %). Unter Patienten mit sehr schwerem Verlauf (ITS oder Lungenversagen) war der Fall-Verstorbenen-Anteil 22 % (15 / 67) (30).

Die **Letalität** beschreibt die Anzahl der verstorbenen Fälle als Anteil der Zahl der (tatsächlich) erkrankten Fälle. Dazu liegen keine verlässlichen Daten vor, weil die tatsächliche Anzahl erkrankter Menschen unbekannt ist und möglicherweise deutlich höher liegt als die

Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle. Wenn tatsächlich die Zahl der erkrankten Fälle um einen Faktor 4,5–11,1 unterschätzt ist, dann beträfe das vermutlich v.a. die Zahl der (leichter) Erkrankten, die nicht durch das Überwachungssystem erfasst werden würden. Damit würde sich auch die (näher an der Wirklichkeit liegende) Letalität vermutlich um einen ähnlichen Faktor senken.

[nach oben](#)

13. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Pneumonie

In einer Veröffentlichung (chinesische Fallserie [n = 1.099]) betrug diese Zeitspanne vier Tage [IQR]: 2–7 Tage) (30).

[nach oben](#)

14. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung

In einer chinesischen Fallserie (n = 138 hospitalisierte Fälle, inkl. vieler nosokomialer Infektionen [n = 57], auch unter medizinischem Personal [n = 40]) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) sieben Tage (IQR: 4–8 Tage) (141). Eine andere chinesische Studie berichtet von einer Zeitspanne von viereinhalb Tagen (IQR: 2–7 Tage) für leichtere Erkrankungen und fünf Tage (IQR: 4–6,8 Tage) für schwere Verläufe (169). Eine Studie aus Deutschland zu 50 Patienten mit eher schwereren Verläufen berichtete für alle Patienten eine mittlere (Median) Dauer von vier Tagen (IQR: 1–8 Tage). Für die 24 Patienten mit akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS) und die 26 nicht-ARDS-Patienten wurden sieben (IQR: 2–10) bzw. drei (IQR: 1–7) Tage berichtet (146). In einer Kohortenstudie aus zwei New Yorker Krankenhäusern wurden die COVID-19-Patienten im Median fünf Tage nach Symptombeginn hospitalisiert (IQR: 2–7 Tage) (58). Die Dauer bis zur Hospitalisierung wird dabei nicht allein durch den Verlauf und die Schwere der Erkrankung beeinflusst. Vielmehr spielen hier weitere Faktoren eine Rolle wie z.B. die lokale Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Struktur der medizinischen Versorgung vor Ort und das Wissen der Bevölkerung und des Gesundheitspersonals über COVID-19.

[nach oben](#)

15. Zeit von Erkrankungsbeginn bis zum Akuten Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)

In einer chinesischen Fallserie (siehe 14.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) acht Tage (IQR: 6–12 Tage) (141), und in einer weiteren Veröffentlichung (n = 298 Patienten) 9 Tage (IQR: 7–11 Tage) (169).

[nach oben](#)

16. Zeit von Erkrankungsbeginn bis ITS

In einer chinesischen Fallserie (siehe 14.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) 10 Tage (IQR: 6–12 Tage) (141). Eine weitere Studie aus Wuhan berichtet von neun Tagen bei überlebenden und von 11 Tagen bei den verstorbenen Patienten (53). Eine Studie aus Deutschland (siehe 14.) berichtet über eine mediane Dauer von neun Tagen (IQR: 4–12 Tage; 10 Tage bei ARDS-Patienten [IQR: 4–12 Tage] und fünf Tage bei nicht-ARDS-Patienten [IQR: 0–7 Tage]) (146).

[nach oben](#)

17. Zeit von Hospitalisierung bis ITS

In einer chinesischen Fallserie (siehe 14.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) einen Tag (IQR: 0–3 Tage) (141).

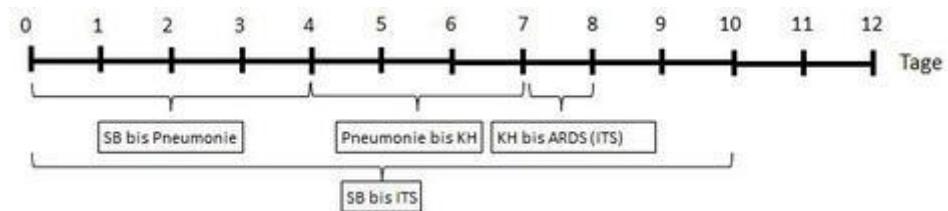


Abbildung 2:

Zeiträume ausgehend vom Symptombeginn (SB; Tag 0) bis zur Behandlung auf der Intensivstation (ITS); zusammengestellt aus verschiedenen chinesischen Fallserien; SB = Symptombeginn., KH = Krankenhausaufnahme, ITS = Aufnahme auf einer Intensivstation, ARDS = Acute Respiratory Distress Syndrome (akutes Lungenversagen). Quelle: *Robert Koch-Institut*

[nach oben](#)

18. Dauer des Krankenhausaufenthalts

In einer chinesischen Fallserie (siehe 14.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) 10 Tage (IQR: 7–14 Tage; angegeben für die bis dahin Genesenen) (141). Diese Zahl stellt vermutlich eine Unterschätzung dar: Im Bericht der „WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019“ wird berichtet, dass milde Fälle im Mittel (Median) einen Krankheitsverlauf von zwei Wochen haben und schwere von 3–6 Wochen (63). Die deutsche Studie (siehe 10.) berichtete von einer mittleren (Median) Hospitalisierungszeit von sieben Tagen unter den bis zum Ende der Datenerhebung acht entlassenen Patienten (keine ITS-Fälle, IQR: 6–11 Tage) (146).

[nach oben](#)

19. Anteil der Hospitalisierten unter den Erkrankten

Dieser Anteil hilft bei der Einschätzung, wie viele Patienten einen Krankheitsverlauf haben, der schwer genug ist, um eine stationäre Behandlung zu veranlassen. Er kann unter anderem dadurch verzerrt sein, dass eine stationäre Aufnahme vor allem für laborbestätigte Patienten, bevorzugt bei Personen mit Vorerkrankungen oder besonderen Risiken oder auch nur zum Zweck einer Isolation erfolgt und nicht wegen eines schweren Verlaufs. Laut der Daten aus dem deutschen Meldesystem werden ca. 20 % der in Deutschland gemeldeten Fälle hospitalisiert.

[nach oben](#)

20. Anteil der beatmungspflichtige Erkrankten

Es gibt verschiedene Quellen mit einer weiten Spannweite bezüglich der Häufigkeit einer maschinellen Beatmungspflichtigkeit, dabei scheint der Anteil innerhalb Hubeis mit ca. 20–25 % (52, 141, 170) deutlich höher zu sein als für ganz China (2–6 %) (30, 59, 171). In der bereits unter 14. genannten deutschen Studie betraf der Anteil 24 (alle ARDS-Patienten) von insgesamt 50 Patienten (48 %) (146).

[nach oben](#)

21. Anteil der Hospitalisierten, die auf ITS behandelt wurden

Hierzu liegen keine verlässlichen Informationen vor. In einer chinesischen Fallserie (siehe 14.) wurden 26 % (36 / 138) intensivmedizinisch behandelt (141), in einer anderen (n = 99) waren es 23 % (52). In einer Fallserie außerhalb Hubeis wurde dagegen ein Anteil von 2 % (1 / 62) auf einer Intensivstation behandelt (171). In der o. g. deutschen Studie betraf der Anteil 24 (alle ARDS-Patienten) von insgesamt 50 Patienten (48 %) (146) und das Epidemiologische Bulletin berichtete in Ausgabe 17/2020 von ca. 8 % (172). Im Rahmen einer Kohortenstudie aus zwei New Yorker Krankenhäusern wurde berichtet, dass 22 % der COVID-19-Patienten kritisch erkrankt waren (58).

[nach oben](#)

22. Anteil der invasiv beatmeten Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO)

Hierzu liegen keine verlässlichen Informationen vor. In einer chinesischen Fallserie (inkl. vielen nosokomialen Fällen, inkl. medizinisches Personal) wurden 24 % der invasiv beatmeten Patienten (4 Patienten mit ECMO / 17 invasiv beatmete Patienten) mit extrakorporaler Membranoxygenierung (vorübergehende technische Lungenersatz-Therapie) versorgt (141). Chen et al. berichten von 43 % (3 Patienten mit ECMO von 7 invasiv beatmeten Patienten) (52). Eine weitere Studie berichtet von 6 % (2 Patienten mit ECMO von 32 invasiv beatmeten Patienten) (169). In der deutschen Studie betraf der Anteil acht der 24 ARDS-Patienten (33 %) bzw. von allen 50 hospitalisierten Patienten (16 %) (146).

[nach oben](#)

23. Anteil Verstorbener unter den ITS-Patienten

Hierzu liegen wenige verlässliche Informationen vor, da kaum über Kohorten in den Studien berichtet wurde, die bis zum Ende beobachtet wurden, d. h. wo bei allen ein Endpunkt bekannt war. Im Rahmen einer Kohortenstudie aus zwei New Yorker Krankenhäusern wurde berichtet, dass unter kritisch erkrankten Patienten 39 % verstorben waren (37 % waren noch hospitalisiert). Im Median waren die Verstorbenen Patienten neun Tage hospitalisiert (58).

[nach oben](#)

24. Viruslast bei und Übertragung durch asymptomatische/präsymptomatische Infizierte

Transmissionen, bei denen der Indexfall keine bzw. noch keine Symptome zeigt, spielen beim SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen eine große Rolle. Das zeigt sich auch daran, dass die höchste Infektiosität am Tag vor dem Symptombeginn liegt (157). In einer Studie in einer Pflegeeinrichtung in Washington konnte mittels PCR auch bereits vor Symptombeginn SARS-CoV-2 Genom bei Bewohnern nachgewiesen werden (173). Dreizehn von 23 positiv getesteten Heimbewohnern zeigten am Tag der Testung keine Symptome, 10 wurden im Schnitt nach drei Tagen symptomatisch.

In einer Studie in der Bevölkerung von Vo', einer kleinen italienischen Gemeinde nahe Padua, wurde ein Großteil der Bevölkerung zweimal (86 % und 72 % der Bevölkerung) während der Lockdown-Situation in relativ kurzen Abständen befragt und getestet. Dabei kam man zu dem Ergebnis, dass 43,2 % (95 %-KI: 32,2–54,7 %) der laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektionen asymptomatisch waren (78). Eine sero-epidemiologische Studie in der deutschen Kleinstadt Heinsberg nach einem Ausbruchseignis in Folge einer Faschingsveranstaltung kam zu dem Ergebnis, dass 22 % aller Infizierten keine Krankheitszeichen entwickelten (16). Nach einem Ausbruch bei einer Hochzeit in Jordanien wurde berichtet, dass zum Zeitpunkt der Diagnose 47,4 % der SARS-CoV-2-infizierten Personen keine Symptome hatten (174).

Kinder und Schwangere haben nach ersten Studienergebnissen besonders häufig einen asymptomatischen Krankheitsverlauf. Bis zu 88 % der Schwangeren und bis zu 28 % der Kinder waren bei Untersuchungen ohne Krankheitszeichen (87-89, 175-177).

Für den hohen Stellenwert von asymptomatischen bzw. präsymptomatischen Übertragungen spricht auch die Tatsache, dass sich die Viruslast bei asymptomatischen und symptomatischen SARS-CoV-2-Infizierten nicht unterscheidet (78, 178). Die Viruslast scheint sich in den verschiedenen Altersgruppen, also beispielsweise zwischen Kindern und Erwachsenen, nicht wesentlich zu unterscheiden (108).

Der Anteil der asymptomatischen bzw. präsymptomatischen Übertragungen wurde in verschiedenen Modellierungen berechnet. In einer Simulationsstudie wurde (basierend auf Daten von 77 Infizierenden/Infizierten-Paaren) geschätzt, dass der Anteil der Übertragungen, die sich vor Symptombeginn ereigneten (präsymptomatische Übertragung), bei 44 % lag (157). Eine andere Studie schätzte diese Anteile für Singapur auf 48 % und für Tianjin, China auf 62 % (156).

In einer Studie wurde – basierend auf 40 Infizierenden/Infizierten-Paaren und unter der Annahme von einem $R_0 = 2$ mathematisch modelliert, dass sich dieses R_0 aufteilt auf folgende Beiträge verschiedener Infektionswege: (i) asymptomatische Übertragung: $R_0 = 0,1$ + (ii) Übertragung über die Umwelt (z.B. Viren-kontaminierte Oberflächen): $R_0 = 0,2$ + (iii) symptomatische Übertragungen: $R_0 = 0,8$ + (iv) präsymptomatische Übertragungen: $R_0 = 0,9$. Danach scheinen präsymptomatische Übertragungen eine ganz wesentliche Rolle für die Ausbreitung zu spielen (179). Das hat bedeutende Implikationen für die Analyse des epidemischen Geschehens und der damit verbundene Kontrollmaßnahmen zur Eindämmung der Epidemie. Wenn asymptomatische und präsymptomatische Übertragungen zusammen ein

R_0 von 1 erreichen, reichen diese beiden schwer identifizierbaren Transmissionswege (ohne Maßnahmen) allein aus, um die Epidemie fortzuführen.

[nach oben](#)

25. Tenazität; Inaktivierung des Virus auf Oberflächen

Aerosole: In einer Studie mit experimentell hergestellten, mit SARS-CoV-2-Viren angereicherten Aerosolen waren vermehrungsfähige Viren bis zu drei Stunden in Aerosol nachweisbar (siehe Punkt „Übertragungswege“) (3).

Oberflächen: In derselben Studie wurde auch untersucht, wie lange vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren auf verschiedenen unbelebten Oberflächen nachgewiesen werden können: Unter allen experimentellen Bedingungen nahmen die Mengen nachweisbarer Viren exponentiell ab. Auf Kupfer konnten nach vier und auf Karton nach 24 Stunden keine Viren mehr nachgewiesen werden, während diese auf Edelstahl (bis zu 48 Stunden) und Kunststoff (bis zu 72 Stunden) deutlich länger nachweisbar waren (3). Die untersuchte Viruslast war in diesen Untersuchungen jedoch relativ gering (104 / ml). In ähnlichen Untersuchungen mit höheren Virustitern von SARS-CoV-1 blieben die Viren bis zu sechs Tage vermehrungsfähig (180).

Die unterschiedlichen Inaktivierungskinetiken auf verschiedenen Materialien entsprechen auch früheren Erfahrungen mit SARS-CoV-1, die auf Papier, Baumwollgewebe oder Einwegschutzkitteln 24 Stunden bis zwei Tage bei hoher Viruslast (106 / ml) infektiös blieben, bei geringeren Titern (104 / ml) nur wenige Minuten bis eine Stunde (181). Aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit von SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2 ist für SARS-CoV-2 eine ähnliche Tenazität plausibel. Eine andere Studie wies SARS-CoV-2-RNA auf unterschiedlichsten Flächen im Krankenzimmer eines COVID-19-Patienten nach (nach vermehrungsfähigen Viren wurden hier jedoch nicht gesucht) (182).

Prinzipiell gilt, dass die Dauer der Vermehrungsfähigkeit von Viren von vielen Einflussfaktoren abhängt, wie z.B. von der Umgebungstemperatur und der Luftfeuchtigkeit (180, 183, 184). Zur Inaktivierung sind Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit, mindestens dem Wirkbereich „begrenzt viruzid“, geeignet. Desinfektionsmittel mit den Wirkbereichen „begrenzt viruzid PLUS“ und „viruzid“ können ebenfalls eingesetzt werden (185).

Eine Studie aus den USA gibt Anhaltspunkte dafür, dass SARS-CoV-2 auf Oberflächen zum Teil durch Sonnenlicht inaktiviert werden könnte. In einer Simulation wurden 90 % der Viruspartikel in Speichel nach weniger als sieben Minuten inaktiviert (186).

[nach oben](#)

26. Impfung

Aktuell steht kein Impfstoff zum Schutz vor COVID-19 zur Verfügung. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) befinden sich mit Stand 2. Juni 2020 mehr als 130 Impfstoff-Kandidaten in der Entwicklung, die auf unterschiedlichen Plattformen aufbauen (z.B. DNA, RNA, Protein Subunit oder Vektor-Impfstoffe) (187). Die meisten Impfstoff-Kandidaten befinden sich derzeit noch in der prä-klinischen bzw. explorativen Entwicklungsphase. Aktuell werden zehn Impfstoff-Kandidaten in klinischen Studien an

Menschen untersucht (Stand 2. Juni 2020), wobei sich mehrere entweder bereits in einer klinischen Phase II Studie oder in einer kombinierten Phase I/II Studien befinden. In England hat vor Kurzem eine Phase 2/3 Studie begonnen, in der neben Impfstoff-Sicherheit und Immunogenität auch die Wirksamkeit eines vektorbasierten Impfstoffs bei Personen im Alter von über 18 Jahren untersucht werden soll.

[nach oben](#)

27. Immunität

Studien haben gezeigt, dass Personen nach durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion spezifische Antikörper entwickeln, die gegen das N- oder S-Protein gerichtet sind. Bei der Mehrzahl der Patienten findet diese Serokonversion in der zweiten Woche nach Symptombeginn statt (188). Erste Studien zu neutralisierenden Antikörpern, die auf eine protektive Immunität hindeuten, zeigen, dass diese am Ende der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar sind (46, 189-197). Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt noch, wie regelhaft, robust und dauerhaft dieser Immunstatus aufgebaut wird. Die Erfahrungen mit anderen Coronaviren-Infektionen (SARS und MERS) deuten darauf hin, dass die Immunität bis zu drei Jahre anhalten könnte (198-201). Um dies genauer zu bestimmen, sind serologische Längsschnittstudien erforderlich, die die Immunität der Patienten über einen längeren Zeitraum beobachten (202). Durch Tierversuche an Rhesusaffen (203), früheren Erkenntnissen zu SARS sowie Plausibilitätsannahmen gehen Experten davon aus, dass genesene Patienten ein nur sehr geringes Reinfektionsrisiko haben.

[nach oben](#)

Literatur

1. CDC. How COVID-19 Spreads: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2020 [updated February 17, 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html>.
2. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. Overview of The 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): The Pathogen of Severe Specific Contagious Pneumonia (SSCP). Journal of the Chinese Medical Association : JCMA. 2020.
3. 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. The New England journal of medicine. 2020.
4. Leung NH, Chu DK, Shiu EY, Chan K-H, McDevitt JJ, Hau BJ, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Nature medicine. 2020:1-5.
5. Chia PY, Coleman KK, Tan YK, Ong SWX, Gum M, Lau SK, et al. Detection of Air and Surface Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Hospital Rooms of Infected Patients. medRxiv. 2020.
6. Santarpia JL, Rivera DN, Herrera V, Morwitzer MJ, Creager H, Santarpia GW, et al. Transmission Potential of SARS-CoV-2 in Viral Shedding Observed at the University of Nebraska Medical Center. medRxiv. 2020.

7. Liu Y, Ning Z, Chen Y, Guo M, Liu Y, Gali NK, et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*. 2020;1-6.
8. 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.
9. 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.
10. Anfinrud P, Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A. Visualizing Speech-Generated Oral Fluid Droplets with Laser Light Scattering. *The New England journal of medicine*. 2020.
11. Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A, Anfinrud P. The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;202006874.
12. Anfinrud P, Bax CE, Stadnytskyi V, Bax A. Could SARS-CoV-2 be transmitted via speech droplets? *MedRxiv*. 2020.
13. Li Y, Qian H, Hang J, Chen X, Hong L, Liang P, et al. Evidence for probable aerosol transmission of SARS-CoV-2 in a poorly ventilated restaurant. *medRxiv*. 2020.
14. Jianyun L, Jieni G, Kuibiao L, Conghui X, Wenzhe S, Zhisheng L, et al. COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. *Emerging Infectious Disease journal (preprint)*. 2020;26(7).
15. Wei J, Li Y. Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *American journal of infection control*. 2016;44(9):S102-S8.
16. Streek H, Schulte B, Kümmeler B, Richter E, Höller T, Fuhrmann C, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. *MedRxiv preprint*. 2020.
17. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 — Singapore, January 23–March 16, 2020. 2020 01.04.2020.
18. Hamner L, Dubbel P, Capron I, Ross A, Jordan A, Lee J, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice - Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(19):606-10.
19. Haslbeck K, Schwarz K, Hohlfeld J, Seume J, Koch W. Submicron droplet formation in the human lung. *Journal of aerosol science*. 2010;41:429-38.
20. Ji Y, Qian H, Ye J, Zheng X. The impact of ambient humidity on the evaporation and dispersion of exhaled breathing droplets: A numerical investigation. *Journal of aerosol science*. 2018;115:164-72.
21. Tellier R, Li Y, Cowling BJ, Tang JW. Recognition of aerosol transmission of infectious agents: a commentary. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):101.

22. Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int.* 2020;139:105730.
23. Dbouk T, Drikakis D. On coughing and airborne droplet transmission to humans. *Physics of Fluids.* 2020;32(5):053310.
24. Liu L, Li Y, Nielsen PV, Wei J, Jensen RL. Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people. *Indoor air.* 2017;27(2):452-62.
25. Jang S, Han SH, Rhee JY. Cluster of Coronavirus Disease Associated with Fitness Dance Classes, South Korea. *Emerging infectious diseases.* 2020;26(8).
26. Leclerc Q, Fuller N, Knight L, null n, Funk S, Knight G. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? [version 1; peer review: 1 approved with reservations]. *Wellcome open research.* 2020;5(83).
27. 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>.
28. 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. *medRxiv.* 2020.
29. Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerging microbes & infections.* 2020;9(1):386-9.
30. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine.* 2020;382(18):1708-20.
31. 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.
32. 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.
33. Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerging infectious diseases.* 2020;26(8).
34. Zhou Y, Zeng Y, Tong Y, Chen C. Ophthalmologic evidence against the interpersonal transmission of 2019 novel coronavirus through conjunctiva. *MedRxiv.* 2020.
35. Wang X, Zhou Z, Zhang J, Zhu F, Tang Y, Shen X. A case of 2019 Novel Coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2020.
36. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et al. [Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua bing li xue za zhi = Chinese journal of pathology.* 2020;49(0):E005.

37. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*. 2020.
38. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9(1):51-60.
39. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, et al. [Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province]. *Zhonghua fu chan ke za zhi*. 2020;55(0):E009.
40. Zeng H, Xu C, Fan J, Tang Y, Deng Q, Zhang W, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. *Jama*. 2020.
41. Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *Jama*. 2020.
42. Zeng L, Xia S, Yuan W, Yan K, Xiao F, Shao J, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA pediatrics*. 2020.
43. Lackey KA, Pace RM, Williams JE, Bode L, Donovan SM, Järvinen KM, et al. SARS-CoV-2 and human milk: what is the evidence? *medRxiv*. 2020.
44. Groß R, Conzelmann C, Müller JA, Stenger S, Steinhart K, Kirchhoff F, et al. Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. *The Lancet*. 2020.
45. ECDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update. ECDC; 2020.
46. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020.
47. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Santi DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 2020.
48. Menni C, Valdes A, Freydin MB, Ganesh S, El-Sayed Moustafa J, Visconti A, et al. Loss of smell and taste in combination with other symptoms is a strong predictor of COVID-19 infection. *MedRxiv*. 2020.
49. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
50. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID- 19 infection: Different points from adults. *Pediatric pulmonology*. 2020.

51. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* (London, England). 2020.
52. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* (London, England). 2020.
53. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia Ja, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020.
54. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* (London, England). 2020;395(10229):1054-62.
55. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020.
56. Lippi G, Plebani M. Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2020.
57. Lai C-C, Wang C-Y, Hsueh P-R. Co-infections among patients with COVID-19: the need for combination therapy with non-anti-SARS-CoV-2 agents? *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020.
58. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet* (London, England). 2020.
59. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Weekly* 2020. 2020.
60. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco induced diseases*. 2020;18:20.
61. Sutton D, Fuchs K, D'alon M, Goffman D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. *New England Journal of Medicine*. 2020.
62. Liu H, Liu F, Li J, Zhang T, Wang D, Lan W. Clinical and CT Imaging Features of the COVID-19 Pneumonia: Focus on Pregnant Women and Children. *The Journal of infection*. 2020.
63. WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Report. World Health Organization (WHO); 2020 16-24.02.2020.
64. Yang Z, Wang M, Zhu Z, Liu Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of*

the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2020:1-4.

65. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;100118.
66. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). *medRxiv*. 2020;2020.05.08.20089268.
67. Yin M, Zhang L, Deng G, Han C, Shen M, Sun H, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection During Pregnancy In China: A Retrospective Cohort Study. *medRxiv*. 2020.
68. Collin J, Bystrom E, Carnahan A, Ahrne M. Pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2020.
69. Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, Seferovic MD, Aski SK, Arian SE, et al. Maternal Death Due to COVID-19 Disease. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020.
70. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID 1 -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;100107.
71. Hirshberg A, Kern-Goldberger AR, Levine LD, Pierce-Williams R, Short WR, Parry S, et al. Care of critically ill pregnant patients with COVID-19: a case series. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020.
72. Nie R, Wang S-s, Yang Q, Fan C-f, Liu Y-l, He W-c, et al. Clinical features and the maternal and neonatal outcomes of pregnant women with coronavirus disease 2019. *medRxiv*. 2020.
73. Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Public Health Scotland. *Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy*. London, UK: Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Public Health Scotland; 2020 17.04.2020.
74. Sardu C, Gambardella J, Morelli MB, Wang X, Marfella R, Santulli G. Hypertension, Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(5).
75. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2020.

76. Lee PI, Hu YL, Chen PY, Huang YC, Hsueh PR. Are children less susceptible to COVID-19? *Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi*. 2020.
77. Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. 2020.
78. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C, et al. Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo', Italy. *MedRxiv*. 2020.
79. Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, Magnusson OT, Melsted P, Norddahl GL, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *The New England journal of medicine*. 2020.
80. 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 - Journal of the American Medical Association*. 2020.
81. Li W, Zhang B, Lu J, Liu S, Chang Z, Cao P, et al. The characteristics of household transmission of COVID-19. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
82. Jing Q-L, Liu M-J, Yuan J, Zhang Z-B, Zhang A-R, Dean NE, et al. Household Secondary Attack Rate of COVID-19 and Associated Determinants. *medRxiv*. 2020.
83. Zhang J, Litvinova M, Liang Y, Wang Y, Wang W, Zhao S, et al. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. *Science*. 2020.
84. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*.
85. Zhu Y, Bloxham C, Hulme K, Sinclair J, Tong ZWM, Steele L, et al. Children Are Unlikely to Have Been the Primary Source of Household SARS-CoV-2 Infections. *The Lancet Infectious diseases*. 2020.
86. Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, Moussaoui D, Loevy N, Diana A, et al. COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. *Pediatrics*. 2020.
87. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics*. 2020.
88. Lu X, Zhang L, Hui Du M. SARS-CoV-2 Infection in Children. *New England Journal of Medicine*. 2020.
89. Qiu H, Wu J, Hong L, Luo Y, Song Q, Chen D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020.

90. Bendavid E, Mulaney B, Sood N, Shah S, Ling E, Bromley-Dulfano R, et al. COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California. *MedRxiv*. 2020.
91. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y, Grant R, Besombes C, Jolly N, et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. *MedRxiv*. 2020.
92. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman AS, Lauer SA, Baysson H, et al. Repeated seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in a population-based sample. *medRxiv*. 2020.
93. Folkhälsomyndigheten. Förekomsten av covid-19 i region Stockholm, 26 mars–3 april 2020. Östersund; 2020 17.04.2020.
94. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2020.
95. Zhen-Dong Y, Gao-Jun Z, Run-Ming J, Zhi-Sheng L, Zong-Qi D, Xiong X, et al. Clinical and Transmission Dynamics Characteristics of 406 Children with Coronavirus Disease 2019 in China: A Review. *Journal of Infection*. 2020.
96. Team CC-R. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(14):422-6.
97. Streng A, Hartmann K, Armann J, Berner R, Liese J. COVID-19 bei hospitalisierten Kindern und Jugendlichen: Ein systematischer Review zu publizierten Fallserien (Stand 31.03. 2020) und erste Daten aus Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 1.
98. Ong JS, Tosoni A, Kim Y, Kissoon N, Murthy S. Coronavirus Disease 2019 in Critically Ill Children: A Narrative Review of the Literature. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2020.
99. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment: Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS -CoV-2 infection in children [webpage]. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC);, 2020 [updated 15.05.2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-and-sars-cov-2-rapid-risk-assessment>.
100. Armann JP, Simon A, Diffloth N, Doenhardt M, Hufnagel M, Trotter A, et al. Hospitalisierungen von Kindern und Jugendlichen mit COVID-19. *Dtsch Arztebl International*. 2020;117(21):373-4.
101. Belot A, Antona D, Renolleau S, Javouhey E, Hentgen V, Angoulvant F, et al. SARS-CoV-2-related paediatric inflammatory multisystem syndrome, an epidemiological study, France, 1 March to 17 May 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(22):2001010.
102. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *The Lancet*. 2020.
103. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;369:m2094.

104. WHO. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. World Health Organization (WHO); 2020 15.05.2020. Report No.: WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Multisystem_Syndrome_Children/2020.1.
105. ECDC. Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS-CoV-2 infection in children. ECDC; 2020.
106. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Children and COVID-19 Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2020 [updated 05.07.2020; cited 2020 05.07.]. Available from: <https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19>.
107. National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). Report: COVID-19 in schools and the experience in NSW New South Wales, Australia: National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS); 2020 [updated 26.04.2020; cited 2020 26.04.]. Available from: <https://www.nsw.gov.au/news/report-covid-19-schools-and-experience-nsw>.
108. Jones TC, Mühlmann B, Veith T, Zuchowski M, Hofmann J, Stein A, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. reddit preprint. 2020.
109. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Shedding of infectious SARS-CoV-2 in symptomatic neonates, children and adolescents. MedRxiv. 2020.
110. Schenk M. Neurologische Manifestationen: Wie COVID-19 die Nerven tangiert. Dtsch Arztebl International. 2020;117(19):1001-.
111. Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D, Stone M, Patel S, Griffith B. COVID-19-associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI Features. Radiology. 2020;201187.
112. Moriguchi T, Harii N, Goto J, Harada D, Sugawara H, Takamino J, et al. A first Case of Meningitis/Encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. International Journal of Infectious Diseases. 2020.
113. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may be at least partially responsible for the respiratory failure of COVID-19 patients. Journal of medical virology. 2020.
114. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chen S. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? The Lancet Neurology. 2020;19(5):383-4.
115. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, Ruiz L, Invernizzi P, Cuzzoni MG, et al. Guillain-Barre Syndrome Associated with SARS-CoV-2. The New England journal of medicine. 2020.
116. Scheidl E, Canseco DD, Hadji-Naumov A, Bereznai B. Guillain-Barre syndrome during SARS-CoV-2 pandemic: a case report and review of recent literature. Journal of the peripheral nervous system : JPNS. 2020.
117. Camdessanche JP, Morel J, Pozzetto B, Paul S, Tholance Y, Botelho-Nevers E. COVID-19 may induce Guillain-Barre syndrome. Rev Neurol (Paris). 2020.

118. Coen M, Jeanson G, Alejandro Culebras Almeida L, Hübers A, Stierlin F, Najjar I, et al. Guillain-Barré Syndrome as a Complication of SARS-CoV-2 Infection. *Brain, behavior, and immunity*. 2020.
119. El Otmani H, El Moutawakil B, Rafai MA, El Benna N, El Kettani C, Soussi M, et al. Covid-19 and Guillain-Barré syndrome: More than a coincidence! *Revue Neurologique*. 2020.
120. Virani A, Rabold E, Hanson T, Haag A, Elrufay R, Cheema T, et al. Guillain-Barré Syndrome associated with SARS-CoV-2 infection. *IDCases*. 2020;20.
121. Alberti P, Beretta S, Piatti M, Karantzoulis A, Piatti ML, Santoro P, et al. Guillain-Barré syndrome related to COVID-19 infection. *Neurology: Neuroimmunology and NeuroInflammation*. 2020;7(4).
122. Padroni M, Mastrangelo V, Asioli GM, Pavolucci L, Abu-Rumeileh S, Piscaglia MG, et al. Guillain-Barré syndrome following COVID-19: new infection, old complication? *Journal of Neurology*. 2020.
123. Gutierrez-Ortiz C, Mendez A, Rodrigo-Rey S, San Pedro-Murillo E, Bermejo-Guerrero L, Gordo-Manas R, et al. Miller Fisher Syndrome and polyneuritis cranialis in COVID-19. *Neurology*. 2020.
124. Mazzotta F, Troccoli T. Acute acro-ischemia in the child at the time of COVID-19. *European Journal Of Pediatric Dermatology - pd online, Monday's case*. 2020;4.
125. Estebanez A, Perez-Santiago L, Silva E, Guillen-Climent S, Garcia-Vazquez A, Ramon MD. Cutaneous manifestations in COVID-19: a new contribution. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
126. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020.
127. Marzano AV, Genovese G, Fabbrocini G, Pigatto P, Monfrecola G, Piraccini BM, et al. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020.
128. Henry D, Ackerman M, Sancelme E, Finon A, Esteve E. Urticular eruption in COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
129. Piccolo V, Neri I, Filippeschi C, Oranges T, Argenziano G, Battarra VC, et al. Chilblain-like lesions during COVID-19 epidemic: a preliminary study on 63 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020.
130. Landa N, Mendieta-Eckert M, Fonda-Pascual P, Aguirre T. Chilblain-like lesions on feet and hands during the COVID-19 Pandemic. *International journal of dermatology*. 2020.
131. Kolivras A, Dehavay F, Delplace D, Feoli F, Meiers I, Milone L, et al. Coronavirus (COVID-19) infection-induced chilblains: a case report with histopathological findings. *JAAD Case Reports*. 2020.

132. Alramthan A, Aldaraji W. A case of COVID-19 presenting in clinical picture resembling chilblains disease. First report from the Middle East. *Clinical and experimental dermatology*. 2020.
133. Zhang Y, Cao W, Xiao M, Li YJ, Yang Y, Zhao J, et al. [Clinical and coagulation characteristics of 7 patients with critical COVID-2019 pneumonia and acro-ischemia]. *Zhonghua xue ye xue za zhi = Zhonghua xueyexue zazhi*. 2020;41(0):E006.
134. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zocca G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020.
135. Long B, Brady WJ, Koyfman A, Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020.
136. Kollias A, Kyriakoulis KG, Dimakakos E, Poulakou G, Stergiou GS, Syrigos K. Thromboembolic risk and anticoagulant therapy in COVID-19 patients: Emerging evidence and call for action. *British journal of haematology*. 2020.
137. Zhou B, She J, Wang Y, Ma X. Venous thrombosis and arteriosclerosis obliterans of lower extremities in a very severe patient with 2019 novel coronavirus disease: a case report. *Journal of thrombosis and thrombolysis*. 2020.
138. Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MCA, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2020.
139. Beun R, Kusadasi N, Sikma M, Westerink J, Huisman A. Thromboembolic events and apparent heparin resistance in patients infected with SARS-CoV-2. *International journal of laboratory hematology*. 2020.
140. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. *Kidney International*. 2020.
141. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020.
142. Diao B, Feng Z, Wang C, Wang H, Liu L, Wang C, et al. Human Kidney is a Target for Novel Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection. *MedRxiv*. 2020.
143. Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;97(5):829-38.
144. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *The BMJ*. 2020;368.

145. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory medicine*. 2020;8(5):475-81.
146. Dreher M, Kersten A, Bickenbach J, Balfanz P, Hartmann B, Cornelissen C, et al. Charakteristik von 50 hospitalisierten COVID-19-Patienten mit und ohne ARDS. *Dtsch Arztebl International*. 2020;117(16):271-8.
147. Read JM, Bridgen JRE, Cummings DAT, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. *MedRxiv*. 2020.
148. Lloyd-Smith JO, Schreiber SJ, Kopp PE, Getz WM. Superspreading and the effect of individual variation on disease emergence. *Nature*. 2005;438(7066):355-9.
149. Adam D, Wu P, Wong J, Lau E, Tsang T, Cauchemez S, et al. Clustering and superspreading potential of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infections in Hong Kong. [PREPRINT (Version 1) available at Research Square [+<https://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-29548/v1+>]. 2020.
150. Endo A, Abbott S, Kucharski AJ, Funk S. Estimating the overdispersion in COVID-19 transmission using outbreak sizes outside China [version 1; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations]. *Wellcome open research*. 2020;5(67).
151. Linton MN, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Akhmetzhanov RA, Jung S-m, et al. Incubation Period and Other Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Infections with Right Truncation: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data. *Journal of clinical medicine*. 2020.
152. Ma S, Zhang J, Zeng M, Yun Q, Guo W, Zheng Y, et al. Epidemiological parameters of coronavirus disease 2019: a pooled analysis of publicly reported individual data of 1155 cases from seven countries. *medRxiv*. 2020:2020.03.21.20040329.
153. Böhmer M, Buchholz U, Corman VM, Hoch M, Katz K, Marosevic DV, et al. Outbreak of COVID-19 in Germany resulting from a single travel-associated primary case. *Lancet* (London, England). 2020.
154. Nishiura H, Linton NM, Akhmetzhanov AR. Serial interval of novel coronavirus (COVID-19) infections. *MedRxiv*. 2020.
155. Tindale L, Coombe M, Stockdale JE, Garlock E, Lau WYV, Saraswat M, et al. Transmission interval estimates suggest pre-symptomatic spread of COVID-19. *MedRxiv*. 2020.
156. 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).
157. 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.

158. Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020.
159. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *The New England journal of medicine*. 2020.
160. National Centre for Infectious Diseases, Chapter of Infectious Disease Physicians, Academy of Medicine Singapore. Position Statement from the National Centre for Infectious Diseases and the Chapter of Infectious Disease Physicians, Academy of Medicine, Singapore – 23 May 2020. Singapore: National Centre for Infectious Diseases, Singapore; 2020.
161. Byrne AW, McEvoy D, Collins A, Hunt K, Casey M, Barber A, et al. Inferred duration of infectious period of SARS-CoV-2: rapid scoping review and analysis of available evidence for asymptomatic and symptomatic COVID-19 cases. *MedRxiv*. 2020.
162. Cheng H-Y, Jian S-W, Liu D-P, Ng T-C, Huang W-T, Lin H-H. High transmissibility of COVID-19 near symptom onset. *MedRxiv*. 2020.
163. 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. *Eurosurveillance*. 2020;25(10):2000180.
164. Nishiura H, Kobayashi T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, et al. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2020.
165. COVID-19 in a Long-Term Care Facility — King County, Washington, February 27–March 9, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020.
166. Nishiura H, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Miyama T, Kinoshita R, et al. The Rate of Underascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection: Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(2).
167. An der Heiden M, Buchholz U, Buda S. Estimation of influenza- and respiratory syncytial virus-attributable medically attended acute respiratory infections in Germany, 2010/11-2017/18. *Influenza Other Respir Viruses*. 2019.
168. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England journal of medicine*. 2020.
169. Qingxian Cai P, Deliang Huang M, Pengcheng Ou P, Hong Yu M, Zhu Z, Xia Z, et al. 2019-nCoV Pneumonia in a Normal Work Infectious Diseases Hospital Besides Hubei Province, China. *Lancet infectious Diseases*. 2020.
170. Kui L, Fang YY, Deng Y, Liu W, Wang MF, Ma JP, et al. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chinese medical journal*. 2020.

171. Xu X-W, Wu X-X, Jiang X-G, Xu K-J, Ying L-J, Ma C-L, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020; m606.
172. Schilling J, Diercke M, Altmann D, Haas W, Buda S. Vorläufige Bewertung der Krankheitsschwere von COVID-19 in Deutschland basierend auf übermittelten Fällen gemäß Infektionsschutzgesetz. *Epidemiologisches Bulletin*. 2020; 17:3-9.
173. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020; 69(13):377-81.
174. Yusef D, Hayajneh W, Awad S, Momany S, Khassawneh B, Samrah S, et al. Large Outbreak of Coronavirus Disease among Wedding Attendees, Jordan. *Emerging infectious diseases*. 2020; 26(9).
175. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *The New England journal of medicine*. 2020.
176. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Science China Life sciences*. 2020; 63(5):706-11.
177. Wang Y, Liu Y, Liu L, Wang X, Luo N, Li L. Clinical Outcomes in 55 Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Who Were Asymptomatic at Hospital Admission in Shenzhen, China. *The Journal of infectious diseases*. 2020.
178. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *The New England journal of medicine*. 2020.
179. Ferretti L, Wymant C, Kendall M, Zhao L, Nurtay A, Abeler-Dörner L, et al. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*. 2020; eabb6936.
180. Rabenau HF, Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Preiser W, Doerr HW. Stability and inactivation of SARS coronavirus. *Med Microbiol Immunol*. 2005; 194(1-2):1-6.
181. Lai MY, Cheng PK, Lim WW. Survival of severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2005; 41(7):e67-71.
182. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *Jama*. 2020.
183. Chan K, Peiris J, Lam S, Poon L, Yuen K, Seto W. The effects of temperature and relative humidity on the viability of the SARS coronavirus. *Advances in virology*. 2011; 2011.

184. Casanova LM, Jeon S, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Effects of Air Temperature and Relative Humidity on Coronavirus Survival on Surfaces. *Applied and Environmental Microbiology*. 2010;76(9):2712-7.
185. Schwebke I, Eggers M, Gebel J, Geisel B, Glebe D, Rapp I, et al. Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im human-medizinischen Bereich. 2017.
186. Ratnesar-Shumate S, Williams G, Green B, Krause M, Holland B, Wood S, et al. Simulated Sunlight Rapidly Inactivates SARS-CoV-2 on Surfaces. *The Journal of infectious diseases*. 2020.
187. WHO. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines 2020 [Available from: <https://www.who.int/who-documents-detail/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
188. 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.
189. To KK-W, Tsang OT-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. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020.
190. 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*. 2020;26(7).
191. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
192. Grzelak L, Temmam S, Planchais C, Demeret C, Huon C, Guivel F, et al. SARS-CoV-2 serological analysis of COVID-19 hospitalized patients, pauci-symptomatic individuals and blood donors. *medRxiv*. 2020.
193. Anderson DE, Tan CW, Chia WN, Young BE, Linster M, Low JH, et al. Lack of cross-neutralization by SARS patient sera towards SARS-CoV-2. *Emerging microbes & infections*. 2020;9(1):900-2.
194. Perera RA, Mok CK, Tsang OT, Lv H, Ko RL, Wu NC, et al. Serological assays for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), March 2020. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020;25(16).
195. Haveri A, Smura T, Kuivanen S, Österlund P, Hepojoki J, Ikonen N, et al. Serological and molecular findings during SARS-CoV-2 infection: the first case study in Finland, January to February 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(11).
196. Huang J, Wu F, Wang A, Liu M, Wang Q, Chen J, et al. Neutralizing Antibody Responses to SARS-CoV-2 in a COVID-19 Recovered Patient Cohort and Their Implications. *The Lancet Infectious diseases*. 2020.

197. Amanat F, Stadlbauer D, Strohmeier S, Nguyen THO, Chromikova V, McMahon M, et al. A serological assay to detect SARS-CoV-2 seroconversion in humans. *Nature medicine*. 2020.
198. Li T, Xie J, He Y, Fan H, Baril L, Qiu Z, et al. Long-term persistence of robust antibody and cytotoxic T cell responses in recovered patients infected with SARS coronavirus. *PLoS one*. 2006;1(1).
199. Cao Z, Liu L, Du L, Zhang C, Jiang S, Li T, et al. Potent and persistent antibody responses against the receptor-binding domain of SARS-CoV spike protein in recovered patients. *Virology Journal*. 2010;7(1):299.
200. Payne DC, Iblan I, Rha B, Alqasrawi S, Haddadin A, Al Nsour M, et al. Persistence of antibodies against Middle East respiratory syndrome coronavirus. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(10):1824.
201. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2020 25.03.2020. Report No.: 7.
202. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. 2020:20.
203. Bao L, Deng W, Gao H, Xiao C, Liu J, Xue J, et al. Reinfection could not occur in SARS-CoV-2 infected rhesus macaques. *bioRxiv*. 2020:2020.03.13.990226.

Stand: 12.06.2020