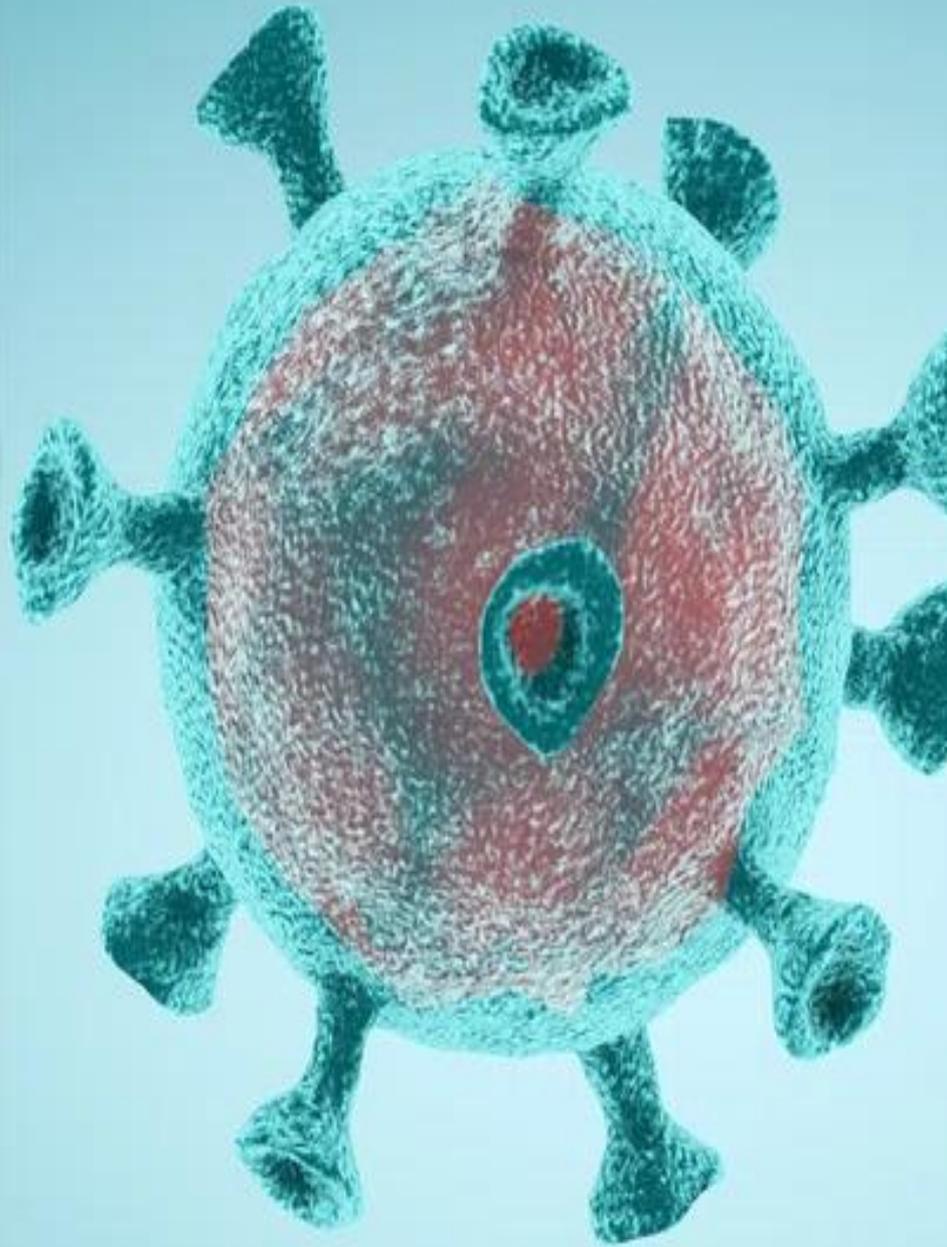


Aktuelle Information über Coronavirus



2020-10-27

Klaus Friedrich



Corona-Pandemie: Wissenschaftler identifizieren drei Haupttreiber

Sehr viele Ansteckungen mit dem Coronavirus erfolgen in privaten Haushalten.

Insgesamt haben US-Forscher drei Haupttreiber der Pandemie ausgemacht.

Nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) steckt sich ein Großteil der Menschen in Deutschland im **privaten Umfeld** mit dem Coronavirus an.

... Ansteckungsgefahr in einem Haushalt sechs Mal höher ist als bei anderen engen Kontakten. "Dies steht im Einklang mit der Tatsache, dass der Kontakt im Haushalt eine Hauptursache für die Übertragung anderer Atemwegsviren ist", betonen die Autoren. Ein vergleichbar hohes Risiko hätten auch sonstige Einrichtungen mit engem Zusammenleben wie Gefängnisse, Sammelunterkünfte und Pflegeeinrichtungen.

...
Superspreading-Events und Reisen

Ansteckungen in solchen Situationen hängen demnach von einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren ab. Eine wichtige Rolle spielen die sogenannten Superspreading-Events – also wenn ein Infizierter bei einem Ereignis viele Menschen ansteckt, teilweise ohne selbst Symptome zu zeigen. Beispiele dafür waren in der Vergangenheit etwa **Chorproben, Gottesdienste, Hochzeiten** oder Fleisch-verarbeitende Betriebe. Dabei könne eine kleine Anzahl Menschen für sehr viele Infektionen verantwortlich sein. Die Forscher verweisen auf Studien, denen zufolge bei Sars-CoV-2 etwa **zehn Prozent der Fälle 80 Prozent der Infektionen** verursachten.

Der dritte Treiber, der die Pandemie aufrechterhält, ist demnach die interregionale bis internationale Verbreitung durch Reisende. Schon wenige Fernverbindungen könnten dafür sorgen, dass das Coronavirus sich weltweit ausbreiten könne. "Das ist ein Grund, warum frühe Reiseverbote die globale Ausbreitung von Sars-CoV-2 nicht stoppen konnten, obwohl sie die Pandemie möglicherweise verlangsamt haben", schreiben die Wissenschaftler. Dass Reisebeschränkungen funktionieren können, hätten die strengen Regeln in China gezeigt, durch die es gelungen sei, das Virus im Land einzudämmen.

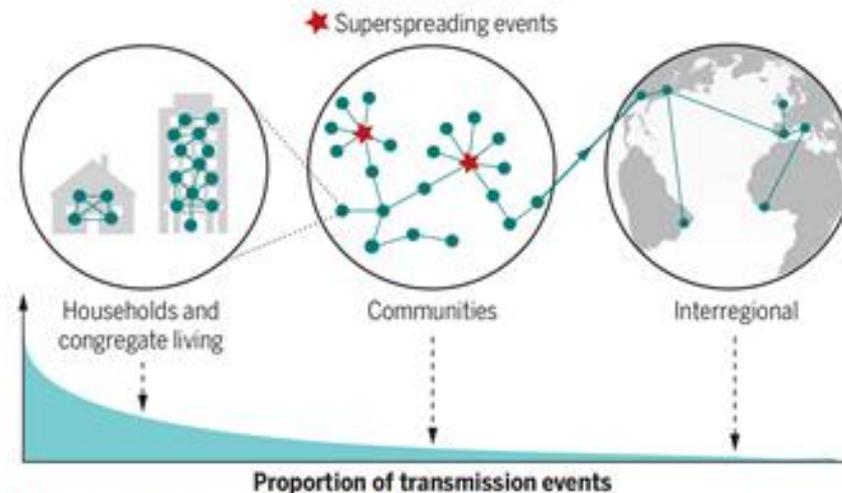
Corona-Pandemie: Wissenschaftler identifizieren drei Haupttreiber

Sehr viele Ansteckungen mit dem Coronavirus erfolgen in privaten Haushalten. Insgesamt haben US-Forscher drei Haupttreiber der Pandemie ausgemacht.

SARS-CoV-2 spread across spatial scales

SARS-CoV-2 spread across spatial scales

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is mostly transmitted within households and household-like settings. A decreasing proportion of transmission events take place at increasing spatial scales, but these events become more critical for sustaining the pandemic.



Elizabeth C. Lee et al. *Science* 2020;370:406-407

The engines of SARS-CoV-2 spread

Elizabeth C. Lee^{1,2}, Nikolas I. Wada², M. Kate Grabowski^{1,2,3}, Emily S. Gurley^{1,2}, Justin Lessler^{1,2}

+ See all authors and affiliations

Science 23 Oct 2020:

Vol. 370, Issue 6515, pp. 406-407

DOI: 10.1126/science.abd8755

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) has spread rapidly across the globe, causing epidemics that range from quickly controlled local outbreaks (such as New Zealand) to large ongoing epidemics infecting millions (such as the United States). A tremendous volume of scientific literature has followed, as has vigorous debate about poorly understood facets of the disease, including the relative importance of various routes of transmission, the roles of asymptomatic and presymptomatic infections, and the susceptibility and transmissibility of specific age groups. This discussion may create the impression that our understanding of transmission is frequently overturned. Although our knowledge of SARS-CoV-2 transmission is constantly deepening in important ways, the fundamental engines that drive the pandemic are well established and provide a framework for interpreting this new information.

Primärprävention: Score-System zur COVID-19-Risiko-Einschätzung [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de)

Dienstag, 27. Oktober 2020

München – Wissenschaftler der Universität Erlangen-Nürnberg und der Ludwigs-Maximilians-Universität München haben ein neues Score-System vorgestellt. Es soll dabei helfen, das individuelle Risiko besser einzuschätzen, wenn eine Person an COVID-19 erkranken sollte.

Das Verfahren wurde in erster Linie für die Anwendung im Arbeitsschutz konzipiert und dient als eine konkrete Entscheidungshilfe im Praxisalltag. Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) hat jetzt auf diesen sogenannten IKKA-Score hingewiesen. Hintergrund ist, dass Betriebe und Unternehmen eine Fürsorgepflicht für ihre Beschäftigten haben, insbesondere für jene, die einer Risikogruppe angehören.

„Die Beurteilung des individuellen Risikos für einen schweren Krankheitsverlauf stellt an Ärzte hohe Anforderungen“, hieß es aus der Fachgesellschaft. Das neue Score-System solle eine Hilfestellung zu einer einheitlichen Risikoabschätzung bieten. In Kenntnis des individuellen Scores könne dann in einem zweiten Schritt beurteilt werden, welche beruflichen Einsatzmöglichkeiten bestehen würden.

Seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurden mehrere Score-Modelle publiziert, die eine Einschätzung des individuellen Risikos für einen schweren Verlauf im Falle einer COVID-19-Erkrankung ermöglichen sollen.

„Die meisten dieser Modelle wurden auf Basis von Kollektiven hospitalisierter COVID-19-Patienten erstellt und berücksichtigen neben soziodemografischen Faktoren und Komorbiditäten auch klinische Parameter, wie zum Beispiel Laborparameter oder die Atemfrequenz“, berichten die Wissenschaftler in ihrer Publikation zu dem neuen Score.

Da diese klinischen Parameter erst bei Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion erhoben werden könnten, seien diese klinischen Score-Modelle nicht in einem primärpräventiven Setting anwendbar.

Der IKKA-Score sei hingegen explizit für eine primärpräventive Anwendung konzipiert, insbesondere im Arbeitsschutz. Dazu setzt er sich aus den vier Kategorien Immunsuppression, Krankheitsschwere bestehender Vorerkrankungen, Komorbiditäten/Risikofaktoren und Alter zusammen und bewertet diese nach einem Punktesystem.

Anhand der Gesamtpunktzahl können Arbeitsmediziner das Risiko für schwere COVID-19-Verläufe abschätzen und gemeinsam mit dem Betrieb risikoadaptierte Einsatzmöglichkeiten für besonders gefährdete Arbeitnehmer suchen.

„Bislang gab es keine einheitliche Vorgehensweise bei der individuellen Risikobestimmung von Arbeitnehmern. Mit der Entwicklung des IKKA-Scores ist es uns gelungen, Ärzten eine Entscheidungshilfe für die Beurteilung der individuellen Gefährdung durch SARS-CoV-2 zur Verfügung zu stellen und somit einen Beitrag zum Schutz von vulnerablen Gruppen am Arbeitsplatz zu leisten“, sagte Hans Drexler, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg und Präsident der DGAUM. © [hil/aerzteblatt.de](https://www.hil.aerzteblatt.de)

IKKA-Score zur Vereinheitlichung der Beurteilung des individuellen Risikos durch SARS-CoV-2

20.10.2020 09:34 | [Druckvorschau](#) 

Zielstellung: Die Einschätzung des individuellen Risikos für einen schweren Verlauf der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) stellt hohe Anforderungen an die beurteilenden Ärztinnen und Ärzte. Das erarbeitete Score-System soll eine Hilfestellung zur Vereinheitlichung der Risikobeurteilung bieten, die übersichtlich und effizient genug ist, um einen Einsatz im Praxisalltag zu ermöglichen.

Ergebnisse: Der IKKA-Score setzt sich aus den vier Kategorien **I**mmunsuppression (I), **K**rankheitsschwere bestehender Vorerkrankungen (II), **K**omorbiditäten/Risikofaktoren gemäß Robert Koch-Institut (RKI) (III) und **A**lter (IV) zusammen. In diesen Kategorien werden von der Ärztin/dem Arzt Punktwerte je nach Ausmaß der Risikofaktoren vergeben. Anhand der Score-Summe erfolgt die Zuteilung des/der Beschäftigten zu einer von vier Tätigkeitsgruppen. Von den personalverantwortlichen Vorgesetzten können den Tätigkeitsgruppen auf Basis der Gefährdungsbeurteilung risikoadaptiert Einsatzmöglichkeiten zugewiesen werden. Tabelle 2 enthält exemplarische Zuordnungen der vier Tätigkeitsgruppen zu Einsatzmöglichkeiten an den Arbeitsplätzen „Schule“ und „Krankenhaus“.

Schlussfolgerung: Mit dem IKKA-Score wird Ärztinnen und Ärzten eine Entscheidungshilfe für die Beurteilung des individuellen Risikos durch SARS-CoV-2 zur Verfügung gestellt. Die Stärke des IKKA-Scores liegt in der Vereinheitlichung der Risikobeurteilung unter möglichst großer Übersichtlichkeit und geringem Zeitaufwand sowie in der Berücksichtigung bereits existenter Empfehlungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

COVID-19: Extrem hohes Sterberisiko von Menschen mit Trisomie 21

aerzteblatt.de

Dienstag, 27. Oktober 2020

Oxford – Für Menschen mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) endet eine Infektion mit SARS-CoV-2 häufig tödlich. Die Analyse einer Datenbank in den *Annals of Internal Medicine* (2020; DOI: 10.7326/M20-4986) weist auf ein deutlich erhöhtes Sterberisiko hin, das sich nur teilweise auf die bekannten Risikofaktoren zurückführen ließ.

In der Datenbank QResearch, die seit 1998 Daten zu mehr als 35 Millionen britischer Hausarztpatienten gespeichert hat, sind auch 4.053 Personen mit Trisomie 21. Von ihnen sind zwischen dem 24. Januar und dem 30. Juni dieses Jahres 68 gestorben, davon 27 an COVID-19.

Die Zahl mag gering erscheinen. Im Vergleich zu anderen Erwachsenen gleichen Alters und Geschlechts, ist das Sterberisiko jedoch um den Faktor 25 erhöht, wie Julia Hippisley-Cox vom Nuffield Department of Primary Care Health Sciences der Universität Oxford ermittelt hat.

Der größte Anteil der erhöhten Sterblichkeit war darauf zurückzuführen, dass viele Menschen mit Trisomie 21 an einer Demenz leiden, in Pflegeheimen betreut werden, angeborene Herzfehler haben oder eine Reihe anderer komorbider Erkrankungen aufweisen, die einen tödlichen Verlauf der Erkrankung begünstigen.

Doch auch nach Berücksichtigung dieser Risikofaktoren war das Sterberisiko zehnfach höher als in der übrigen Bevölkerung. Das Risiko auf einen Krankenhausaufenthalt wegen COVID-19 war fünffach erhöht. © rme/aerzteblatt.de

25.10.2020

Studie: Mehr Depressionssymptome im Lockdown im Frühjahr

08:34 Uhr

Angst, Stress und Symptome von Depressionen haben Forschern zufolge in der ersten Phase des Corona-Lockdowns im Frühjahr in Deutschland deutlich zugenommen. Das geht aus einer Vorauswertung der bundesweiten Nako-Gesundheitsstudie hervor, über die die "Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung" berichtet. "Die psychische Belastung bei jungen bis mittelalten Menschen, zwischen 20 und Ende 40, war besonders groß", sagte der Studienleiter für neurologisch-psychiatrische Erkrankungen, Klaus Berger, der F.A.S. Frauen bis Ende 30 seien am stärksten betroffen. Teilweise hätten sich die Werte der Studien-Teilnehmer so verschlechtert, dass es sich um eine deutliche Zunahme von Depressionen handeln könnte, was jedoch im Einzelfall durch eine ärztliche Diagnose bestätigt werden müsse. In der Gruppe über 60 Jahre hätten die Forscher dagegen keine Zunahme von depressiven Symptomen festgestellt.

Sterblichkeit Älterer während der COVID-19-Pandemie in den ersten Monaten des Jahres 2020. Gab es Nord-Süd-Unterschiede?

Abstract

COVID-19 ist eine dynamisch verlaufende Krankheit, die in einigen Fällen zum Tod führen kann. Der vorliegende Beitrag hat das Ziel, Zeiträume einer erhöhten Gesamtsterblichkeit zu identifizieren, um Übersterblichkeit präziser messen zu können. Untersucht wurde die Entwicklung der Sterberaten in der Bevölkerung ab 65 Jahren. Untersuchungsregionen waren Deutschland insgesamt, eine süddeutsche Region (Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern) und eine norddeutsche Region (Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg). Der Beitrag analysiert kalenderwöchentliche Sterbedaten, die vom Statistischen Bundesamt (Destatis) für die ersten 23 Kalenderwochen 2020 veröffentlicht wurden. Zum Vergleich wird derselbe Zeitraum des Jahres 2016 herangezogen, des letzten Jahres ohne grippebedingte Exzess-Mortalität. In den Kalenderwochen zehn bis 15 stiegen die Sterberaten der älteren Bevölkerung in der süddeutschen Region im Vergleich zur norddeutschen Region und im Vergleich zu 2016 in einem außergewöhnlichen Maß an. Der Höhepunkt wurde in den Kalenderwochen 14 und 15 erreicht. Gegenüber dem Höhepunkt der Inzidenzentwicklung ist dies ein Zeitverzug von zwei bis drei Wochen. Seit dem Höhepunkt sinken die Sterberaten wieder, liegen aber bis zur 18. Kalenderwoche über den Werten von 2016. Zusammenfassend wird geschlussfolgert, dass die erhöhten Sterberaten der COVID-19-Pandemie und nicht dem jährlichen Influenzageschehen zuzuschreiben sind.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten (Folie 11 ff)
2. Strategie (Folie 32 ff)
3. Labor und Testung (Folie 84 ff)
4. Pharmakologie (Folie 114 ff)
5. Medizinische Versorgung (Ambulant (Folie 120 ff), Kliniken (Folie 122 ff), Intensiv (Folie 125ff))
6. Masken (Folie 132 ff)
7. Reinigung und Desinfektion (Folie 136 ff)
8. Sonstiges (Folie 128 ff)

Inhalt

Zahlen und Fakten

Risikobewertung

Allgemein

Es handelt sich weltweit und in Deutschland um eine sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation. Weltweit nimmt die Anzahl der Fälle weiterhin zu. Die Anzahl der neu übermittelten Fälle war in Deutschland von etwa Mitte März bis Anfang Juli rückläufig. Seit Ende Juli werden wieder deutlich mehr Fälle übermittelt, viele davon standen zunächst in Zusammenhang mit Reiseverkehr. Seit Ende August (KW 35) werden wieder vermehrt Übertragungen in Deutschland beobachtet.

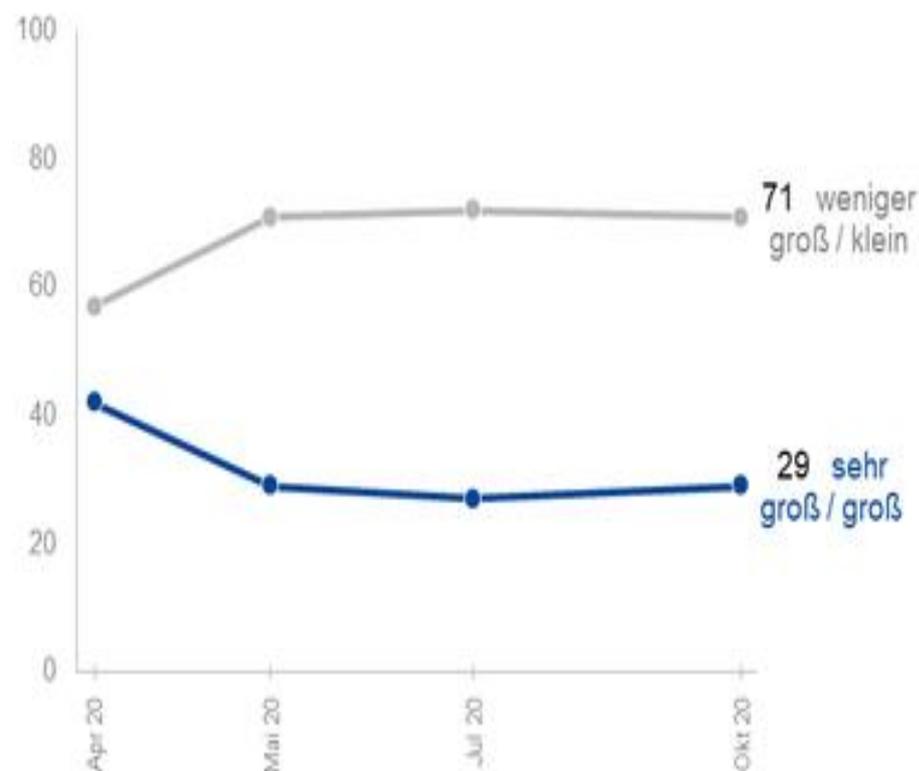
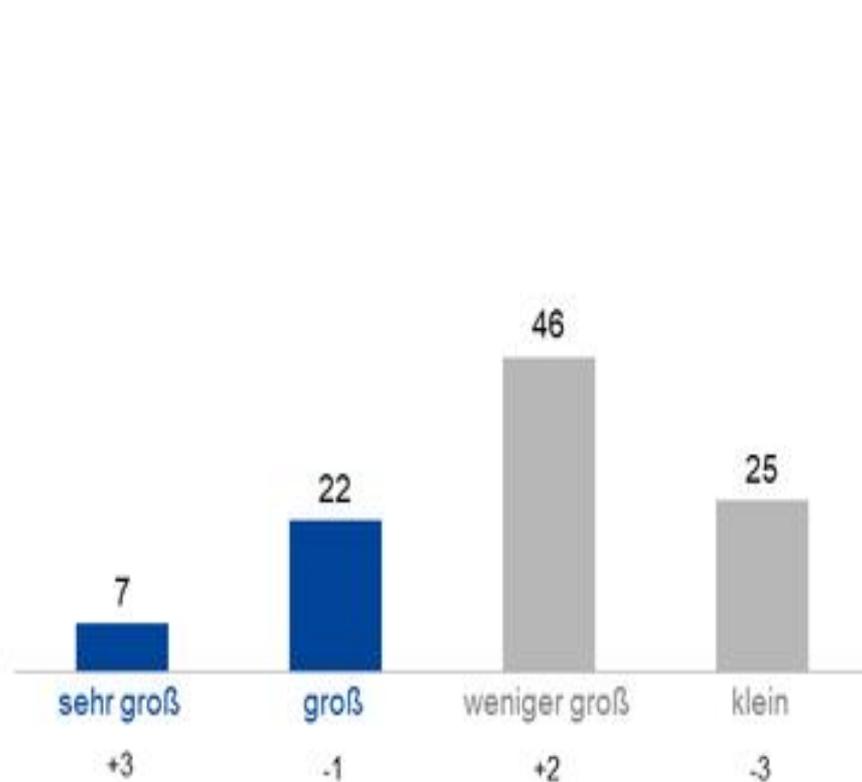
Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein kontinuierlicher Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten. Die Dynamik nimmt in fast allen Regionen zu.

Es kommt bundesweit zu Ausbruchsgeschehen, insbesondere im Zusammenhang mit Feiern im Familien- und Freundeskreis und bei Gruppenveranstaltungen und es werden wieder vermehrt COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet.

Nach wie vor gibt es keine zugelassenen Impfstoffe und die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und langwierig. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland weiterhin als hoch ein, für Risikogruppen als sehr hoch. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern.

Gefährdung
für die Gesundheit der
Bevölkerung in
Deutschland weiterhin

als **hoch** ein,
für **Risikogruppen**
als **sehr hoch**.



Wie groß ist wegen der Corona-Pandemie Ihre Sorge, dass Sie selbst oder Mitglieder Ihrer Familie sich mit dem Corona-Virus anstecken?

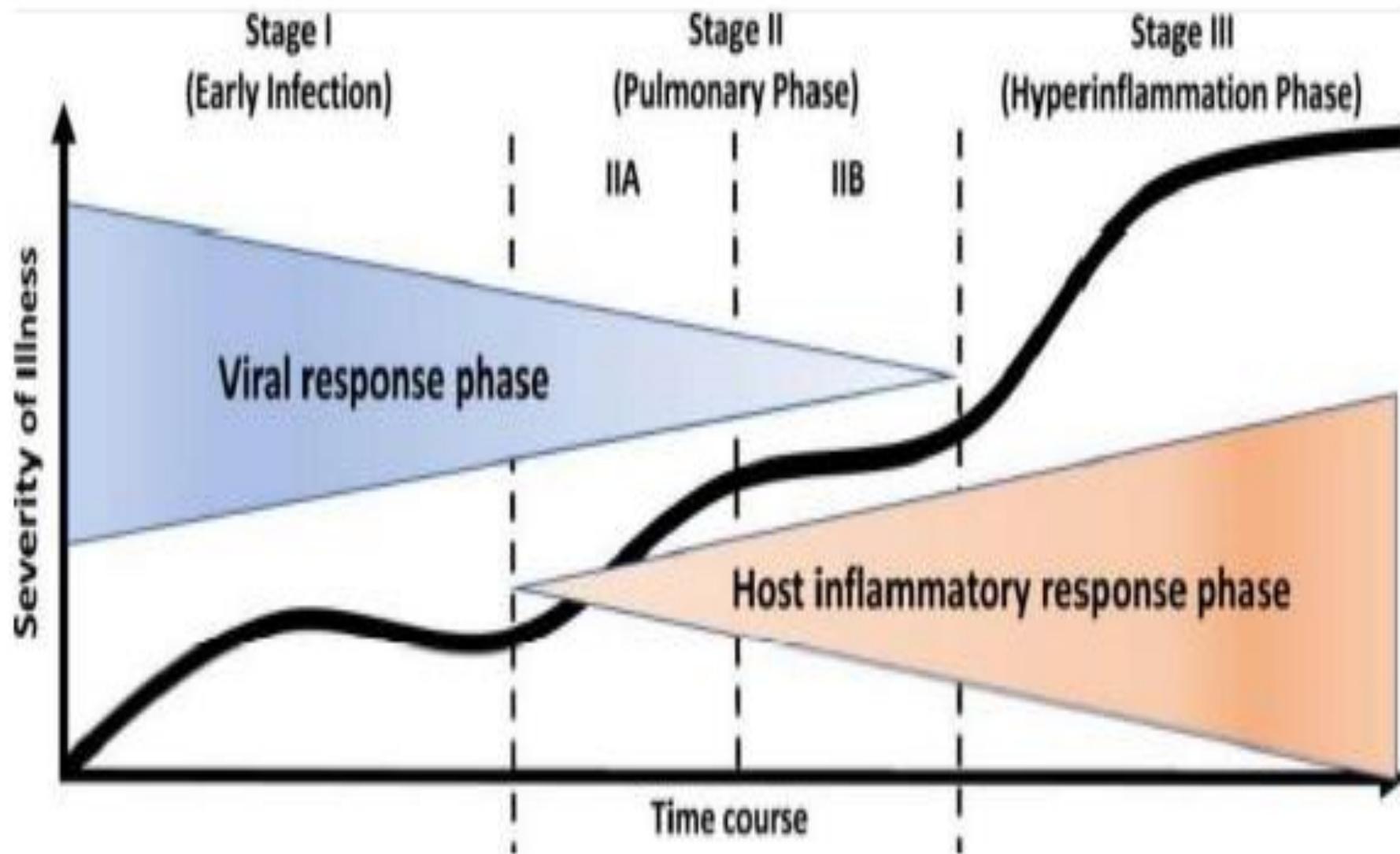


Abb. 7: Stadienverlauf der COVID-19-Erkrankung. Modifiziert nach Siddiqi & Mehra, J Heart Lung Transplant, 2020; 39:405-7 (20).

Information on the designation of international risk areas

Current at: 22 October 2020

New risk areas (see below “Changes since last amendment”) are effective from Saturday, 24 October 2020, at 0:00 am.

Changes since last amendment:

Austria: the provinces Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland and Steiermark are considered as additional risk areas.

Bulgaria: the provinces Razgrad, Sofia City und Sliven are considered as additional risk areas.

Croatia: the counties Karlovac, Osijek-Baranja, Zagreb, Varaždin and Bjelovar-Bilogora are considered as additional risk areas.

Estonia: the region Jogeva is considered as risk area.

Hungary: the counties Heves, Zala and Somogy are considered as additional risk areas.

Ireland: the complete country is considered as risk area.

Italy: the regions Valle d'Aosta, Umbria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto, Lazio, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Sardinien and the autonomous province Bolzano-South Tyrol are considered as additional risk areas.

Liechtenstein: the complete country is considered as risk area.

Poland: the complete country is considered as risk area.

Slovenia: the regions Posavska and Goriška are considered as additional risk areas.

Sweden: the provinces Jönköping and Östergötland are considered as additional risk areas.

Switzerland: the complete country is considered as risk area.

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland: the complete country United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and Gibraltar is considered as risk area. Excluded are further British Overseas Territories, Isle of Man and the Channel Islands (Guernsey, Jersey).

The Canary Islands in Spain and the region Ida-Viru in Estonia is no longer considered as risk areas.

weltweit ...

43,8 Mio.

Infizierte gesamt

(+440.000 tägl.)

13,4 Mio.

aktiv infiziert

29,3 Mio.

wieder gesund

(+210.000 tägl.)

1,2 Mio.

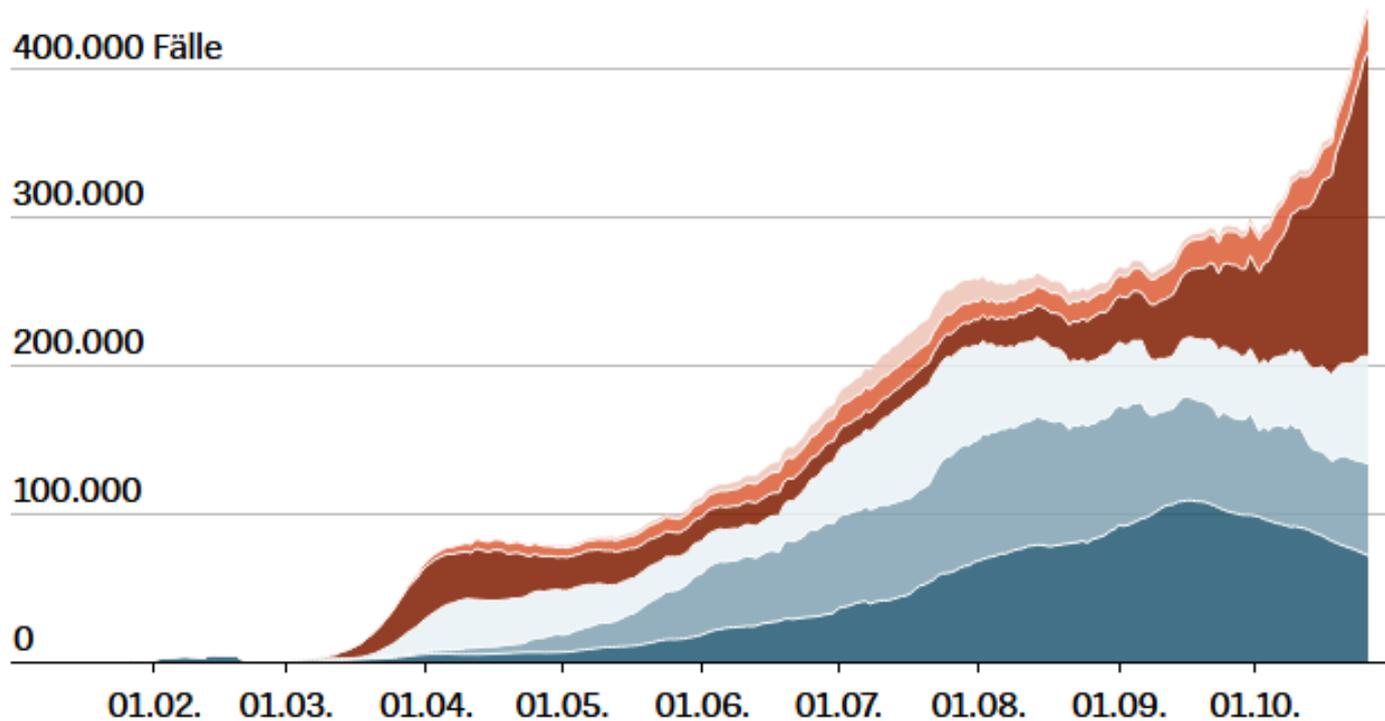
gestorben

(+5900 tägl.)

weltweit ...

Tägliche bestätigte Neuinfektionen nach Weltregionen (Sieben-Tage-Durchschnitt)

■ Asien/Pazifikregion ■ Mittel-/Südamerika ■ Nordamerika ■ Europa
■ Nahost/Nordafrika ■ Subsahara-Afrika



Quelle: [Johns Hopkins CSSE](#) (Stand 27.10.2020, 6.00 Uhr), eigene Berechnung

DER SPIEGEL

weltweit ...

Tägliche bestätigte Neuinfektionen je eine Million Einwohner (Sieben-Tage-Durchschnitt)

— Asien/Pazifikregion — Mittel-/Südamerika — Nordamerika — Europa
— Nahost/Nordafrika — Subsahara-Afrika

250 Fälle/Mio. Einw.

200

150

100

50

0

01.02. 01.03. 01.04. 01.05. 01.06. 01.07. 01.08. 01.09. 01.10.



Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

26.10.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Gesamt (kumulativ)	
Bestätigte Fälle	Verstorbene
437.866	10.056
(+8.685*)	(+24*)
Anteil Verstorbene	Genesene
2,3%	ca. 321.600**
	(+4.500**)

Letzte 7 Tage	
Bestätigte Fälle	7-Tage-Inzidenz
67.320	80,9 Fälle/ 100.000 EW
(+4.991*)	
Anzahl Kreise mit Fällen	Anzahl Kreise mit 7-Tage-Inzidenz > 50
412/412	272
(+0*)	(+21*)

* Änderung gegenüber Vortag, **geschätzter Wert

COVID-19-Verdachtsfälle und COVID-19-Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 werden gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet. Das Gesundheitsamt übermittelt diese Daten über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Im vorliegenden Lagebericht werden die bundesweit einheitlich erfassten und an das RKI übermittelten Daten zu laborbestätigten COVID-19-Fällen dargestellt.

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Aktuell ist eine **zunehmende Beschleunigung** der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten. Daher wird dringend appelliert, dass sich die gesamte Bevölkerung für den Infektionsschutz engagiert.
- Die Inzidenz der letzten 7 Tage ist deutschlandweit auf **80,9** Fälle pro 100.000 Einwohner (Einw.) angestiegen.
- Die 7-Tage-Inzidenz liegt in den Bundesländern Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland über der bundesweiten Gesamtinzidenz.
- Die Anzahl der Landkreise mit einer erhöhten 7-Tage-Inzidenz von insgesamt **>25** Fälle/ 100.000 Einw. steigt weiter an, auf mittlerweile **371** Stadt- und Landkreise. Hiervon liegen **99** Kreise bei **> 100** Fälle/ 100.000 Einw. und **173** Kreise bei **> 50-100** Fälle/100.000 Einw.
- Seit Anfang September nimmt der Anteil älterer Personen unter den COVID-19-Fällen wieder zu (siehe Lagebericht vom 20.10.2020).
- Der **bundesweite Anstieg** wird durch **Ausbrüche, welche insbesondere im Zusammenhang mit privaten Treffen und Feiern sowie Gruppenveranstaltungen stehen, verursacht**. Auch werden wieder vermehrt COVID-19-bedingte **Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet**.
- Die Zahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle hat sich in den vergangenen 2 Wochen von **590** Patienten am 12.10.2020 auf **1.362** Patienten am 26.10.2020 mehr als verdoppelt.
- Insgesamt wurden in Deutschland **437.866** laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, darunter **10.056** Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen.

Zeitlicher Verlauf

Die dem RKI übermittelten Fälle mit Erkrankungsdatum seit dem 01.03.2020 sind in Abbildung 2 dargestellt. Bezogen auf diese Fälle ist bei **194.695** Fällen (44%) der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. sind diese Fälle nicht symptomatisch erkrankt. Für diese Fälle wird in Abbildung 2 daher das Meldedatum angezeigt.

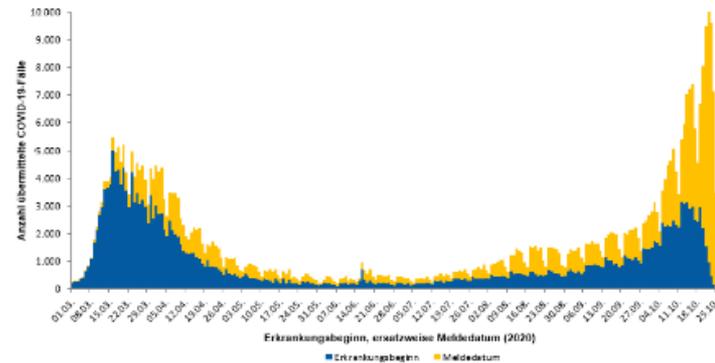


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (25.10.2020, 0:00 Uhr).

Abbildung 3 zeigt den Verlauf über die an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner der jeweils letzten 7 Tage in den Bundesländern und in Deutschland. In mehreren Bundesländern ist ein starker Anstieg der Inzidenz zu beobachten. In Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland liegt die 7-Tage-Inzidenz über der bundesweiten Gesamtinzidenz.

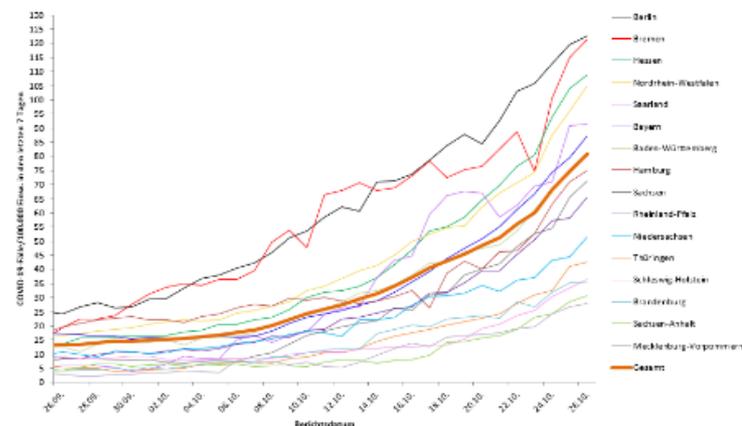


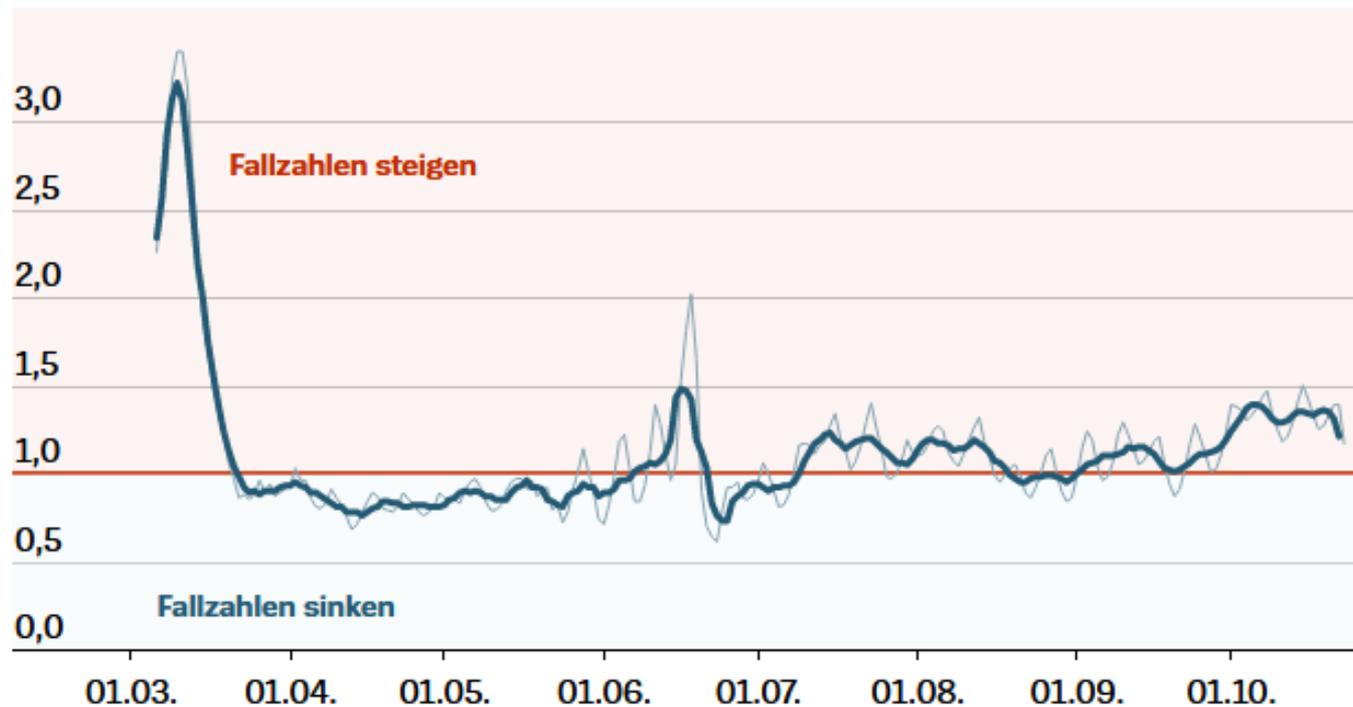
Abbildung 3: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Bundesland (25.10.2020, 0:00 Uhr). In Bundesländern mit vergleichsweise niedrigen Bevölkerungszahlen können auch schon kleine Anstiege der Fallzahlen zu einer deutlichen Erhöhung der 7-Tage-Inzidenz führen.

Infektionsgeschehen Deutschland ...

Ansteckung

Wie viele Menschen steckt ein Corona-Infizierter an?

Entwicklung der Reproduktionszahl R: — einfacher Wert und — Wochenmittel

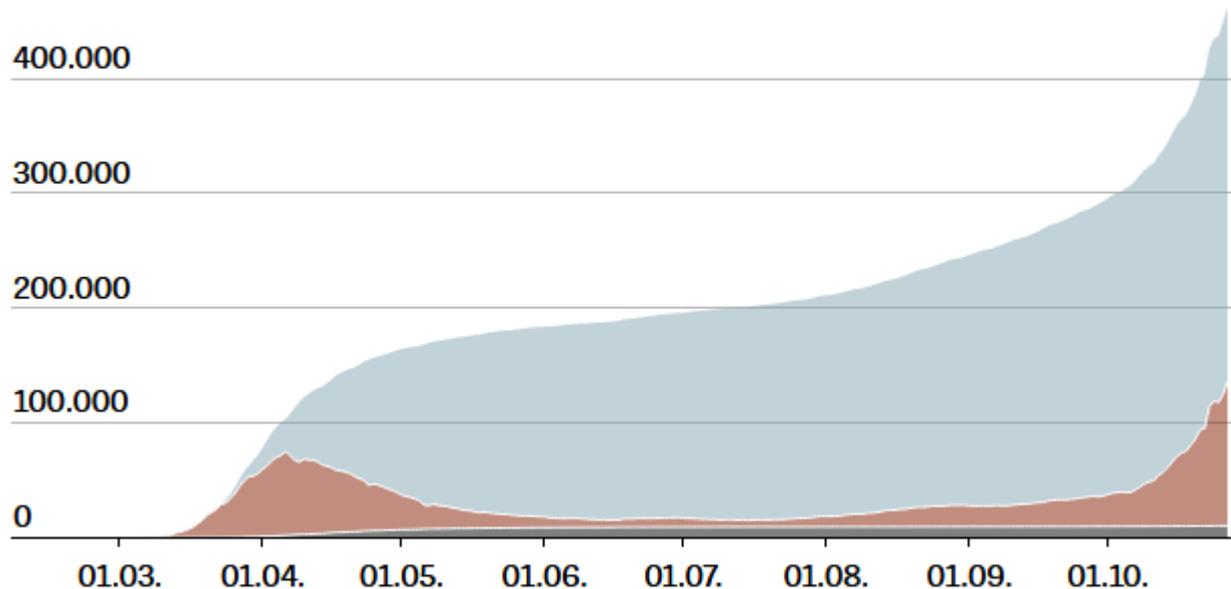


Infektionsgeschehen Deutschland ...

Entwicklung

Bestätigt Infizierte in Deutschland insgesamt, davon:

gestorben aktiv infiziert genesen



Quelle: Johns Hopkins CSSE (Genesene und aktuell Kranke z.T. statistisch geschätzt)

DER SPIEGEL

Ausbrüche

In 371 Kreisen liegt eine erhöhte 7-Tage-Inzidenz mit über 25 Fälle/100.000 Einwohner vor. Mittlerweile weisen davon 99 Stadt- bzw. Landkreise eine Inzidenz von über 100 Fälle/100.000 Einwohner auf, in weiteren 173 Kreisen liegt die 7-Tage-Inzidenz zwischen über 50 und 100 Fälle/100.000 Einwohner. Abbildung 1 weist die am stärksten betroffenen 15 Landkreise aus. Die genauen Inzidenzwerte der weiteren Landkreise können dem Dashboard entnommen werden (<https://corona.rki.de/>).

In den meisten Kreisen handelt es sich zumeist um ein diffuses Geschehen, mit zahlreichen Häufungen in Zusammenhang mit privaten Feiern im Familien- und Freundeskreis. In einigen Fällen liegt ein konkreter größerer Ausbruch als Ursache für den starken Anstieg in den betroffenen Kreisen vor. Zum Anstieg der Inzidenz tragen aber nach wie vor auch viele kleinere Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen sowie Ausbrüche in Krankenhäusern, Einrichtungen für Asylbewerber und Geflüchtete, Gemeinschaftseinrichtungen, Kindertagesstätten und Schulen, verschiedenen beruflichen Settings sowie im Zusammenhang mit religiösen Veranstaltungen bei.

Im LK Erzgebirgskreis sind COVID-19-Fälle in mehr als 11 stationären Pflegeeinrichtungen aufgetreten.

Zwei größere Ausbruchsgeschehen tragen im LK Rottal-Inn zu der erhöhten Inzidenz bei, ein Ausbruch unter Bewohnern einer Gemeinschaftsunterkunft, sowie Fälle von infizierten Bewohnern und Mitarbeitern in einem Pflegeheim.

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 26.10.2020, 0:00 Uhr)

In Einklang mit den internationalen Standards der WHO¹ und des ECDC² wertet das RKI alle labordiagnostischen PCR-Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung einer klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Im folgenden Bericht sind somit unter COVID-19-Fällen sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Weitere Erläuterungen finden sich unter „Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung“.

Allgemeine aktuelle Einordnung

Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau Ende August und Anfang September ist aktuell in allen Bundesländern ein weiterer Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung zu beobachten (s. Abbildung 3). Der Anteil der COVID-19-Fälle in der älteren Bevölkerung nimmt aktuell zu. Die berichteten R-Werte liegen seit Anfang Oktober deutlich über 1.

Bundesweit gibt es in verschiedenen Landkreisen Ausbrüche, die mit unterschiedlichen Situationen in Zusammenhang stehen, u.a. größeren Feiern im Familien- und Freundeskreis und in Betrieben. Es werden auch wieder vermehrt COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet. Zusätzlich kommt es in zahlreichen Landkreisen zu einer zunehmend diffusen Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen in die Bevölkerung, ohne dass Infektionsketten eindeutig nachvollziehbar sind.

Der Anteil der Verstorbenen unter den gemeldeten COVID-19-Fällen liegt seit Ende Juli kontinuierlich unter 1% und hat damit im Vergleich zum Infektionsgeschehen im Frühjahr, insbesondere im April, deutlich abgenommen (vgl. Lagebericht vom 20.10.2020). Eine mögliche Veränderung des Virus, die zu einem milderem Verlauf führt, wird jedoch nicht als Ursache hierfür gesehen. Stattdessen gibt es für den niedrigeren Anteil an Verstorbenen verschiedene Gründe: einerseits sind unter den Fällen derzeit vor allem jüngere Menschen, die meist weniger schwer erkranken. Andererseits werden durch die breite Teststrategie auch vermehrt milde Fälle erfasst.

Aktuell nehmen jedoch die Erkrankungen unter älteren Menschen wieder zu. Da diese häufiger einen schweren Verlauf durch COVID-19 aufweisen, steigt ebenso die Anzahl an schweren Fällen und Todesfällen. Diese können vermieden werden, wenn wir mit Hilfe der Infektionsschutzmaßnahmen die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus verhindern.

Daher ist es weiterhin notwendig, dass sich die gesamte Bevölkerung für den Infektionsschutz engagiert, z.B. indem sie Abstands- und Hygieneregeln konsequent – auch im Freien – einhält, Innenräume lüftet und, wo geboten, eine Mund-Nasen-Bedeckung korrekt trägt. Menschenansammlungen – besonders in Innenräumen – sollten möglichst gemieden werden.

**Menschen-
ansammlungen –
besonders in
Innenräumen –
sollten möglichst
gemieden werden.**

Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle pro Bundesland in Deutschland (26.10.2020, 0:00 Uhr). Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf Fälle, die dem RKI täglich übermittelt werden. Dies beinhaltet Fälle, die am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen an das Gesundheitsamt gemeldet worden sind.

Bundesland	Fälle kumulativ			Letzte 7 Tage		Todesfälle kumulativ	
	Fälle	Differenz Vortag*	Fälle/100.000 Einw.	Fälle	Fälle/100.000 Einw.	Fälle	Fälle/100.000 Einw.
Baden-Württemberg	69.601	1119	627	8.938	80,5	1.972	17,8
Bayern	91.569	1583	698	11.447	87,2	2.746	20,9
Berlin	26.094	304	711	4.499	122,6	250	6,8
Brandenburg	6.515	52	258	897	35,6	184	7,3
Bremen	4.407	65	647	826	121,3	64	9,4
Hamburg	11.514	168	623	1.382	74,8	283	15,3
Hessen	32.852	625	522	6.853	109,0	611	9,7
Mecklenburg-Vorpommern	2.165	32	135	451	28,0	21	1,3
Niedersachsen	30.476	836	381	4.107	51,4	732	9,2
Nordrhein-Westfalen	110.516	2757	616	18.808	104,8	2.024	11,3
Rheinland-Pfalz	16.549	431	404	2.676	65,4	268	6,5
Saarland	5.321	32	539	901	91,3	179	18,1
Sachsen	13.653	416	335	2.900	71,2	278	6,8
Sachsen-Anhalt	3.994	89	182	671	30,6	74	3,4
Schleswig-Holstein	6.777	115	233	1.055	36,3	167	5,8
Thüringen	5.863	61	275	909	42,6	203	9,5
Gesamt	437.866	8.685	526	67.320	80,9	10.056	12,1

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen und Datenbereinigungen der Gesundheitsämter kann es gelegentlich vorkommen, dass bereits übermittelte Fälle im Nachhinein korrigiert bzw. wieder gelöscht werden. So kann es dazu kommen, dass in dieser Tabelle negative Werte bei der Differenz der im Vergleich zum Vortag übermittelten Fällen aufgeführt werden.

Tabelle 03: Fallzahlen nach Regierungsbezirken, Stand: 27.10.2020, 08:00 Uhr.

Regierungsbezirk	Anzahl der Fälle	Fälle Änderung zum Vortag	Fallzahl pro 100.000 Einwohner	Fälle der letzten 7 Tage	7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner	Anzahl der Todesfälle	Todesfälle Änderung zum Vortag
Oberbayern	42.393	(+ 758)	899,90	5.106	108,39	1.071	(+ 2)
Niederbayern	9.467	(+ 204)	760,91	1.325	106,50	316	(+ 2)
Oberpfalz	8.276	(+ 159)	744,18	881	79,22	381	-
Oberfranken	6.030	(+ 102)	566,00	768	72,09	254	(+ 1)
Mittelfranken	9.553	(+ 337)	538,15	1.226	69,06	299	(+ 2)
Unterfranken	7.252	(+ 122)	550,39	1.167	88,57	201	(+ 3)
Schwaben	10.815	(+ 407)	569,38	2.135	112,40	234	(+ 2)
Gesamtergebnis	93.786	(+ 2.089)	714,57	12.608	96,06	2.756	(+ 12)

Geografische Verteilung

Es wurden **437.866 (+8.685)** labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt (s. Tabelle 1). Die geografische Verteilung der Fälle der letzten 7 Tage ist in Abbildung 1 dargestellt.

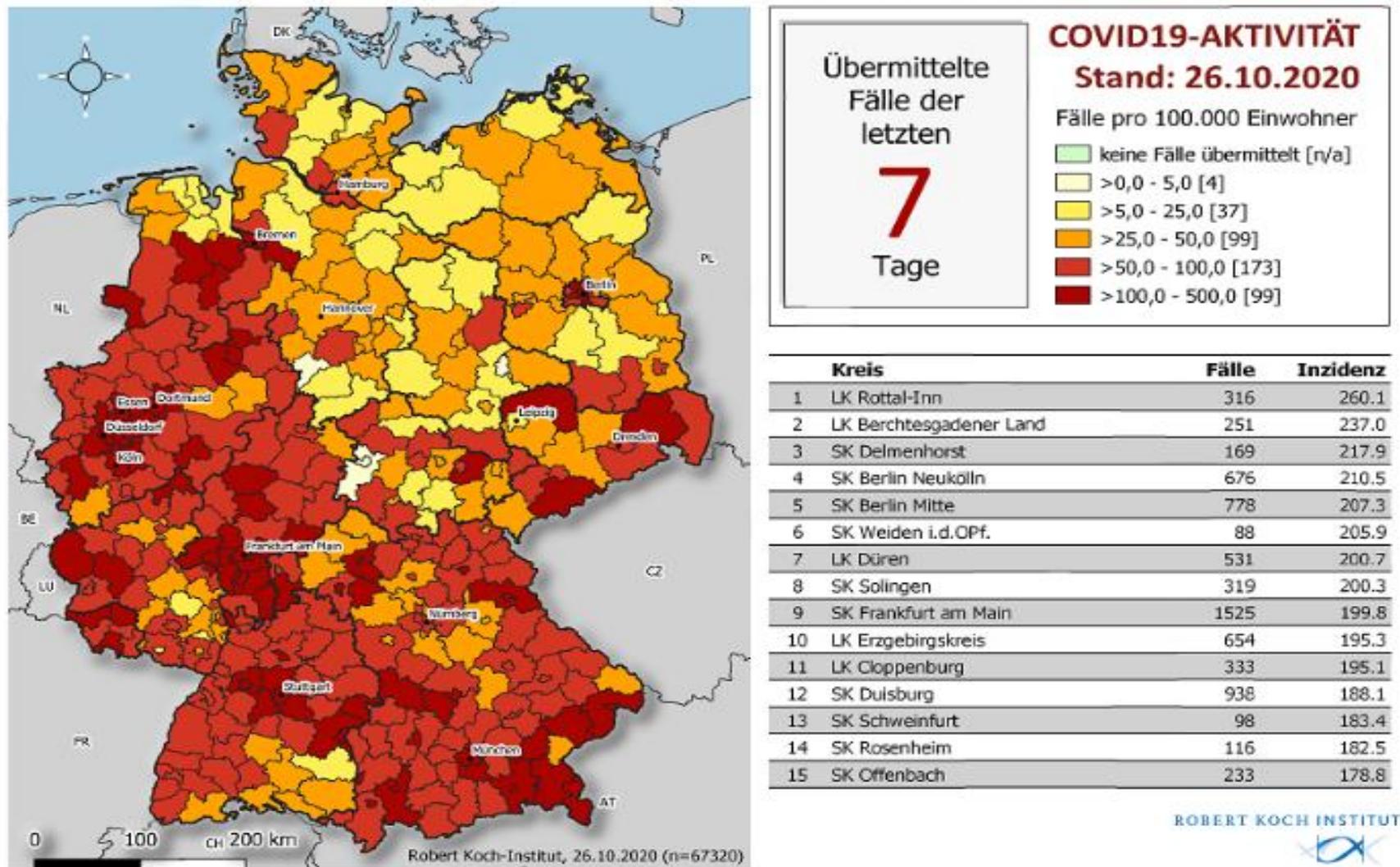


Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 67.320), 26.10.2020, 0:00 Uhr. Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

Schätzung der Fallzahlen unter Berücksichtigung des Verzugs (Nowcasting) und der Reproduktionszahl (R)

Die Reproduktionszahl R bezeichnet die Anzahl der Personen, die im Durchschnitt von einem Fall angesteckt werden. Diese lässt sich nicht aus den Meldedaten ablesen, sondern nur durch statistische Verfahren schätzen, zum Beispiel auf der Basis des Nowcastings (s. Abbildung 4).

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,37	1,30
(95%-Prädiktionsintervall: 1,13 – 1,59)	(95%- Prädiktionsintervall: 1,16 -1,44)

Durch Verzögerungen bei der Übermittlung der Fallzahlen an Wochenendtagen kommt es zu zyklischen Schwankungen des 4-Tage-R-Wertes. Der 7-Tages-R-Wert verläuft deutlich gleichmäßiger, da jeweils alle Wochentage in die Bestimmung eines Wertes eingehen.

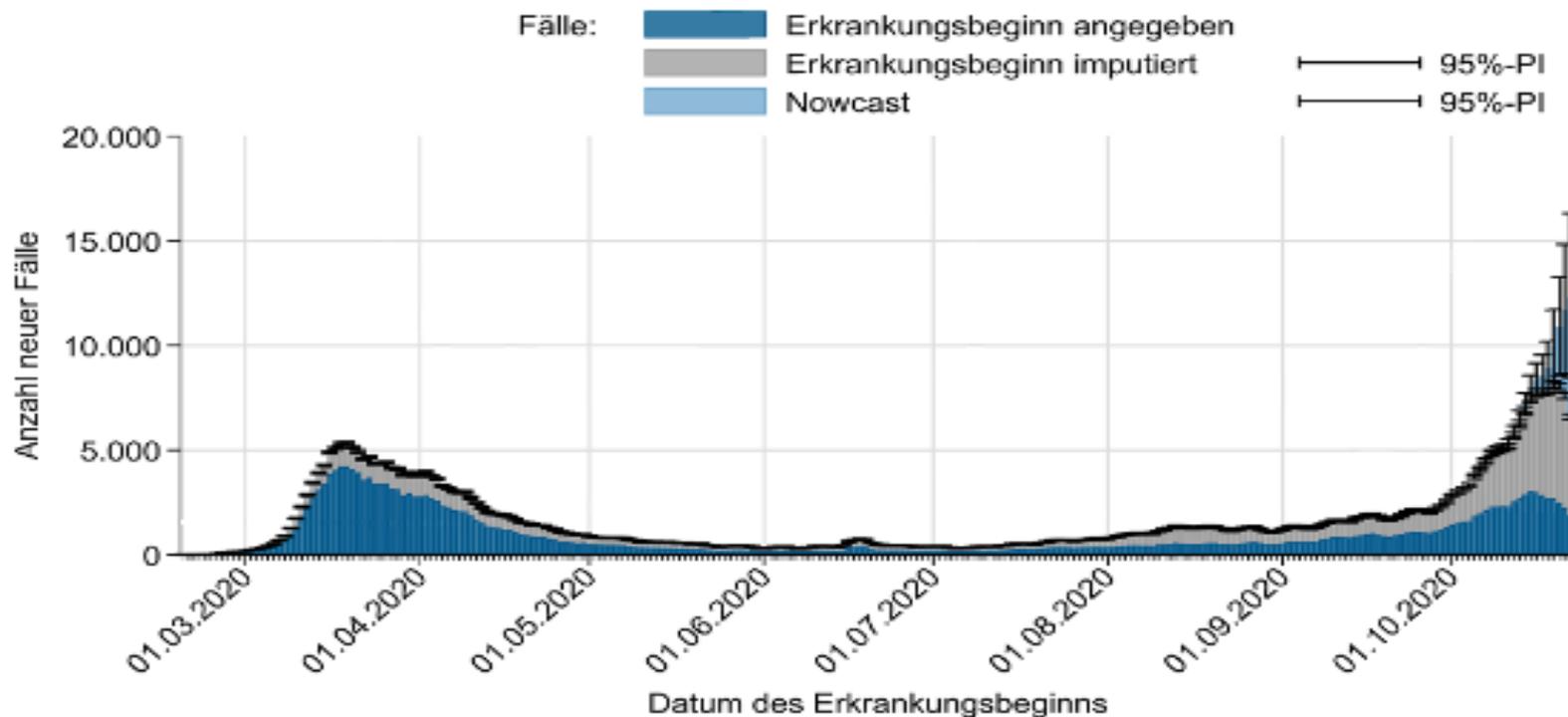


Abbildung 4: Darstellung der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn (dunkelblau), geschätztem Erkrankungsbeginn für Fälle mit fehlender Eingabe des Erkrankungsbeginns (grau) und geschätzter Verlauf der noch nicht übermittelten Fälle (hellblau) (Stand 26.10.2020, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle bis 22.10.2020).

21.10.2020

RKI: Corona-Fallsterblichkeit unter einem Prozent

10:21 Uhr

Weit weniger als jeder Hundertste der gemeldeten Corona-Infizierten in Deutschland ist zuletzt an oder mit Beteiligung der Infektion gestorben. Das geht aus dem aktuellen Lagebericht des Robert Koch-Instituts (RKI) hervor. Demnach liegt der Anteil Verstorbener an allen laborbestätigten Corona-Infektionen seit der Kalenderwoche 34 (17.8. bis 23.8.) bei deutlich unter einem Prozent.

Der überwiegende Teil (85 Prozent) der mehr als 9800 Corona-Toten seit Beginn der Pandemie war laut RKI 70 Jahre oder älter. Unter 50 Jahre alt waren 130 Betroffene, was 1,3 Prozent aller Corona-Toten entspricht. Die Zahl der Toten pro Woche hatte Anfang April mit mehr als 1600 ihren Höchststand erreicht und war dann deutlich gesunken. Seit Anfang September stieg sie wieder leicht an und lag zuletzt bei etwa 200 Fällen binnen sieben Tagen.

Mit Blick auf die gesamte Pandemie in Deutschland gab das RKI die Fallsterblichkeit am Dienstag mit 2,6 Prozent an. Dass diese Zahl wesentlich höher ist als die Sterblichkeit in den vergangenen Wochen, liegt vor allem an den höheren Werten im Frühjahr. Damals hatten sich vermehrt Ältere angesteckt, zudem wurden weniger Menschen ohne oder mit nur leichten Symptomen getestet.

Inhalt

Strategie

25.10.2020

Merkel warnt intern vor "sehr, sehr schweren Monaten"

21:43 Uhr

Bundeskanzlerin Angela Merkel hat erneut vor schwierigen Monaten wegen der rasanten Ausbreitung des Coronavirus gewarnt. "Es stehen uns sehr, sehr schwere Monate bevor", sagte die CDU-Politikerin Berichten der "Bild" und des "Spiegel" zufolge in einer Schaltkonferenz mit den CDU-Fraktionschefs der Bundesländer. Über die bevorstehende Ministerpräsidentenkonferenz in der kommenden Woche zeigte sich Merkel besorgt. Sie habe "kein so gutes Gefühl", sagte die Kanzlerin demnach. "So kann es nicht weitergehen."

Am Wochenende hatte Merkel die Bevölkerung erneut dazu aufgerufen, auf Reisen und Kontakte zu verzichten. "Das Gebot der Stunde heißt für uns alle: Kontakte reduzieren. Viel weniger Menschen treffen", sagte sie in ihrem am Samstag veröffentlichten Videopodcast.



Risikobewertung

... schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in

Deutschland weiterhin als **hoch**

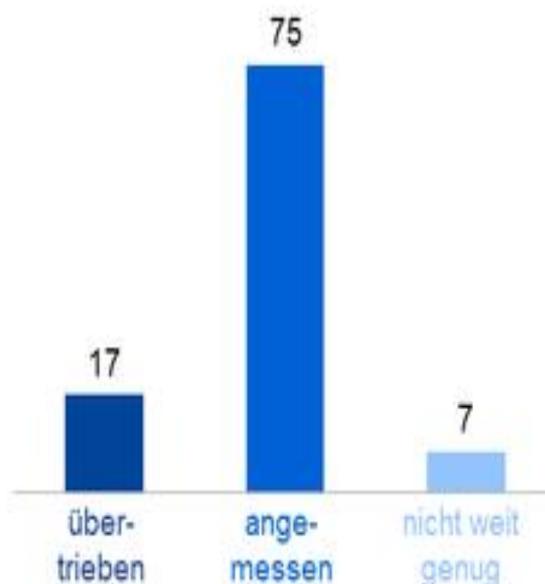
ein, für Risikogruppen als **sehr**

hoch

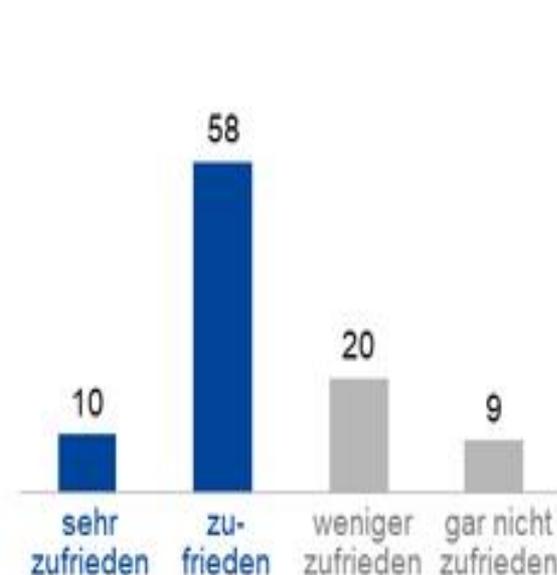
Corona-Krisenmanagement
der Landesregierung



Corona-Politik
in Bayern



Corona-Informationspolitik
in Bayern



Wie zufrieden sind Sie mit dem Corona-Krisenmanagement der Landesregierung in Bayern? / Wenn Sie die Corona-Politik in Bayern seit dem Ausbruch der Pandemie im März insgesamt bewerten. War aus Ihrer Sicht die Corona-Politik bislang alles in allem angemessen, übertrieben oder ging sie nicht weit genug? / Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen, die die Behörden und staatlichen Stellen in Bayern zu Corona und den aktuell geltenden Alltagseinschränkungen und Auflagen zur Verfügung stellen?

Kontaktpersonennachverfolgung

bei SARS-CoV-2-Infektionen



Kontaktperson bestätigter COVID-19-Fälle

- ▶ **Symptomatischer Quellfall:** Ab 2 Tage vor Auftreten erster Symptome bis mind. 10 Tage nach Symptombeginn
- ▶ **Asymptomatischer Quellfall:** Ab 2 Tage vor Test bis mindestens 10 Tage nach Test

Kategorie I

(Höheres Infektionsrisiko)

- ▶ Person mit ≥ 15 Min. face-to-face Kontakt 
- ▶ Längere Exposition (z.B. 30 Minuten) in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Direkter Kontakt zu Sekreten
- ▶ Medizinisches Personal $\leq 1,5$ m, ohne adäquate Schutzkleidung
- ▶ Medizinisches Personal ohne adäquate Schutzausrüstung mit direktem Kontakt zu Sekreten oder bei längerem Aufenthalt in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole

Kategorie II

(Geringeres Infektionsrisiko)

- ▶ Personen < 15 Min. face-to-face Kontakt (kumulativ) 
- ▶ **Keine** längere Exposition (z.B. unter 30 Minuten) in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosol
- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m bei durchgehend korrektem Tragen von MNS oder MNB bei sowohl Quellfall als auch Kontaktperson

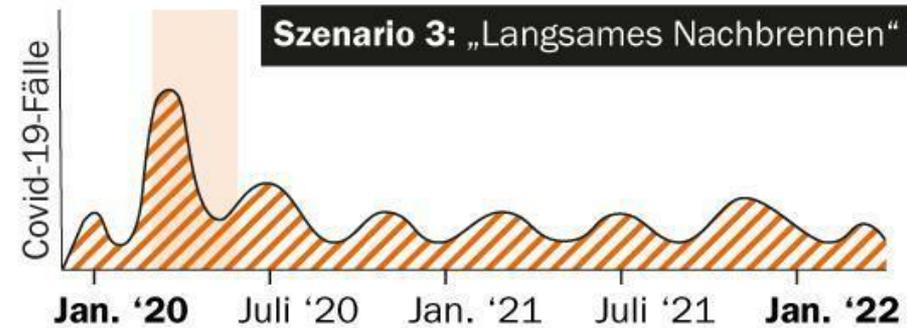
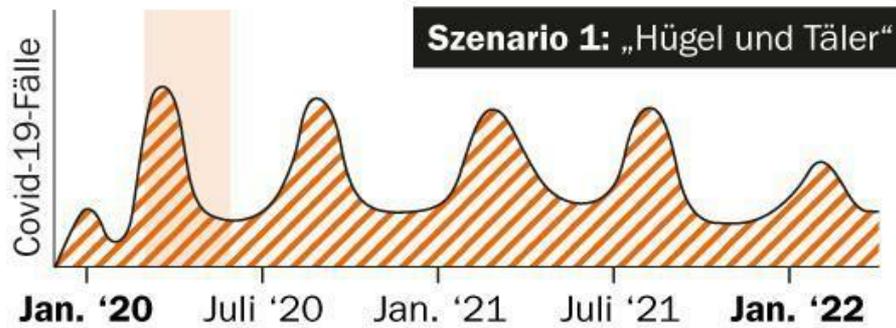
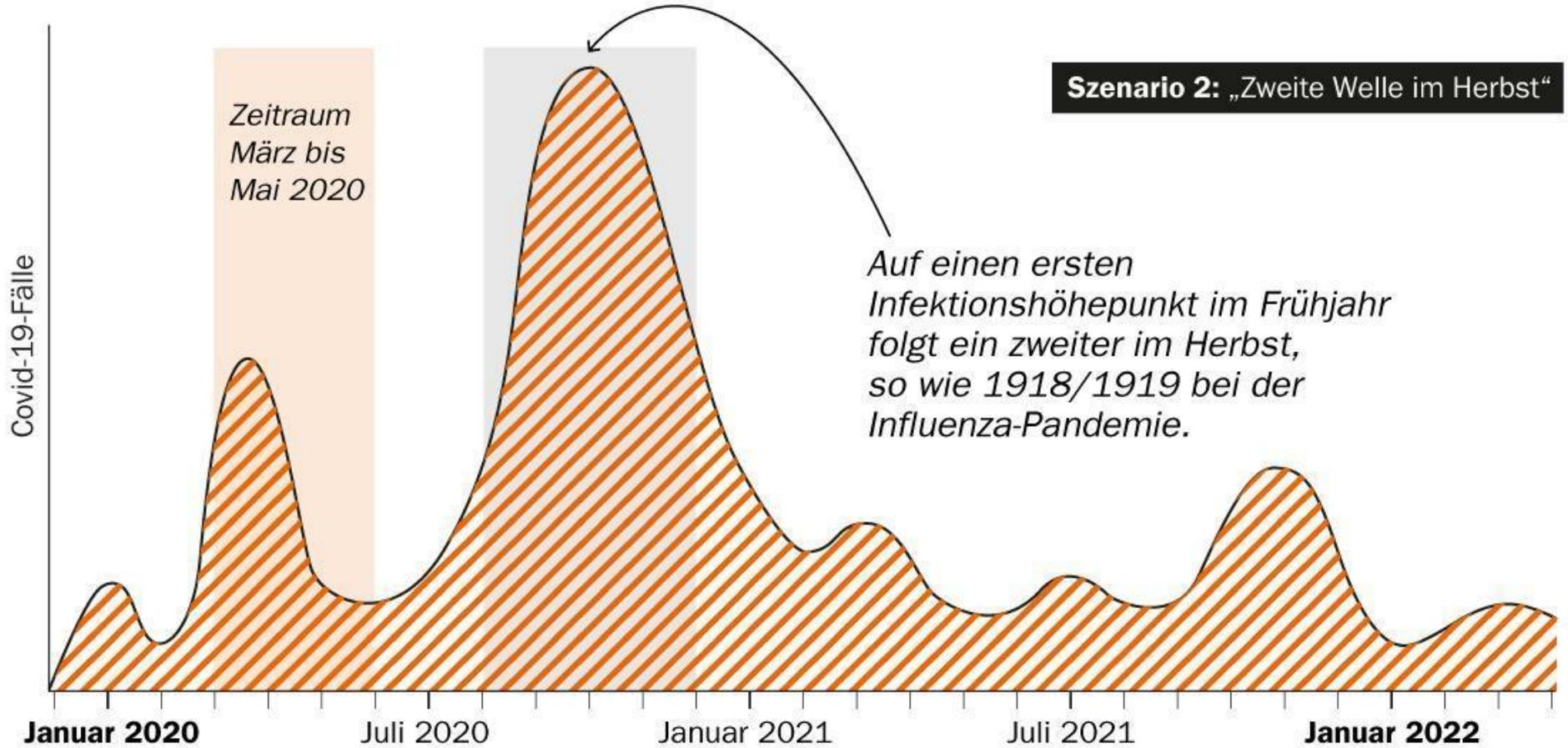
Kategorie III

(Geringeres Infektionsrisiko)

Nur medizinisches Personal 

- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m, mit adäquater Schutzausrüstung
- ▶ Kontakt $> 1,5$ m, ohne adäquate Schutzausrüstung, ohne direkten Kontakt zu Sekreten und kein (oder kurzzeitig) Aufenthalt in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m bei Tragen von medizinischem MNS bei sowohl Personal als auch MNS/MNB bei Quellfall in Raum ohne hohe Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Kontakt gemäß Kategorie II durch Exposition im privaten Umfeld

Drei mögliche Szenarien für die Covid-19-Pandemie



COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten

Szenarien

- **Einzelfälle, lokal und zeitlich begrenzte kleinere Ausbrüche**
- **Ausbrüche in einzelnen Settings** (z.B. in Pflegeeinrichtungen, Schulen, Betrieben oder Gemeinschaftsunterkünften)
- **Ausbrüche in mehreren und/oder großen Settings oder flächenhafte Ausbrüche**

Ziele

Übergeordnete Ziele

- **Ausbreitung der COVID-19-Pandemie begrenzen**
- **Gesundheitliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie minimieren** (Infektionen, Spätfolgen der Erkrankung und Todesfälle verhindern)
- **Gesamtgesellschaftliches und wirtschaftliches Leben in Deutschland schützen**

Strategische Ziele für die öffentliche Gesundheit und den Infektionsschutz

- **Ansteckungsrisiko reduzieren**
- **Überlastung des Gesundheitssystems durch unkontrollierte, rasche Ausbreitung des Erregers verhindern**

Strategische Ziele für den Ausbau eines krisensicheren Gesundheitssystems

- **Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) dauerhaft stärken**
- **Übergreifende ambulante und stationäre Versorgung ausbauen, Vernetzung mit ÖGD fördern**

Maßnahmen

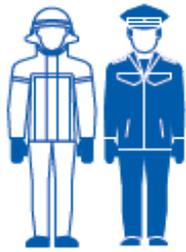
- **Maßnahmen an das spezifische Risiko anpassen**
- **Maßnahmen regional und zeitlich beschränken**
- **Einschränkungen sollen rechtlich und organisatorisch verhältnismäßig und praktisch umsetzbar sein**

Schwerpunkte und Instrumente

- **Gesundheitsversorgung unter Pandemiebedingungen sicherstellen**
Intensivkapazitäten nachhaltig planen
Versorgung infizierter und nicht-infizierter Patienten trennen
- **Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen offen halten**
Betrieb mit möglichst wenig Einschränkungen offenhalten
- **Informieren und kommunizieren**
Beachtung der „AHA+A+L-Formel“ empfehlen und die Verbreitung fördern
Krisenkommunikation weiter auf- und ausbauen
- **Kontaktreduzierende Maßnahmen unterstützen**
Mobilität reduzieren, risikoadaptiertes Verhalten stärken
Veranstaltungen beschränken
- **Persönliche Schutzausrüstung bereitstellen**
Verfügbarkeit für Beschäftigte im Gesundheitswesen sicherstellen
- **Diagnostik bereitstellen**
Nationale Teststrategie weiterentwickeln
Testabläufe weiter optimieren
Flächendeckende Verfügbarkeit sicherstellen
- **Impfung planen**
Impfstrategie gegen SARS-CoV-2 entwickeln
Impfstoff-Einführung kommunikativ und wissenschaftlich begleiten
Impfung gegen Influenza und Pneumokokken fördern
- **Daten bereitstellen**
DEMIS^{**} weiter ausbauen
Surveillance von Atemwegsinfektionen weiter auf- und ausbauen
Studien zum Pandemiegeschehen und den Maßnahmen planen, durchführen, auswerten
- **Kontaktnachverfolgung (Contact Tracing) sichern**
Personalaufbau weiter fördern
Qualifizierung und Verstetigung sicherstellen

*Abstand halten, Hygieneregeln beachten, Alltagsmasken tragen + Corona-Warn-App nutzen + Lüften

**Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz



COVID-19 Hygienemaßnahmen

Hinweise für nicht-medizinische Einsatzkräfte

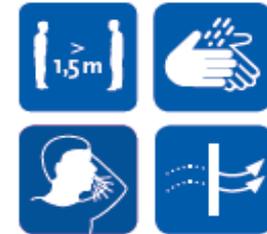
Grundsätzlich gilt:

>1,5 m Abstand einhalten und ggf. Mund-Nasen-Bedeckung tragen
entsprechend lokaler Empfehlungen

Händehygiene einhalten
(gründliches Waschen der Hände mit Wasser und Seife)

Husten- und Niesregeln beachten
(z. B. Husten, Niesen in ein Taschentuch oder Ellenbeuge)

In geschlossenen Räumen für **Frischluft** sorgen



Orientierungshilfe:

- 1: Wird der **Mindestabstand von 1,5 m** unterschritten?
- 2: Hatte die Person innerhalb der letzten 14 Tage **Kontakt zu einem Coronavirus-Erkrankten**?
- 3: Hat die Person **Atemwegssymptome** wie Fieber, Husten, infektbedingte Atemnot?



Wenn
alle Fragen
mit „NEIN“
beantwortet
wurden

Wenn mindestens eine Frage mit „JA“ beantwortet wurde

Überschaubare Situation und gute Lüftung / im Freien

- ▶ Einsatzkraft: Mund-Nasen-Schutz („OP-Maske“)
- ▶ Fremdperson: Mund-Nasen-Schutz oder mehrlagige, enganliegende Mund-Nasen-Bedeckung (ohne Ausatemventil)



Falls Person Mund-Nasen-Schutz / Bedeckung nicht toleriert

Unkalkulierbare Situation oder keine Lüftungsmöglichkeit

- ▶ Nach individueller Risikoeinschätzung Atemschutzmaske für die Einsatzkraft (mind. FFP2) und Augenschutz (mind. Brille mit Seitenschutz)
- ▶ Alternativ auch eine Vollmaske mit mindestens P2-Filter
- ▶ Überprüfung auf korrekten Sitz (Achtung: Abdichtung der Maske z. B. durch Bartwuchs beeinflusst)





COVID-19: Do I have it and what should I do?

Guidance for the public

Do you have at least one of the following symptoms?

Cough, high temperature or fever, shortness of breath, loss of sense of smell or taste, runny nose or sneezing, sore throat, headache, limb pain, general feeling of weakness



Step 1: If yes, follow these important rules

Stay at home and limit direct contact with other people, especially those in higher risk groups.



Maintain a distance of at least 1.5 m from other people and wear a face mask where specifically recommended.



Wash your hands regularly and follow the guidelines on coughing and sneezing.



Step 2: Receive advice over the phone

- ▶ Call 116117 or your local coronavirus hotline
- ▶ Call your primary care physician or other doctor
- ▶ Call a coronavirus test centre
- ▶ Let them know if you are in a higher risk group.
- ▶ If you cannot reach any of the above, keep trying.
- ▶ If you have difficulty breathing, call the emergency services: Dial 112.

Higher risk groups include the following in particular:

- ▶ Older people (including residents in care homes and people who receive care in their homes)
- ▶ People with pre-existing conditions (such as cardiovascular disease, lung disease, cancer, diabetes)
- ▶ People with weakened immune systems (such as those taking immunosuppressant medication)



Step 3: Follow your doctor's instructions

- ▶ Your doctor will assess the severity of your illness and decide whether you require further care by a doctor from a medical clinic or need to go to hospital. If necessary, you will also receive a sick note.
- ▶ Based on your doctor's assessment, you may be tested for the novel coronavirus (SARS-CoV-2). If your test is positive, your doctor will inform the relevant health authorities. If a test is not required, your doctor will speak with you about the next course of action.



Step 4: If you have been tested outside of a hospital, wait for the result

- ▶ While you wait for your test result, continue to follow the main rules (see Step 1) and your doctor's instructions.

What to do if your test result is positive for SARS-CoV-2

If you are being treated by a medical clinic, speak to your doctor about what measures you and those around you should take.

You should also follow these recommendations:

- ▶ Reduce the number of people in your household and your contact with them to an absolute minimum.
- ▶ Avoid sharing your living space with anyone who is in a higher risk group.
- ▶ If possible, stay in a well-ventilated room by yourself.
- ▶ Try to eat your meals in a separate room and at different times from others.
- ▶ Use shared rooms (such as the kitchen, hall or bathroom) only when absolutely necessary.
- ▶ If you and other members of your household are unable to be in separate rooms, please
 - maintain a distance of at least 1.5m from each other and
 - each wear surgical masks.

- ▶ Wash your hands regularly and thoroughly with soap and water. 
- ▶ Sneeze or cough into a disposable tissue or into the crook of your arm if you do not have a tissue. 
- ▶ Do not share household items with others (such as dishes, cutlery, towels or bed linen).
- ▶ On a daily basis, clean surfaces and objects you regularly touch (such as bedside tables, bed frames, door handles, light switches or smartphones).
- ▶ Regularly ventilate all rooms.
- ▶ Keep your laundry separate and wash it at a temperature of at least 60 °C.
- ▶ Deliveries should be left on your doorstep.
- ▶ If your symptoms get worse, especially if you have difficulty breathing, seek medical help immediately. 

What to do if your test result is negative for SARS-CoV-2

Continue to wash your hands regularly and follow the guidelines on coughing and sneezing. Speak to your doctor about any other steps you should take.

Wichtiger Hinweis zur Verhinderung von COVID-19-Ausbrüchen

Achten Sie auf die „Drei G“!

- 1. Geschlossene Räume** mit schlechter Belüftung
- 2. Gruppen und Gedränge** mit vielen Menschen an einem Ort
- 3. Gespräche** in lebhafter Atmosphäre und engem Kontakt mit anderen



infektionsschutz.de
www.rki.de

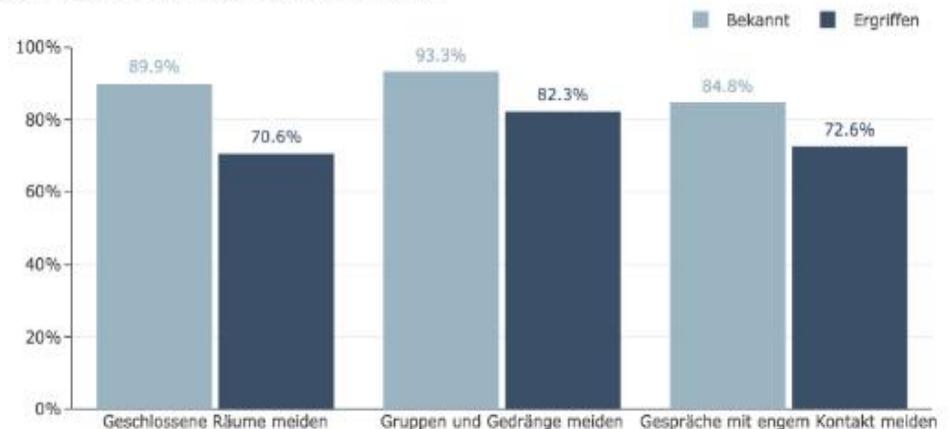
BZgA
Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

www.infektionsschutz.de/3G
© IMRC-ND
Stand: 31.08.2021

- Die 3G Regel ist weniger bekannt als die AHA Regel und wird deutlich seltener befolgt
- Ca. ein Drittel der Befragten meidet nicht geschlossene Räume oder Gespräche mit engem Kontakt.

3GG kennen und befolgen

Anteil der Personen, die (a) die Regeln kennen und (b) diese mindestens häufig befolgen (falls anwendbar). Ergebnisse vom 13.10.20



Quelle: COSMO corona-monitor.de

Strategie ...



DIE AHA-FORMEL

Lüftung

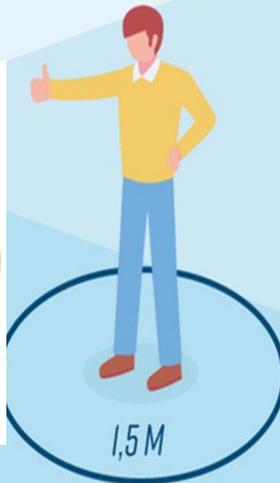
ABSTAND

+

HYGIENE

+

ALLTAGSMASKE



#WIRHALTENZUSAMMEN

**Ab 35 Neuinfektionen: Treffen von nur noch
zwei Hausständen oder maximal 10 Personen**

10



**Ab 50 Neuinfektionen: Treffen von nur noch
zwei Hausständen oder maximal 5 Personen**



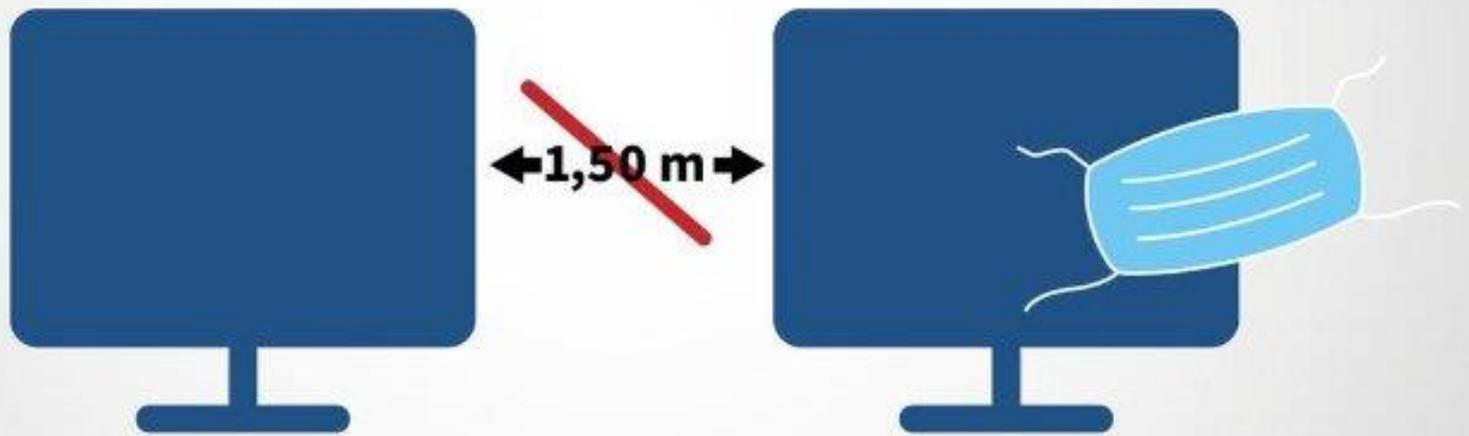
Maskenpflicht im Unterricht ab der 5. Jahrgangsstufe



Ab 35 Neuinfektionen: Maskenpflicht an stark frequentierten Plätzen



Ab 35 Neuinfektionen: Maskenpflicht am Arbeitsplatz, wo kein Abstand möglich



**Ab 100 Neuinfektionen:
Maximal 50 Personen bei Veranstaltungen
(z.B. Kino, Theater, Vereinsversammlungen,...)**



Testpflicht für Berufspendler aus Hotspots im Ausland



Debatte über Corona-Maßnahmen

Kontaktbeschränkungen wohl unausweichlich

Stand: 27.10.2020 18:19 Uhr

Laschet und Söder sprechen sich für weitere Kontaktbeschränkungen aus, ihr Kollege aus Kiel hat sie bereits umgesetzt. Am Tag vor den Bund-Länder-Beratungen zeichnet sich eine gemeinsame Linie ab. Es gibt aber auch grundsätzliche Kritik.

Die Corona-Infektionszahlen steigen exponentiell - und morgen wird sich zeigen, ob Bund und Länder einen gemeinsamen Weg bei der Bekämpfung der Pandemie finden werden. Am Tag davor deutet vieles darauf hin, dass es zu neuen Kontaktbeschränkungen kommen könnte. Dieser Punkt ist für Kanzlerin Angela Merkel zentral, wie sie mehrfach betont hat.

Bayerns Ministerpräsident Markus Söder nannte vorab keine konkreten Forderungen, sprach sich aber für ein striktes und einheitliches Vorgehen aus: Wenn es in ganz Deutschland immer mehr rote und dunkelrote Gebiete gebe, brauche es mehr einheitliche Maßnahmen, nach einheitlichen Standards, und auch unabhängig von regionalen Entwicklungen. "Entscheidendes Ziel ist: Kontakte reduzieren, Kontakte reduzieren, Kontakte reduzieren."



Halten Sie Abstand



Mindestens 1,5 Meter – also etwa die Länge von 1,5 Einkaufswagen, die man vor sich herschiebt. Diese Distanz kann eine Ansteckung über Tröpfchen, die beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen entstehen, verhindern, weil die meisten von ihnen innerhalb dieses Radius zu Boden fallen. Gegen kleinere Tröpfchen, die Aerosole, hilft der Abstand allerdings kaum. Da sie sich auch über die Luft verbreiten und besonders in geschlossenen Räumen stehen bleiben, brauchen wir weitere Vorsichtsmaßnahmen.

Achten Sie auf Hygiene



Ob und wie lange Viruspartikel auf Oberflächen infektiös sind, ist nicht ganz klar. Bis wir das besser wissen, gilt: Regelmäßiges Händewaschen – mindestens 20 bis 30 Sekunden lang oder so lange, wie es dauert, zweimal *Happy Birthday* zu singen – hilft gegen alle möglichen Infektionen. Besser übrigens als ständiges Desinfizieren. Fassen Sie sich bestenfalls nicht ins Gesicht. Waren Sie draußen unterwegs, waschen Sie direkt die Hände, wenn Sie nach Hause kommen.

Tragen Sie eine Maske



Es ist ratsam, immer dort einen Mund-Nasen-Schutz aufzusetzen, wo viele Menschen sind und Abstände nicht eingehalten werden können, besonders in Innenräumen, aber auch draußen. Zwar schützt keine Maske absolut – aber eine Mund-Nasen-Bedeckung kann das Risiko deutlich senken, sich das Virus einzufangen oder es selbst auf andere zu übertragen. Tauschen Sie die Maske regelmäßig aus, waschen Sie sie und wechseln Sie sie, sobald sie feucht ist.

Gemeinsam drinnen? Lüften Sie sehr oft



Aerosole mit infektiösen Viren können für längere Zeit in der Luft bleiben, deshalb gilt: regelmäßig lüften. Wann und wie oft das passieren sollte, hängt von Raum und Gruppengröße ab. Als Faustregel gilt: Je mehr Menschen sich in einem Raum befinden, desto wichtiger wird Lüften. Und je häufiger sich die Luft in einem Raum bewegt und ausgetauscht wird, desto besser. Für Klassenräume empfiehlt etwa das Umweltbundesamt: Alle 20 Minuten Fenster für 5 Minuten öffnen. Ziehen Sie sich besser warm an.

Nutzen Sie die Corona-App



Die Corona-Warn-App kann helfen, Risikobegegnungen zu ermitteln. Je mehr sie nutzen und auch ihre positiven Testergebnisse darin erfassen, desto besser funktioniert sie. Für Menschen, die die App nicht nutzen möchten, empfiehlt es sich, ein Kontakttagebuch zu führen, in dem Sie notieren, wen Sie getroffen haben. Infiziert sich jemand mit Corona, hilft auch das, Infektionsketten nachvollziehen zu können.

Verringern Sie Treffen in geschlossenen Räumen



Je länger ein Mensch spricht, atmet oder singt, desto mehr infektiöse Tröpfchen können sich in der Luft verteilen. Je mehr Menschen zusammenkommen, desto höher auch die Aerosoldichte. Treffen Sie sich drinnen mit Menschen, mit denen Sie nicht zusammenwohnen, sollten Sie das nur für kurze Zeit tun. Achten Sie auch auf Abstand, tragen Sie zusätzlich Maske und lüften Sie oft.

Meiden Sie Gruppen und Orte mit vielen Menschen



Wo viele Menschen sind, gibt es viele potenzielle Überträger des Coronavirus. Gefährlich wird es, wenn Abstände nicht mehr eingehalten werden können, etwa in Bars, auf Festen, im öffentlichen Nahverkehr oder auf Demonstrationen. Wenn Sie diese Situationen nicht vermeiden können, sollten Sie zumindest eine Maske tragen, auch wenn Sie sich draußen aufhalten.

Kommen Sie Ihrem Gesprächspartner nicht zu nahe



Gespräche und Treffen von Angesicht zu Angesicht sind wichtig, halten Sie aber Abstand. Begegnen Sie sich wenn möglich draußen. Wenn das nicht geht, halten Sie auch drinnen großzügig Abstand und lüften Sie häufig.

Verzichten Sie auf Umarmungen und Händeschütteln



Auch wenn ein Gegenüber die Hand ausstreckt: Verzichten Sie aufs Händeschütteln. Eine Verbeugung ist auch höflich. Über eine Berührung können Viren übertragen werden und man nähert sich dabei auf weniger als eine Armlänge. Wer dabei noch zur Begrüßung ein paar freundliche Worte an sein Gegenüber richtet, erhöht das Infektionsrisiko durch die Tröpfchen, die er oder sie ausstößt – auch mit Maske. Auf Umarmungen sollte verzichten, wer nicht Teil desselben Haushalts ist.

Husten und niesen Sie in die Armbeuge



Beim Husten oder Niesen können sich infektiöse Tröpfchen aus Nase, Mund und Rachen explosionsartig verbreiten. Auch wer weiter als 1,5 Meter entfernt steht, kann etwas abbekommen. Deshalb: Stoppen Sie Ihre eigenen Tröpfchen mit der Armbeuge oder einem Taschentuch. Bestenfalls nicht mit der Hand, schließlich gibt es nicht immer sofort die Möglichkeit, sie gründlich mit Seife zu waschen. Ansonsten können Viren leicht auf Oberflächen oder Türklinken landen.

Bleiben Sie zu Hause, wenn es geht



In der kalten Jahreszeit sind Treffen auf Caféterrassen, im Park oder im Garten nicht mehr so einfach möglich. Wir müssen wieder überlegen, auf was wir verzichten können. Ein paar Tipps: Machen Sie es sich zu Hause gemütlich, holen Sie sich lieber Essen zum Mitnehmen, als sich ins Restaurant zu setzen, nutzen Sie für kurze Besuche den Balkon und reduzieren Sie Ihre Treffen auf ein oder zwei Personen.

Sie haben ältere Nachbarn? Bieten Sie Hilfe an



Ältere und Menschen mit Vorerkrankungen sollten sich gerade besonders gut schützen. Vielleicht können sie Hilfe gebrauchen, etwa indem Sie ihnen den Einkauf im Supermarkt abnehmen.

Sie müssen zur Arbeit? Nehmen Sie Fahrrad oder Auto



Selbst wenn die öffentlichen Verkehrsmittel oder die Bahn nicht mehr so voll sind wie vor der Pandemie: Es ist ratsam, das Fahrrad oder das Auto zu nutzen, wann immer es geht, um Gedränge und Menschen zu meiden.

Sie sind Arbeitgeber? Ermöglichen Sie Homeoffice



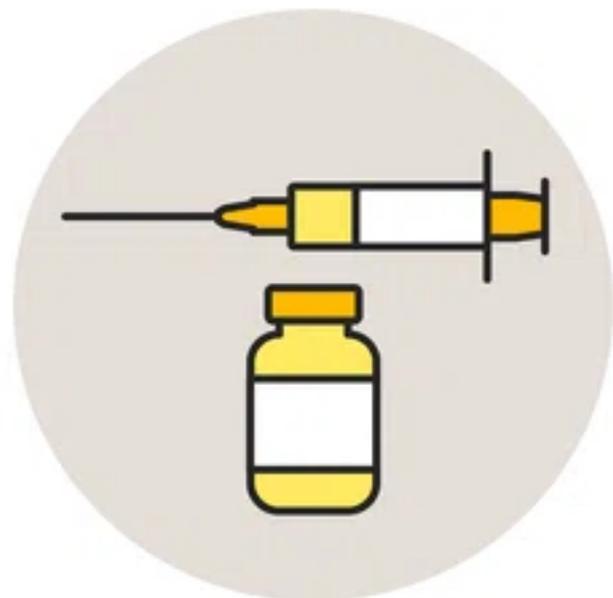
Da, wo es geht, sollten Führungskräfte die Arbeit zu Hause fördern und etwa persönliche Meetings möglichst durch Onlinemeetings ersetzen. Außerdem sollten sie erkältete Mitarbeiter dabei unterstützen, zu Hause zu bleiben.

Sie fühlen sich krank? Bleiben Sie zu Hause



Halskratzen, Frösteln, Husten, Schnupfen, Fieber: Kurieren Sie sich aus, auch wenn Sie nur kränkeln. Wenn Sie keinen unmittelbaren Kontakt mit einem Menschen hatten, der positiv getestet wurde, brauchen Sie keinen Corona-Test. Normalerweise reichen ein paar Tage mit Vorsicht daheim – wenn die Symptome schlimmer werden, lassen Sie sich beraten (siehe unten).

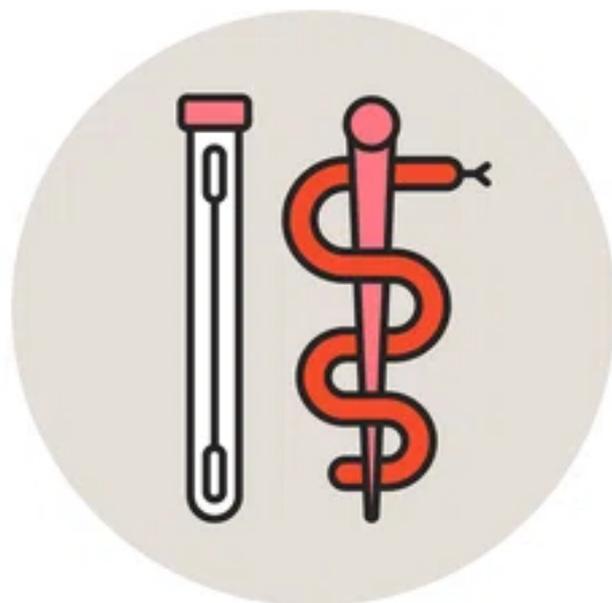
Lassen Sie sich gegen Grippe impfen



© ZEIT ONLINE

Sich gegen Grippe impfen zu lassen, schützt zwar nicht gegen Sars-CoV-2, aber es kann gefährliche Doppelinfektionen verhindern. Weniger Grippe-Kranke bedeuten auch, dass Kliniken entlastet werden. Eine Grippe-Impfung wird Schwangeren empfohlen, vor allem auch Menschen über 60 Jahren und Personen mit chronischen Krankheiten.

Sie sind ein Verdachtsfall? Wenden Sie sich an einen Arzt



Wer Symptome zeigt und Kontakt zu einer infizierten Person hatte, ist ein Verdachtsfall und sollte getestet werden. Mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst – erreichbar unter der Nummer 116117 – oder der eigenen Hausarztpraxis kann das weitere Vorgehen besprochen werden. Ganz wichtig: sich selbst isolieren, bis Genaueres bekannt ist.

Sie haben sich angesteckt? Halten Sie die Isolation ein



Wer infiziert ist, sollte keine weiteren Menschen anstecken. Deshalb gelten zwei Grundregeln: Infizierte begeben sich in Isolation, bis die Infektion abgeklungen ist. Und wer vermutet, dass er oder sie infiziert ist – ein Test ist nicht immer leicht zu bekommen –, verordnet sich selbst erst mal eine Quarantäne.

Sie sind unsicher? Lassen Sie sich beraten

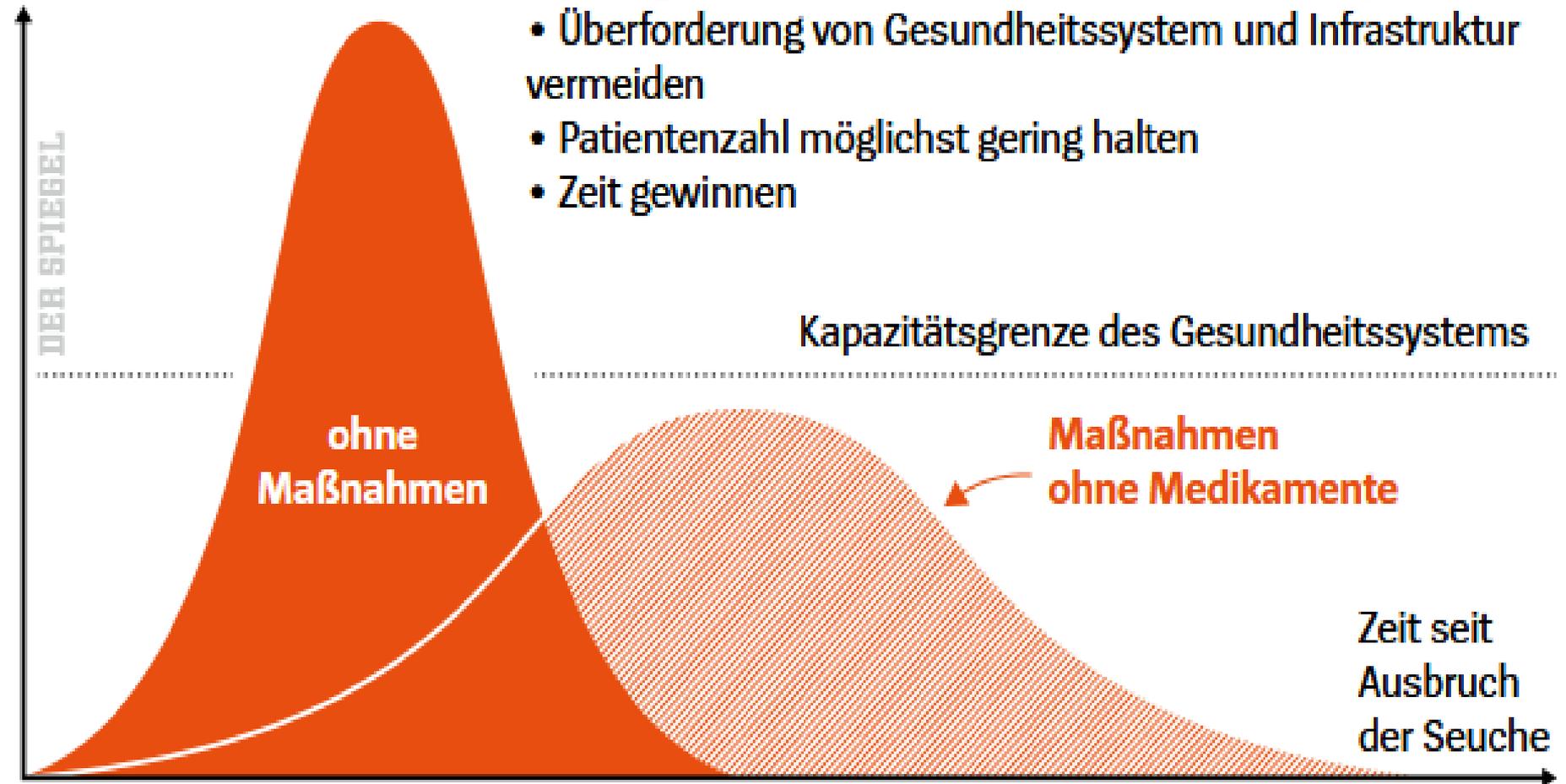


Es gibt mittlerweile zahlreiche Stellen, an die sich Bürgerinnen und Bürger mit Fragen zu Corona richten können: Das Personal beim ärztlichen Bereitschaftsdienst kann Fragen beantworten – erreichbar unter der Nummer 116117. Auch Ihre lokale Corona-Hotline oder die eigene Hausarztpraxis können weiterhelfen. Zudem hat das Bundesgesundheitsministerium ein Corona-Telefon (030/346 465 100) eingerichtet und teilt wichtige Informationen auf WhatsApp oder Telegram. Weitere Nummern bietet die Bundesregierung auf ihrer Website. Darüber hinaus bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an, Fragen per Mail an infektionsschutz@bzga.de zu richten.

Verzögerter Verlauf

Wie Maßnahmen den Verlauf der Epidemie beeinflussen

Zahl der
Neuinfektionen



Was Maßnahmen bewirken müssen:

- Verzögern und Abflachen des Höhepunkts der Epidemie
- Überforderung von Gesundheitssystem und Infrastruktur vermeiden
- Patientenzahl möglichst gering halten
- Zeit gewinnen

Kategorie I

(Hoheres Infektionsrisiko)

- ▶ Person mit ≥ 15 Min. face-to-face Kontakt 
- ▶ Längere Exposition (z.B. 30 Minuten) in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Direkter Kontakt zu Sekreten
- ▶ Medizinisches Personal $\leq 1,5$ m, ohne adäquate Schutzkleidung
- ▶ Medizinisches Personal ohne adäquate Schutzkleidung mit direktem Kontakt zu Sekreten oder bei längerem Aufenthalt in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole

Gesundheitsamt

- ▶ Ermittlung, namentliche Registrierung 
- ▶ Information über Krankheit und Übertragung
- ▶ Testung:
Testung asymptomatischer Kontaktpersonen Einzelfallentscheidung

Kontaktperson Kategorie I

- ▶ **Kontaktreduktion**  Häusliche Quarantäne für 14 Tage
- ▶ **Gesundheitsüberwachung**  - Regelmäßiger Kontakt mit Gesundheitsamt für 14 Tage
- 2 x täglich Messung der Körpertemperatur und Tagebuch zu Symptomen für 14 Tage

Kategorie II

(Geringeres Infektionsrisiko)

- ▶ Personen < 15 Min. face-to-face Kontakt (kumulativ) 
- ▶ Keine längere Exposition (z.B. unter 30 Minuten) in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m bei durchgehend korrektem Tragen von MNS oder MNB bei sowohl Quellfall als auch Kontaktperson

Gesundheitsamt

- ▶ Keine weitere Ermittlung 
- ▶ Optional:
Information über Krankheit und Übertragung
- ▶ Testung:
Keine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen notwendig

Kontaktperson Kategorie II

- ▶ **Kontaktreduktion**  Reduktion der Kontakte zu anderen Personen für 14 Tage
- ▶ **Gesundheitsüberwachung**  Keine gesonderten Maßnahmen

Kategorie III

(Geringeres Infektionsrisiko)

Nur medizinisches Personal 

- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m, mit adäquater Schutzausrüstung
- ▶ Kontakt $> 1,5$ m, ohne adäquate Schutzausrüstung, ohne direkten Kontakt zu Sekreten und kein (oder kurzzeitig) Aufenthalt in Raum mit hoher Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Kontakt $\leq 1,5$ m bei Tragen von medizinischem MNS bei sowohl Personal als auch MNS/MNB bei Quellfall in Raum ohne hohe Konzentration infektiöser Aerosole
- ▶ Kontakt gemäß Kategorie II durch Exposition im privaten Umfeld

Gesundheitsamt

- ▶ Keine weitere Ermittlung 
- ▶ Optional:
Information über Krankheit und Übertragung
- ▶ Testung:
Keine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen notwendig

Kontaktperson Kategorie III

- ▶ **Kontaktreduktion**  Keine Kontaktreduktion
- ▶ **Gesundheitsüberwachung**  Tägliches Selbstmonitoring für 14 Tage

Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen

- ▶ Sofortiger Kontakt zu Gesundheitsamt und Testung
- ▶ Isolierung gemäß Gesundheitsamt
- ▶ Kontaktpersonen ab 2 Tage vor Symptombeginn notieren



Corona-Strategie

Bayern



bayern.de

Generell: Mindestabstand 1,5 m und Hygieneregeln beachten

7-Tage-Inzidenz über 50:

- Private Feiern und Kontakte werden auf max. 5 Personen oder 2 Haushalte begrenzt.
- Sperrstunde, Alkoholverkaufsverbot an Tankstellen sowie Alkoholverbot auf öffntl. Plätzen ab 22 Uhr

7-Tage-Inzidenz über 35:

- Private Feiern und Kontakte werden auf max. 10 Personen oder 2 Haushalte begrenzt.
- Sperrstunde, Alkoholverkaufsverbot an Tankstellen sowie Alkoholverbot auf öffntl. Plätzen ab 23 Uhr
- Maskenpflicht, wo Menschen dichter bzw. länger zusammenkommen (z. B. Fußgängerzonen, öffentl. Gebäude, Schulen, Veranstaltungen)

7-Tage-Inzidenz unter 35:

- Kontaktbeschränkung: 10 Personen oder 2 Haushalte im öffentl. Raum
- Veranstaltungen: max. 100 Teilnehmer drinnen bzw. 200 draußen (Spezialregelungen für Kultur, Sport, Gottesdienste und Versammlungen)
- Maske: bei besonderer Anordnung (z. B. ÖPNV, Schulen, Krankenhäuser, Gastronomie) und wenn Mindestabstand (1,5 m) nicht eingehalten werden kann





7-Tage-Inzidenz unter 35: GRÜN

Unter Berücksichtigung der aktuellen Situation und der sich dynamisch verändernden Lage wird auch bei einer 7-Tage-Inzidenz unter 35 die Stufe 2 der „Gemeinsamen

Hinweise zum Übungs- und Ausbildungsdienst“ wie folgt beibehalten:

1. Durchführung von Ausbildungen und Übungen der aktiven Mannschaft und/oder Jugendfeuerwehr auch mit Mitgliedern aus mehreren Feuerwehren eines Landkreises/kreisfreier Stadt (z.B.: MTA-Zusatzmodule, Fahrsicherheitstraining, Feuerwehrführerschein, Belastungsübungen Atemschutz, Brandübungs-Container, Leistungsprüfungen, Kreisausbildungen).
2. Praktische Ausbildungen in Kleingruppen mit max. Gruppenstärke. Auch hierbei ist, sofern möglich, auf größtmögliche Sicherheitsabstände zu achten.
3. Übungen sind weiterhin vornehmlich im Freien durchzuführen.
4. Bei theoretischen Ausbildungen in geschlossenen Räumen ist zwischen den Teilnehmern ein Mindestabstand von 1,5 m vorzusehen. Die max. Teilnehmerzahl sollte in Räumen bis 50 m² bei max. 15 Personen liegen (Merkregel: 4 m² pro Person). Insgesamt sollte auch bei größeren Räumen eine Teilnehmerzahl von max. 25 nicht überschritten werden. Auf Partner- oder Gruppenarbeit sollte verzichtet werden. Auf regelmäßige und ausreichende Lüftung sollte geachtet werden. (Empfehlung nach Arbeitsstättenregel A3.6 Lüftung alle 20 min für 3 – 5 min)
5. Umkleieräume und Sanitärbereiche (einschl. Duschen) sind unter Beachtung der Abstandsregelung (mind. 1,5 m Abstand), möglichst zeitversetzt und einzeln zu nutzen.
6. Entsprechende Handhygiene sowie Husten- und Niesetikette (Husten und Niesen in Armbeuge oder Taschentuch) ist zu beachten.
7. Kann übungsbedingt der Mindestabstand zeitweise nicht sicher eingehalten werden, ist währenddessen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.
8. Erste Hilfe-Ausbildungen, Reanimationstraining, First Responder-Übungen, Atemschutz- sowie CSA-Ausbildung können unter Einhaltung ausreichender Hygienekonzepte stattfinden. (Hilfestellungen finden sich auf der Homepage des LFV und der KUVB)
9. Nachbesprechungen sind auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken und nur unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln möglich.



7-Tage-Inzidenz über 35: GELB

Für den Ausbildungs- und Übungsdienst gilt Stufe 1 der „Gemeinsamen Hinweise zum Übungs- und Ausbildungsdienst“ wie folgt:

1. Durchführung von ausschließlich feuerwehrinternen Ausbildungen und Übungen der aktiven Mannschaft und/oder Jugendfeuerwehr ohne Beteiligung von Mitgliedern anderer Feuerwehren. Größere Übungen (z.B. zugübergreifende Ausbildungen und Übungen) finden nicht statt.
2. Praktische Ausbildungen können in Kleingruppen mit max. Staffelstärke durchgeführt werden. Auch hierbei ist, sofern möglich, auf größtmögliche Sicherheitsabstände (> 1,5 m) zu achten.
3. Übungen sollten nach Möglichkeit am eigenen Standort, nur im eigenen Schutzbereich und vornehmlich im Freien durchgeführt werden.
4. Entsprechende Handhygiene sowie Husten- und Niesetikette (Husten und Niesen in Armbeuge oder Taschentuch) ist zu beachten.
5. Bei theoretischen Ausbildungen in geschlossenen Räumen ist zwischen den Teilnehmern ein Mindestabstand von 1,5 m vorzusehen. **Mund-Nase-Bedeckung muss immer getragen werden!** Die max. Teilnehmerzahl sollte in Räumen bis 50 m² bei max. 15 Personen liegen (Merkregel: 4 m² pro Person). Insgesamt sollte auch bei größeren Räumen eine Teilnehmerzahl von max. 25 nicht überschritten werden. Auf Partner- oder Gruppenarbeit sollte verzichtet werden. Auf regelmäßige und ausreichende Lüftung sollte geachtet werden. (Nach ASR A3.6 Lüftung alle 20 min für 3 – 5 min)
6. Umkleieräume und Sanitärbereiche (einschl. Duschen) sind unter Beachtung der Abstandsregelung (mind. 1,5 m Abstand), möglichst zeitversetzt und einzeln zu nutzen.
7. Kann übungsbedingt **auch im Freien** der Mindestabstand zeitweise nicht sicher eingehalten werden, muss eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden.
8. Erste Hilfe-Ausbildungen, Reanimationstraining, First Responder-Übungen sowie CSA-Ausbildungen sollten nicht stattfinden.
9. Bei Stationsausbildungen oder Fahrzeugkunde sollte auf eine möglichst geringe Durchmischung von Übenden und Ausbildern geachtet werden.
10. Nachbesprechungen sind auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken und nur unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln möglich.



7-Tage-Inzidenz über 50: **ROT**

Der Übungs- und Ausbildungsdienst wird eingestellt.

- Konzentration auf Pflichtaufgaben der Feuerwehren im Einsatzdienst
- Nur gesunde Einsatzkräfte nehmen am Feuerwehreleben teil. Personen mit Symptomen wie z.B. Husten, Kratzen im Hals, Infektionsanzeichen, Fieber oder mit Kontakt mit einem gesichertem COVID-19 Fall oder nach Aufenthalt in einem Risikogebiet bleiben (**auch im Alarmfall!**) fern
- Meiden von Menschenansammlungen
- Sicherheitsabstand von mindestens 1,5 Meter einhalten
- Kein Händeschütteln oder andere enge Begrüßungsrituale
- Husten und Nies-Etikette beachten
- Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in den Dienstgebäuden, aber auch in den Fahrzeugen
- Tragen einer FFP 2 oder 3 Maske zum Eigenschutz, wenn bei Einsatzsituationen, eine face-to-face Situation nicht auszuschließen ist (z. B. Versorgung von Verletzten).
- Schutzkleidung wird vollständig und geschlossen getragen, ggf. zusätzliche Schutzausrüstung (z.B. Schutzbrille)
- Regelmäßiges und häufiges Händewaschen
- Großzügiges Desinfizieren der Hände
- Verwendung von Infektionsschutzhandschuhen (med. Einmalhandschuhe DIN EN 455-3) bei einem Außenkontakt
- Reinigen aller Kontaktflächen in Dienstgebäuden und Einsatzfahrzeugen, ggf. Flächendesinfektion
- Regelmäßiges Lüften: Querlüftung alle 20 Minuten in (Unterrichts-) Gebäuden für 3 – 5 min.
- Temperatur-angepasstes Lüften in Fahrzeugen (Offene Seitenfenster). **Keine Umluft!**
- Essen und Trinken nur in hygienisch unbedenklichem Umfeld, nach ausreichender Handhygiene!
- Im Zweifelsfall immer einen Corona-Test (PCR oder schneller Antigen-Test) anstreben
- Kontakt- und Teilnehmersdokumentation (z.B. über Anwesenheitslisten im Feuerwehrdienst) zur Vereinfachung der Kontaktverfolgung
- Minimalisierung des Einsatzpersonals

Montgomery: Lockdown ab 20.000 SARS-CoV-2-Neuinfektionen am Tag

Freitag, 23. Oktober 2020

Düsseldorf – Der Vorsitzende des Weltärztebunds, Frank Ulrich Montgomery, hält in Deutschland einen Lockdown für nötig, wenn die Schwelle von 20.000 SARS-CoV-2-Neuinfektionen am Tag überschritten wird.

Bei dieser Zahl „gerät die Lage außer Kontrolle“, sagte er der *Rheinischen Post* von heute. „Dann wäre es für Gesundheitsämter nicht mehr möglich, die Infektionsketten nachzuverfolgen und zu unterbrechen. Dann droht uns ein zweiter Lockdown, weil sich das Virus anders nicht mehr bremsen lässt.“

Heute Morgen hatte das Robert Koch-Institut das zweite Mal in Folge mehr als 11.000 Neuinfektionen in Deutschland gemeldet. Demnach wurden am Vortag 11.242 neue Fälle von den Gesundheitsämtern erfasst.

Montgomery lobte den für den bayerischen Landkreis Berchtesgaden verhängten lokalen Lockdown. Dieser sei „genau richtig“. So sollten bundesweit alle Orte „mit solchen Inzidenzwerten“ reagieren. In dem Landkreis war die Zahl der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner binnen sieben Tagen auf über 250 gestiegen.

Montgomery forderte außerdem eine Ausweitung der Vorschriften für das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen. „Eine bundesweite Maskenpflicht für alle Schulen, etwa ab Klasse drei, kann helfen, Schulschließungen zu verhindern.“ Derzeit gilt eine Maskenpflicht in der Regel erst für die weiterführenden Schulen.



DIE CORONA-WARN-APP:

**UNTERSTÜTZT UNS IM
KAMPF GEGEN CORONA.**

Jetzt die Corona-Warn-App herunterladen
und Corona gemeinsam bekämpfen.



SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung

für Personal in Alten- und Pflegeheimen bei regulärer Personalverfügbarkeit



Kontaktperson bestätigter COVID-19-Fälle

Ab zwei Tage vor Auftreten der ersten Symptome
des bestätigten COVID-19-Falls

Kontaktperson Kategorie I (Höheres Infektionsrisiko)

- ▶ Kumulativ mind. 15 Min. Gesichtskontakt („face-to-face“), z. B. Personen im direkten Gespräch
- ▶ Direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten



Kontaktperson Kategorie II (Geringeres Infektionsrisiko)

- ▶ Weniger als 15 Min. Gesichtskontakt („face-to-face“), z. B. Personen mit Aufenthalt im selben Raum
- ▶ Keinen direkten Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten



Gesundheitsamt

- ▶ Ermittlung, namentliche Registrierung
- ▶ Mitteilung Ansprechpartner
- ▶ Information der Kontaktperson über COVID-19



Gesundheitsamt

- ▶ Keine gesonderten Maßnahmen
- ▶ Optional nach Risikoeinschätzung Maßnahmen wie bei Kategorie I



Kontaktperson I

- ▶ Häusliche Quarantäne für 14 Tage: Zeitliche und räumliche Absonderung von anderen Haushaltsmitgliedern
- ▶ Häufiges Händewaschen, Einhalten von Husten- und Niesregeln
- ▶ Gesundheitsüberwachung bis zum 14. Tag: 2 x täglich Messen der Körpertemperatur
- ▶ Führen eines Tagebuchs
- ▶ Tägliche Information ans Gesundheitsamt
- ▶ SARS-CoV-2 Testung: frühzeitig, das heißt – An Tag 1, zusätzlich 5–7 Tage nach Exposition sowie – Vor Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit und – Umgehend beim Auftreten von Symptomen; bei positivem Test siehe „SARS-CoV-2-positives Personal“



Kontaktperson II

- ▶ Bei Symptombefreiheit normales Arbeiten mit Mund-Nasen-Schutz
- ▶ Selbstbeobachtung + Dokumentation (bis 14 Tage nach Exposition)
- ▶ Strikte Einhaltung aller Hygieneempfehlungen (insb. Händehygiene)
- ▶ Wenn möglich Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) halten, auch während Pausen
- ▶ Beim Auftreten von Symptomen umgehende Testung auf SARS-CoV-2; Vorgehen siehe „Personal mit Erkältungssymptomen ohne Kontakt“
- ▶ Regelmäßige Testung auf SARS-CoV-2 unabhängig vom Auftreten von Symptomen empfohlen



Personal mit Erkältungssymptomen ohne Kontakt

- ▶ Häusliche Absonderung
- ▶ Testung auf SARS-CoV-2; bei positivem Test siehe „SARS-CoV-2-positives Personal“
- ▶ Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit: – Symptombefreiheit seit mind. 48 Stunden



SARS-CoV-2-positives Personal

- ▶ Keine Versorgung von Bewohnern/Betreuten der Einrichtung
- ▶ Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit: Vorgehen entsprechend der Schwere der Symptome
Siehe www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung

für Personal in Alten- und Pflegeheimen bei relevantem Personalmangel



Kontaktperson bestätigter COVID-19-Fälle

Ab zwei Tage vor Auftreten der ersten Symptome
des bestätigten COVID-19-Falls

Kontaktperson Kategorie I (Höheres Infektionsrisiko)

- ▶ Kumulativ mind. 15 Min. Gesichtskontakt („face-to-face“), z. B. Personen im direkten Gespräch
- ▶ Direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten



Kontaktperson Kategorie II (Geringeres Infektionsrisiko)

- ▶ Weniger als 15 Min. Gesichtskontakt („face-to-face“), z. B. Personen mit Aufenthalt im selben Raum
- ▶ Keinen direkten Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten



Gesundheitsamt

- ▶ Ermittlung, namentliche Registrierung
- ▶ Mitteilung Ansprechpartner
- ▶ Information der Kontaktperson über COVID-19



Gesundheitsamt

- ▶ Keine gesonderten Maßnahmen
- ▶ Optional nach Risikoeinschätzung Maßnahmen wie bei Kategorie I



Kontaktperson I

- ▶ Häusliche Quarantäne für mind. 7 Tage und danach bei Symptombefreiheit:
 - Arbeiten nur mit Mund-Nasen-Schutz (während gesamter Anwesenheit am Arbeitsplatz) und
 - Regelmäßige Testung auf SARS-CoV-2 (bis 14 Tage nach Exposition)
- ▶ Selbstbeobachtung + Dokumentation (bis 14 Tage nach Exposition)
- ▶ Strikte Einhaltung aller Hygieneempfehlungen (insb. Händehygiene)
- ▶ Wenn möglich Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) halten, auch während Pausen
- ▶ Beim Auftreten von Symptomen umgehende Testung auf SARS-CoV-2; bei positivem Test siehe „SARS-CoV-2-positives Personal“



Kontaktperson II

- ▶ Bei Symptombefreiheit normales Arbeiten mit Mund-Nasen-Schutz
- ▶ Selbstbeobachtung + Dokumentation (bis 14 Tage nach Exposition)
- ▶ Strikte Einhaltung aller Hygieneempfehlungen (insb. Händehygiene)
- ▶ Wenn möglich Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) halten, auch während Pausen
- ▶ Beim Auftreten von Symptomen umgehende Testung auf SARS-CoV-2; Vorgehen siehe „Personal mit Erkältungssymptomen ohne Kontakt“
- ▶ Regelmäßige Testung auf SARS-CoV-2 unabhängig vom Auftreten von Symptomen empfohlen



Personal mit Erkältungssymptomen ohne Kontakt

- ▶ Normales Arbeiten mit Mund-Nasen-Schutz
- ▶ Strikte Einhaltung aller Hygieneempfehlungen (insb. Händehygiene)
- ▶ Wenn möglich Abstand zu anderen Personen (mind. 1,5 m) halten, auch während Pausen
- ▶ Testung auf SARS-CoV-2; bei positivem Test siehe „SARS-CoV-2-positives Personal“



SARS-CoV-2-positives Personal

- ▶ Keine Versorgung von Bewohnern/Betreuten der Einrichtung
- ▶ Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit: Vorgehen entsprechend der Schwere der Symptome
Siehe www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



20.10.2020

Telefonische Krankschreibung wieder bundesweit möglich

02:45 Uhr

Wegen der verschärften Corona-Lage sind von heute an wieder bundesweit telefonische Krankschreibungen bei Erkältungsbeschwerden möglich. Die Regelung gilt vorerst bis zum Jahresende - das hatte der Gemeinsame Bundesausschuss im Gesundheitswesen am Donnerstag beschlossen. Patienten mit leichten Atemwegserkrankungen müssen somit nicht in eine Praxis gehen, nur um eine Krankschreibung zu bekommen. Stattdessen können Ärzte die Arbeitsunfähigkeit per telefonischer Befragung feststellen. So sollen volle Wartezimmer und Ansteckungsrisiken vermieden werden. Die entsprechenden Krankschreibungen gibt es jeweils für sieben Tage.

Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden. Bundesweit waren telefonische Krankschreibungen bereits in der Anfangsphase der Pandemie möglich. Später war entschieden worden, diese nur noch abhängig vom Infektionsgeschehen auf Antrag regional und zeitlich befristet per Ausnahmeregelung zuzulassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte sich zuletzt dafür stark gemacht, die Regelung angesichts steigender Corona-Infektionszahlen im Herbst und Winter wieder auszudehnen. Das Instrument habe die Praxen bereits im März und April erheblich entlastet.



Bei Erkältungssymptomen

Krankschreibung wieder per Telefon möglich

Um das Ansteckungsrisiko in Arztpraxen zu mindern, wurde die Corona-Sonderregelung wieder eingeführt. | [mehr](#)

27.10.2020

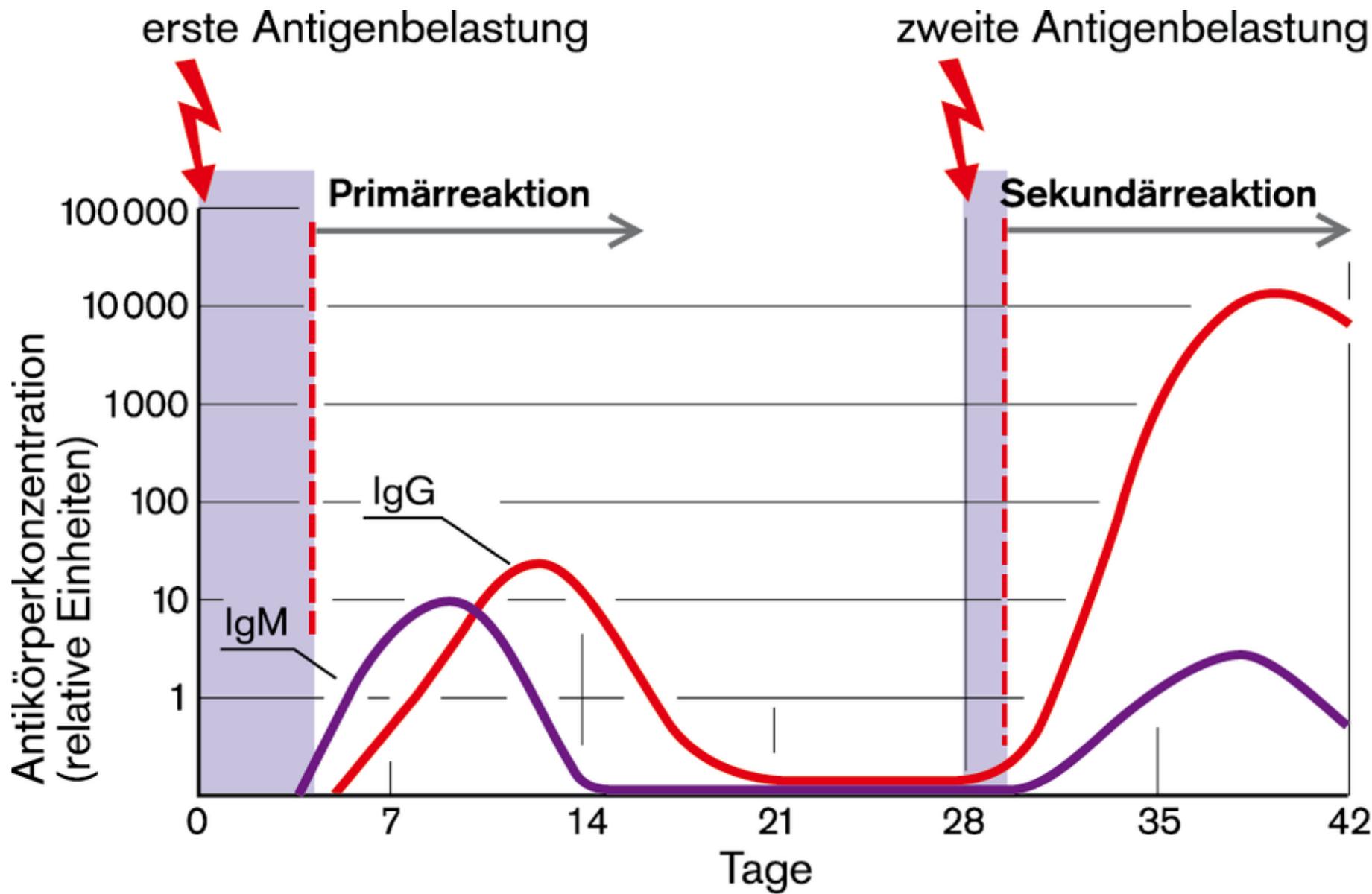
Söder fordert einheitlichere und strikere Maßnahmen

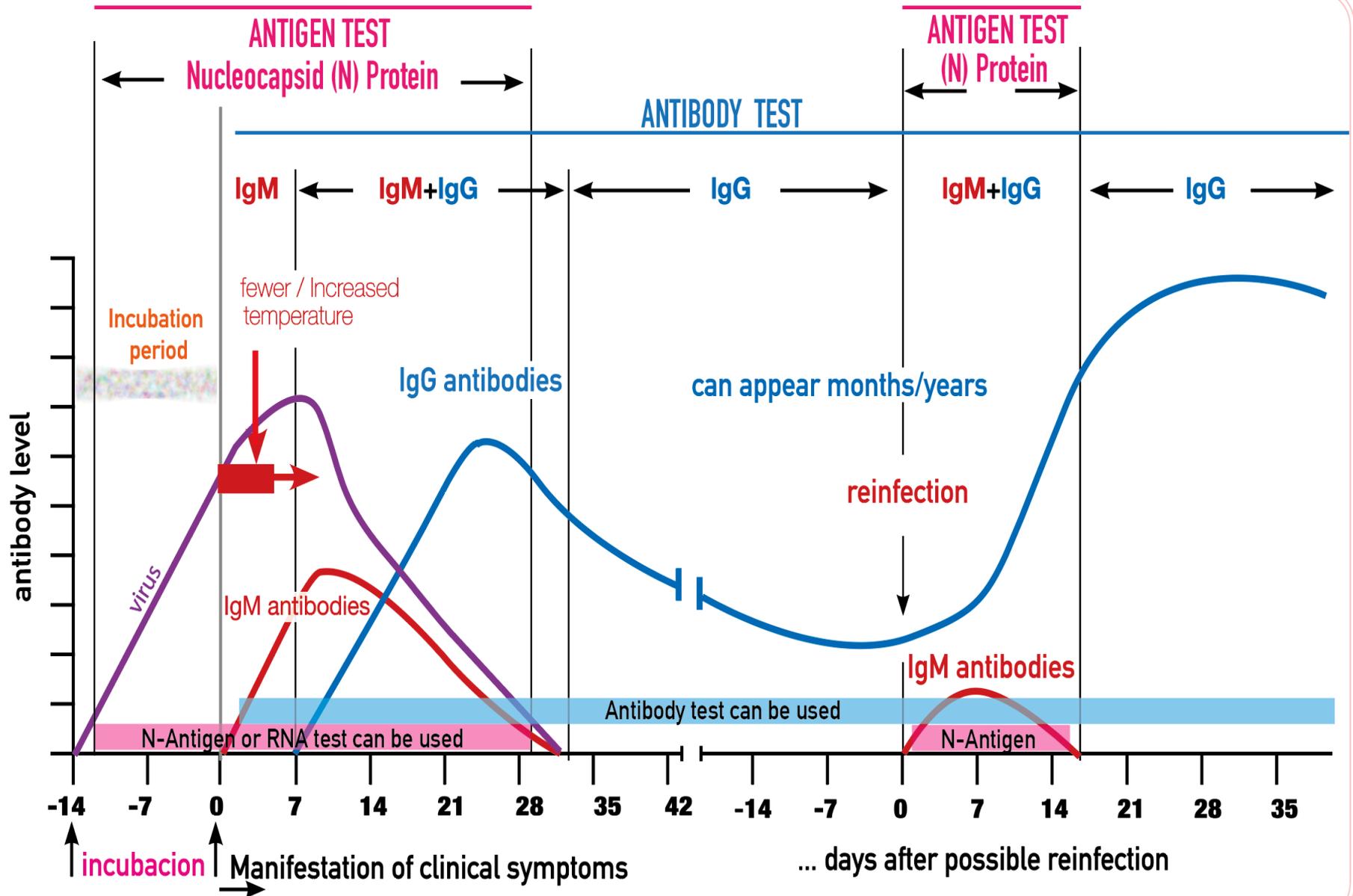
15:32 Uhr

Bayerns Ministerpräsident Markus Söder hält bundesweit einheitlichere und strikere Maßnahmen für notwendig. Wenn es in ganz Deutschland immer mehr rote und dunkelrote Gebiete gebe, brauche es mehr einheitliche Maßnahmen, nach einheitlichen Standards und auch unabhängig von regionalen Entwicklungen, sagte der CSU-Chef nach einer Kabinettsitzung in München. Mit Blick auf die Bund-Länder-Beratungen an diesem Mittwoch fügte er außerdem hinzu: "Die Frage ist, ob das Level gesamtdeutsch nicht so hoch ist, dass wir stärkere Maßnahmen treffen müssen."

Inhalt

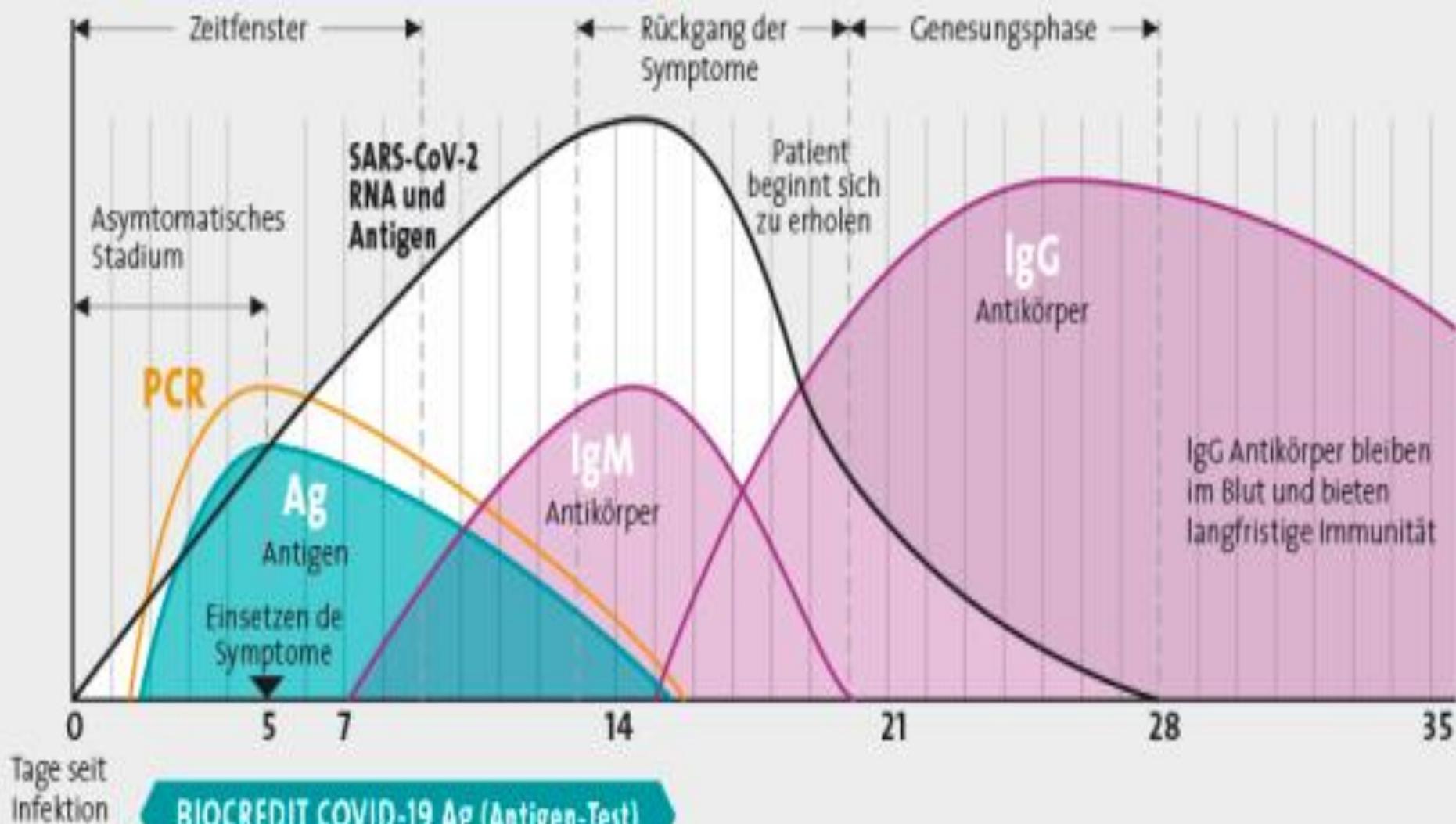
Labor und Testung





*reinfection is a condition where the infection in the patient first resolved and the patient has already been tested with a negative result for the presence of the virus and subsequently reinfected with a new infection or reactivation of the virus.

PCR-Test



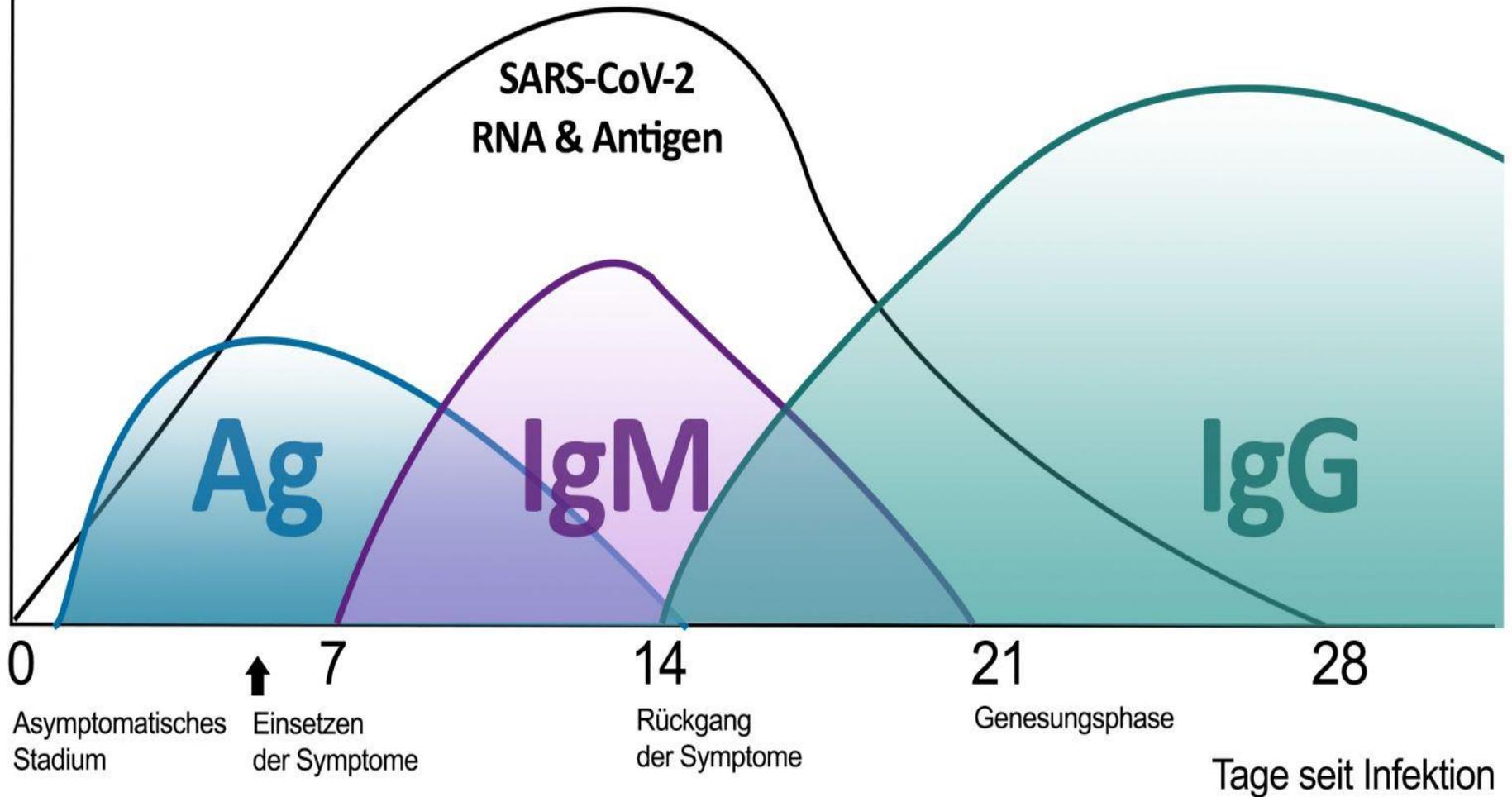
BIOCREDIT COVID-19 Ag (Antigen-Test)

BIOCREDIT COVID-19 IgM + BIOCREDIT COVID-19 IgG (Antikörper-Test)

SARS-CoV-2 PCR-Test

Biocredit COVID-19 Ag Antigen-Test

COVID-19 IgM / IgG Antikörper-Schnelltest



Studien zur Seroprävalenz von SARS-CoV-2 in Deutschland und international

Abstract

Seit Beginn des Jahres 2020 hat sich das Coronavirus SARS-CoV-2 in rasantem Tempo weltweit ausgebreitet. Studien zur Häufigkeit von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 in der Bevölkerung dienen dazu, den Anteil der Personen mit einer bereits durchgemachten Infektion zu ermitteln. Außerdem sollen sie Rückschlüsse auf die Dunkelziffer, das heißt die anhand von Meldedaten nicht identifizierten Infektionen, liefern. Für eine Einordnung der Ergebnisse sind stichprobenbedingte Verzerrungen und Leistungsparameter der verwendeten Tests zu berücksichtigen. Das Robert Koch-Institut stellt auf seiner Webseite eine Übersicht seroepidemiologischer Studien in Deutschland zusammen, die laufend aktualisiert wird, um die wissenschaftliche Vernetzung und Kooperation zu unterstützen. Dazu werden nach einer Recherche, etwa in Pressemitteilungen, Studienregistereinträgen oder Vorabpublikationen, die Studienleitungen kontaktiert. Von den 40 angeschriebenen Studien hatten innerhalb kurzer Zeit 24 Studien Informationen zur Verfügung gestellt. Es kann zwischen Studien in der Allgemeinbevölkerung, in ausgewählten Bevölkerungsgruppen wie Gesundheitspersonal oder innerhalb bestehender Kohortenstudien differenziert werden. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über diese nationalen, aber auch ausgewählte internationale Studien. Auf Studien zu Kindern und Jugendlichen, denen mit Blick auf die Wiederaufnahme des Regelbetriebs in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen ein besonderes Interesse entgegengebracht wird, wird gesondert eingegangen.

Schneller Rückgang der Seroprävalenz nach erster COVID-19-Welle in England

Dienstag, 27. Oktober 2020

London – Der **Anteil der Erwachsenen, die in einem Antikörperschnelltest positiv auf SARS-CoV-2 reagierten**, war in drei Querschnittstudien, die 3 bis 6 Monate nach der ersten COVID-19-Welle in England durchgeführt wurden, bereits **wieder rückläufig**. Besonders deutlich fiel der Rückgang nach den jetzt im Internet veröffentlichten Ergebnissen bei älteren Menschen aus.

...

Die erste Stichprobe fand 12 Wochen nach dem **Gipfel der ersten Welle der COVID-19-Epidemie** statt. Damals waren **6,0 % positiv** auf SARS-CoV-2. Bei der zweiten Runde, 18 Wochen nach dem Erkrankungsgipfel, fiel die Seroprävalenz auf **4,8 %**, und in der dritten Runde, 24 Wochen nach dem Gipfel, hatten nur noch **4,4 %**, ein positives Ergebnis. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass **die durch natürliche Infektionen induzierten Antikörper nur von kurzer Dauer sein könnten** (wie dies bei anderen saisonalen Coronaviren der Fall ist).

Die Tests erlauben jedoch keine Aussage über die **Qualität der erzielten Immunität**. Dazu ist der Test zu ungenau. Er bestimmt weder die Antikörperkonzentration noch die Antikörperfunktion. Andere Aspekte der Immunität wie die T-Zell-Immunität bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Die Studie erlaubt auch keine Aussage über die Schutzdauer einer Impfung.

Die Antikörperprävalenz war in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit 7,9 % am höchsten und nahm mit dem Alter ab auf 3,3 % bei den ab 75-Jährigen. Bei den jüngeren Personen fiel die Seroprävalenz bis zur 3. Untersuchung auf 6,7 %, was einem relativen Rückgang um 14,9 % entspricht.

In der ältesten Gruppe im Alter ab 75 Jahren sank die Seroprävalenz auf 2,0 %, was einem relativen Rückgang um 39 % entspricht. In der Gruppe mit dem höchsten Risiko auf eine schwere COVID-19 könnte demnach der Antikörperschutz am schnellsten verlorengehen.

.... © rme/aerzteblatt.de

Declining prevalence of antibody positivity to SARS-CoV-2: a community study of 365,000 adults

Helen Ward^{1,4,5*}, Graham Cooke^{2,4*}, Christina Atchison^{1,4}, Matthew Whitaker¹, Joshua Elliott¹, Maya Moshe², Jonathan C Brown², Barney Flower^{2,4}, Anna Daunt^{2,4}, Kylie Ainslie^{1,5}, Deborah Ashby¹, Christl Donnelly^{1,6}, Steven Riley^{1,5}, Ara Darzi^{3,4}, Wendy Barclay^{2,†}, Paul Elliott^{1,4,7,8,9†} for the REACT study team.

Results

There were 17,576 positive tests over the three rounds. Antibody prevalence, adjusted for test characteristics and weighted to the adult population of England, declined from 6.0% [5.8, 6.1], to 4.8% [4.7, 5.0] and 4.4% [4.3, 4.5], a fall of 26.5% [-29.0, -23.8] over the three months of the study. There was a decline between rounds 1 and 3 in all age groups, with the highest prevalence of a positive result and smallest overall decline in positivity in the youngest age group (18-24 years: -14.9% [-21.6, -8.1]), and lowest prevalence and largest decline in the oldest group (75+ years: -39.0% [-50.8, -27.2]); there was no change in antibody positivity between rounds 1 and 3 in healthcare workers (+3.45% [-5.7, +12.7]). The decline from rounds 1 to 3 was largest in those who did not report a history of COVID-19, (-64.0% [-75.6, -52.3]), compared to -22.3% ([-27.0, -17.7]) in those with SARS-CoV-2 infection confirmed on PCR.

Discussion

These findings provide evidence of variable waning in antibody positivity over time such that, **at the start of the second wave of infection in England, only 4.4% of adults had detectable IgG antibodies** using an LFIA. Antibody positivity was greater in those who reported a positive PCR and lower in older people and those with asymptomatic infection. These data suggest the possibility of decreasing population immunity and increasing risk of reinfection as detectable antibodies decline in the population

Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

Stand 14.10.2020

Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verbindlich.

Empfehlung Test-Typ

PCR-Test	Antigentest ²	Frequenz	Kosten-Regelung	Priorisierung
	³		K	
	³		RVO, K	
	^{4,5}		RVO	
	³		RVO, K (KHG)	
	^{4,5}		RVO	
	⁶		RVO	
	^{4,5}		RVO	
	⁶		RVO	
	⁷		RVO	
	^{4,5}		RVO	
	^{5,6}		RVO	
			RVO	

Symptomatische Personen ¹

Grundsätzlich gilt:

1) Erweiterte Basishygiene

2) Symptom-Monitoring

3) Gemäß Vorschriften Bund/Länder: Abstand halten, Hygieneregeln einhalten, Alltagsmaske tragen, Lüften (AHA+L)

Asymptomatische Personen

Allgemeinbevölkerung (exponiert)

Kontaktpersonen: Personen mit **Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall** (z.B. gleicher Haushalt, 15-minütiger Kontakt, sowie über Corona-Warn-App)

Bei Ausbruch: Personen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§ 23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG, z.B. Arztpraxen, Kitas, Schulen, Asylbewerberheime

Krankenhäuser/ Pflege/ Einrichtungen für

Patienten/ Bewohner/ Betreute

(Wieder-)Aufnahme sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse

bei Ausbruch

ohne COVID-19 Fall

Menschen mit Behinderungen
- Rehabilitation
- Ambulante Operationen
- Ambulante Dialyse

Personal

bei Ausbruch

ohne COVID-19 Fall

Besucher

vor Besuch der Einrichtung

(Zahn-)Arztpraxen, weitere Praxen⁸

Personal

bei Ausbruch

ohne COVID-19 Fall

Einreisende aus Risikogebiet (gemäß Musterquarantäneverordnung/Testpflichtverordnung)

Empfohlen

Möglich

Möglich bei begrenzter PCR-Kapazität

Akut (Wiederholung bis zu einmal pro Person)

Regelmäßig, abhängig von Testkonzept der Einrichtung/Unternehmen

1) Differenzialdiagnostische Aspekte berücksichtigen (z.B. Influenza)

2) Bei positivem Antigen-Testergebnis Bestätigung durch PCR

3) Falls schnelles Resultat notwendig

4) Ggf. zur Kohorten-Isolierung

5) Z.B. auch labor-basierte Antigen-Test zur Entlastung von PCR-Kapazitäten

6) Empfehlung für Reihentestungen: Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsbehörde, 7-Tage-Inzidenz >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen

7) Empfohlen bei 7-Tage-Inzidenz >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen

8) Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe nach §23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 9 IfSG

K = Krankenbehandlung

KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz

RVO = Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2

Aktualisierung der Nationalen Teststrategie und Neuverkündung der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)

Zielgerichtetes Testen ist unabdingbar, um Infektionsketten frühzeitig unterbrechen zu können und insbesondere vulnerable Personengruppen vor einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen. Angesichts der dynamischen Entwicklung des Pandemiegeschehens muss die Teststrategie laufend überprüft und unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen aus der Praxis, der aktuellen epidemiologischen Lage und der Verfügbarkeit verschiedener Testmethoden an die aktuelle Situation angepasst werden. Unter diesen Gesichtspunkten wurden zum 15. Oktober 2020 sowohl die rechtlichen Grundlagen für die Kostenerstattung für bestimmte Testungen überarbeitet, als auch die fachlichen Empfehlungen – die Nationale Teststrategie – angepasst



COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen

Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte

Erstkontakt durch Empfang/ Aufnahme

Patient/-In: Erhält einen Mund-Nasen-Schutz bei Symptomen, die mit COVID-19 vereinbar sind (www.rki.de/covid-19-steckbrief), falls toleriert und wird möglichst separiert

Personal: Trägt Schutzausrüstung gemäß Risikoabwägung www.rki.de/covid-19-hygiene



**BASIS-/HÄNDE-
HYGIENE
BEACHTEN**

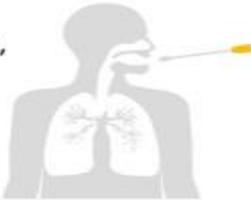
Testkriterien

- **Akute respiratorische Symptome jeder Schwere und/ oder Verlust von Geruchs-/ Geschmackssinn**
bei ALLEN Patienten unabhängig von Risikofaktoren
- **Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn**
UND jegliche mit COVID-19 vereinbare Symptome
(www.rki.de/covid-19-steckbrief)
- **Klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie**
UND Zusammenhang mit einer Häufung von Pneumonien
in Pflegeeinrichtung/ Krankenhaus

**Meldepflichtige
Verdachtsfälle**

Wie der Coronavirus-Test funktioniert

1 Erkrankter hat z. B. Husten, Fieber, fühlt sich schlapp. War zuvor in Coronavirus-Risikogebiet.

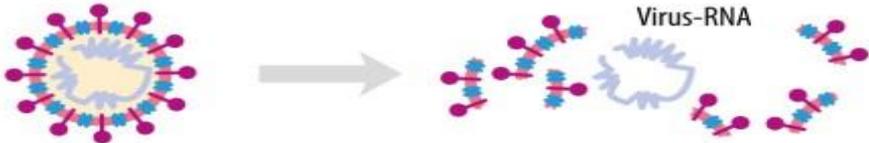


2 Arzt macht für Probe tiefen Rachenabstrich und ggf. tiefen Nasenabstrich.

3 Wattestäbchen wird in Röhrchen zum Labor geschickt.



4 Das Virus ist eine Art Kugel. Um an das Erbgut (RNA) im Inneren zu gelangen, muss im Labor die äußere Hülle entfernt werden.



5 Die Virus-RNA muss für den Test umgewandelt werden.

Probe des Patienten → Probe in DNA umgewandelt

6 Bruchstücke von im Labor hergestelltem **Coronavirus-Erbmaterial** werden zugefügt

TEST

Probe Die Probe wird mehrfach erhitzt und abgekühlt.

Wenn sich das Coronavirus-Erbmaterial an die Probe **anlagern** kann, wird die DNA **vermehrt**.
→ **Nachweis positiv**

Probe Wenn sich das Coronavirus-Erbmaterial **nicht** an die Probe **anlagern** kann, wird die DNA **nicht vermehrt**.
→ negativ

7 Ist der **Test positiv**, wird ein Bestätigungstest gemacht.

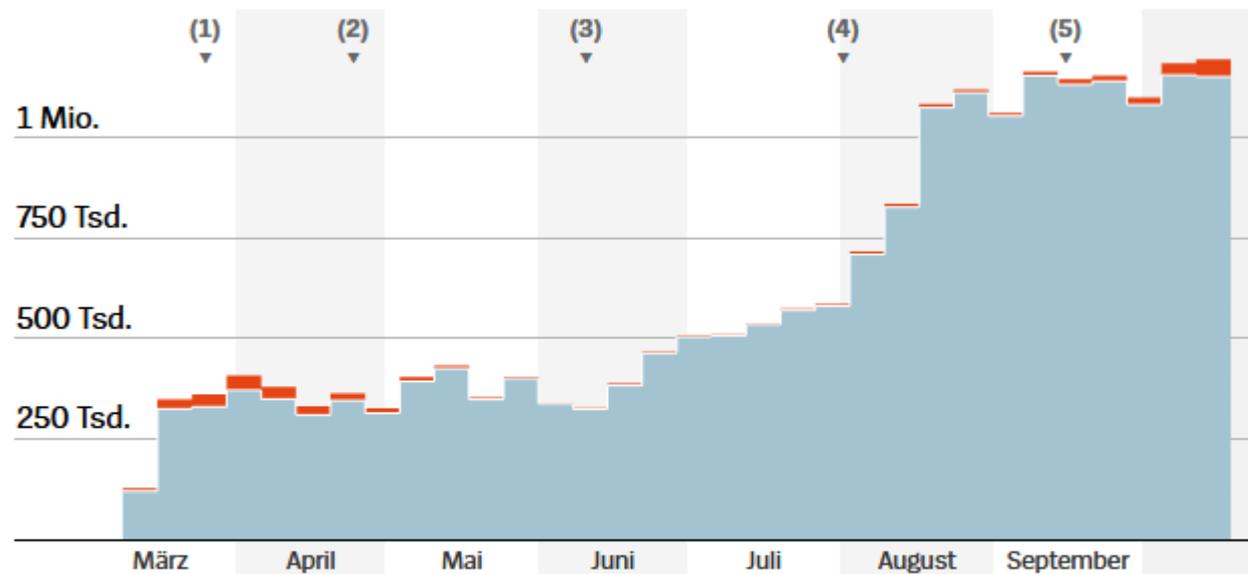
Labor informiert Arzt und Gesundheitsamt

PCR

Testung ...

Anzahl

Zahl der wöchentlichen **positiven** und **negativen** Corona-Tests in Deutschland



(1) 25.03.: RKI lockert Testkriterien

(2) 24.04.: RKI lockert erneut Testkriterien

(3) 10.06.: Verordnung ermöglicht Reihentests

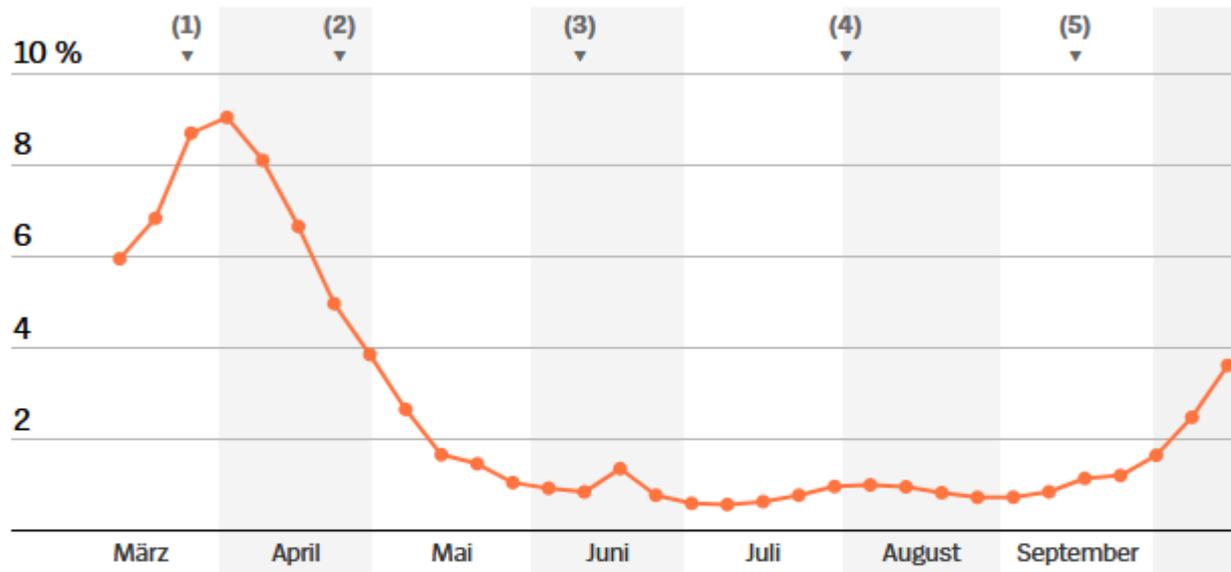
(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer

(5) 15.09.: Ende der kostenlosen Tests

Testung ...

Positivrate

Anteil der positiven Corona-Tests in Deutschland



(1) 25.03.: RKI lockert Testkriterien

(2) 24.04.: RKI lockert erneut Testkriterien

(3) 10.06.: Verordnung ermöglicht Reihentests

(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer

(5) 15.09.: Ende der kostenlosen Tests

COVID-19: Antigentests könnten laut Drosten Nachlassen der Infektiosität aufzeigen

Montag, 26. Oktober 2020

Berlin – **Antigentests sollen der aktuellen Teststrategie vor allem bei asymptomatischen Personen** eingesetzt werden. Dem Berliner Virologen Christian Drosten zufolge könnten sie aber auch Auskunft darüber geben, ob COVID-19-Patienten **noch ansteckend** sind. „Möglicherweise ist ein **negatives Antigentestresultat ein Prädiktor für das Nachlassen der Infektiosität**“, sagte Drosten am Montag bei einer Paneldiskussion im Rahmen des World Health Summit.

Deutschland habe hinsichtlich Infektionszahlen und Todesfällen noch lange von der frühzeitigen Etablierung von Tests und dem Lockdown im Frühjahr zehren können, berichtete Drosten.

Doch inzwischen kommt der Öffentliche Gesundheitsdienst zunehmend an seine Grenzen. In mehr und mehr Regionen können Kontakte von Infizierten nicht mehr vollständig und zeitnah werden.

Eine neue Strategie könnte der Einsatz von Antigentests bei Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung sein.

Drosten bezog sich mit seiner „Arbeitshypothese“ auf mehrere Studien, die mittlerweile gezeigt haben, dass es bei COVID-19 eine **Korrelation zwischen dem Symptombeginn und der Virus-Isolationsrate** in Zellkultur gibt.

Test auf Nicht-Infektiosität – statt auf Infektion

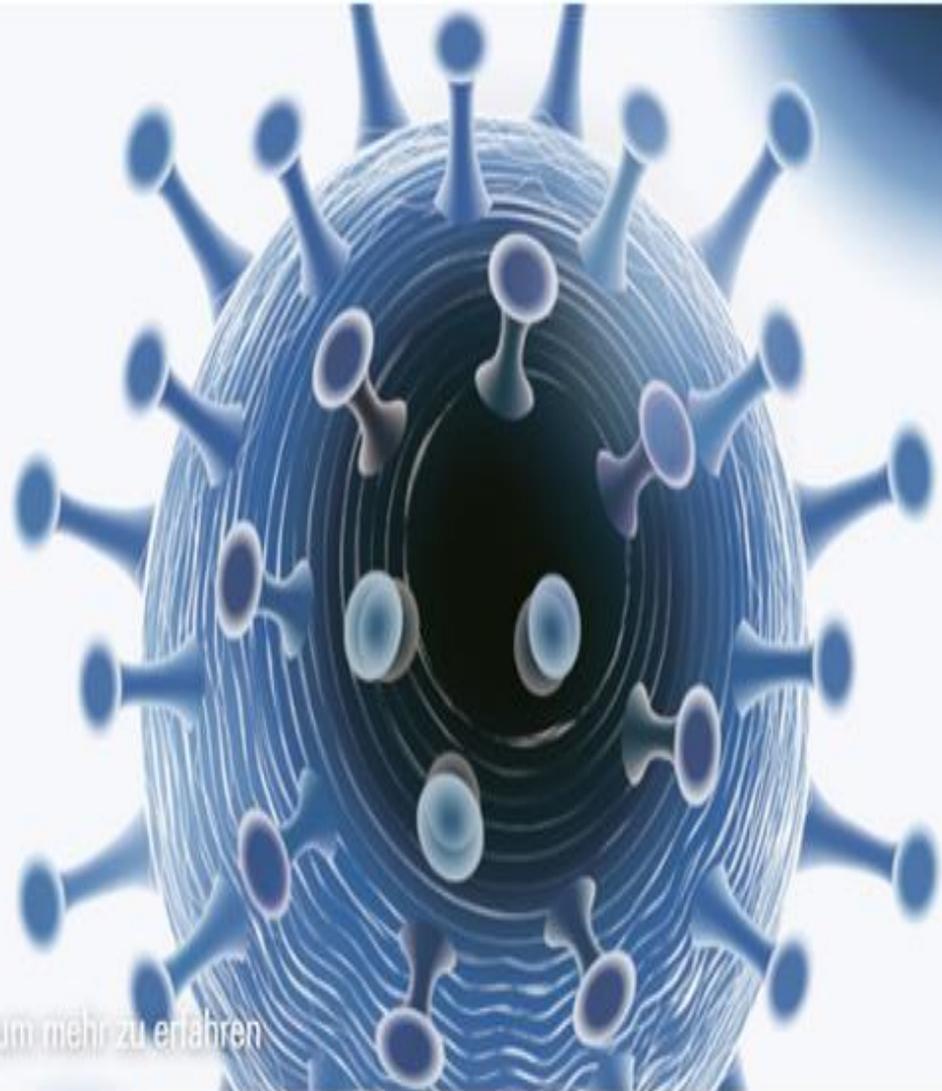
„Am Ende der ersten Woche sinkt der Isolationserfolg auf unter 20 Prozent“, berichtete der Direktor des Instituts für Virologie an der Charité Berlin. „Dies könnte der Punkt sein, ab dem die Patienten nicht mehr infektiös sind.“

Die **Abwesenheit von Infektiosität nachzuweisen**, sei eine der wichtigsten Erwartungen, die man aus Public-Health-Perspektive an Diagnostika haben könne, so der Virologe. Sollte sich bestätigen, dass ein negatives Resultat bei einem Antigentest bedeutet, dass der Getestete nicht mehr infektiös ist, könnte sich dies als „game changer“ erweisen. © nec/aerzteblatt.de

SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test

- ◆ Testergebnis in 15 Minuten
- ◆ Einfache Handhabung ohne zusätzliches Analysesystem
- ◆ Probenmaterial: Nasopharynx
- ◆ Testmöglichkeit dort, wo kein Labortest zur Verfügung steht
- ◆ Test für den professionellen Gebrauch vorgesehen

Scrollen Sie, um mehr zu erfahren



SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test

Zuverlässiger, schneller chromatographischer Immunoassay zum qualitativen Nachweis eines spezifischen SARS-CoV-2-Antigens im menschlichen Nasen-Rachenraum.



Die Anwendung bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten ¹

Der SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test von Roche bietet eine schnelle und zuverlässige Antwort sowohl für symptomatische als auch für asymptomatische Patienten im Hinblick auf eine SARS-CoV-2 Infektion. So kann zum Beispiel ein genaues Screening von Personen mit bekanntem Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten durchgeführt werden und der Infektionsstatus ermittelt werden. Das SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Kit von Roche enthält alle benötigten Materialien und kann von medizinischem Fachpersonal ortsunabhängig verwendet werden.

Der Nutzen

Der SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test von Roche wird von medizinischem Fachpersonal patientennah durchgeführt. Dies ist vor allem dann von Vorteil, wenn zeitnah Entscheidungen getroffen werden müssen oder Laboruntersuchungen schwer zugänglich sind. Der Test hilft, infizierte Personen schnell zu erkennen, ermöglicht ein besseres Patientenmanagement sowie eine effektivere Nutzung der Ressourcen des Gesundheitswesens. Die Ergebnisse sollen die Frühdiagnose einer SARS-CoV-2-Infektion bei Patienten mit klinischen Symptomen von SARS-CoV-2 erleichtern und bei der Initialuntersuchung von Patienten helfen. Darüber hinaus dient er als wertvolle Ergänzung in der Diagnostik für das initiale Screening von Personen mit direktem Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten oder denjenigen, die einer Hochrisikoumgebung ausgesetzt waren. Dadurch kann eine Ausbreitung des Virus unterbunden und die Pandemie eingedämmt werden.

Eigenschaften und Vorteile des SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests von Roche

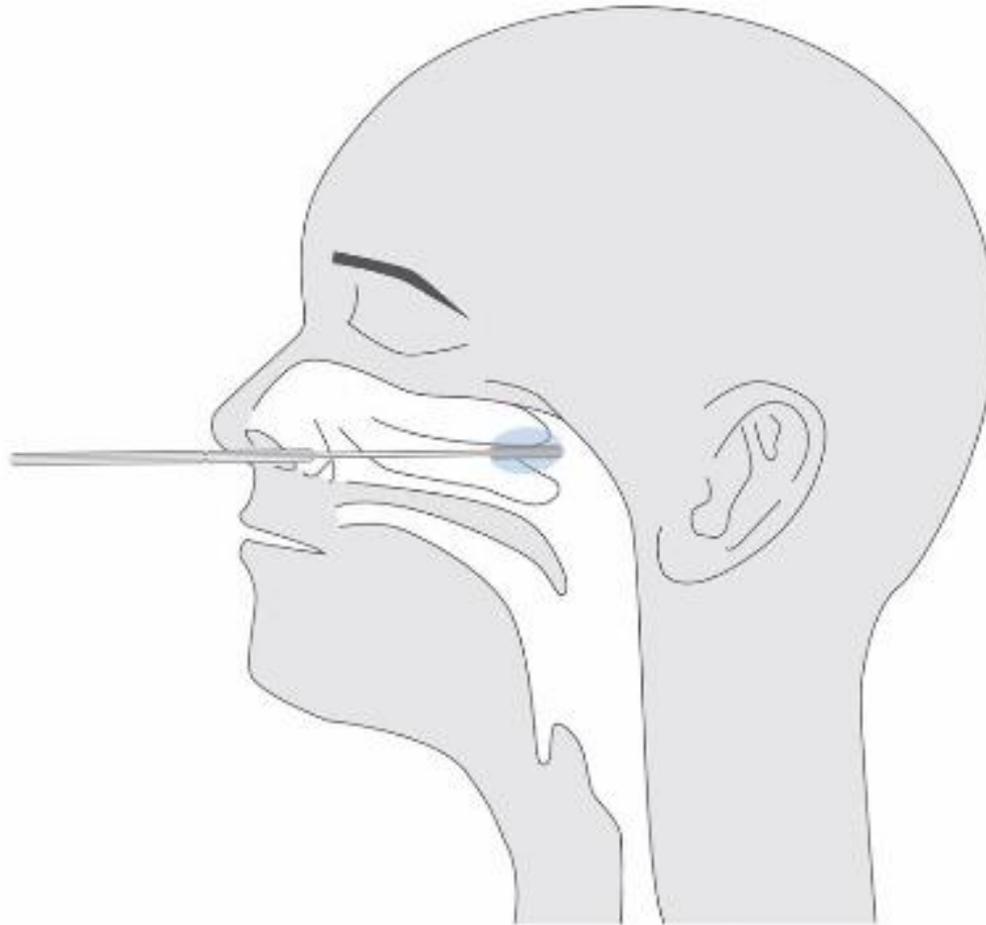
Der SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test von Roche weist Proteine nach, die strukturelle oder funktionelle Bestandteile eines Krankheitserregers sind und daher sehr spezifisch für diesen Erreger sind. In diesem Fall würde der Test eine qualitative „Ja/Nein“-Antwort auf das Vorhandensein des Erregers in der Patientenprobe liefern und kann als Schnellteststreifen angeboten werden, der am Point-of-Care durchgeführt wird. Wenn das Zielantigen in ausreichender Konzentration in der Probe vorhanden ist, bindet es an spezifische Antikörper und erzeugt ein visuell nachweisbares Signal auf dem Teststreifen, wobei die Ergebnisse in der Regel in 15 bis 30 Minuten vorliegen.

Die Vorteile des SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests auf einen Blick:

- ◆ Testergebnis in 15 Minuten
- ◆ Einfache Handhabung ohne zusätzliches Analysesystem
- ◆ Probenmaterial: Nasopharynx
- ◆ Testmöglichkeit dort, wo kein Labortest zur Verfügung steht
- ◆ Test für den professionellen Gebrauch vorgesehen

Handhabung - in 4 Schritten zum Ergebnis

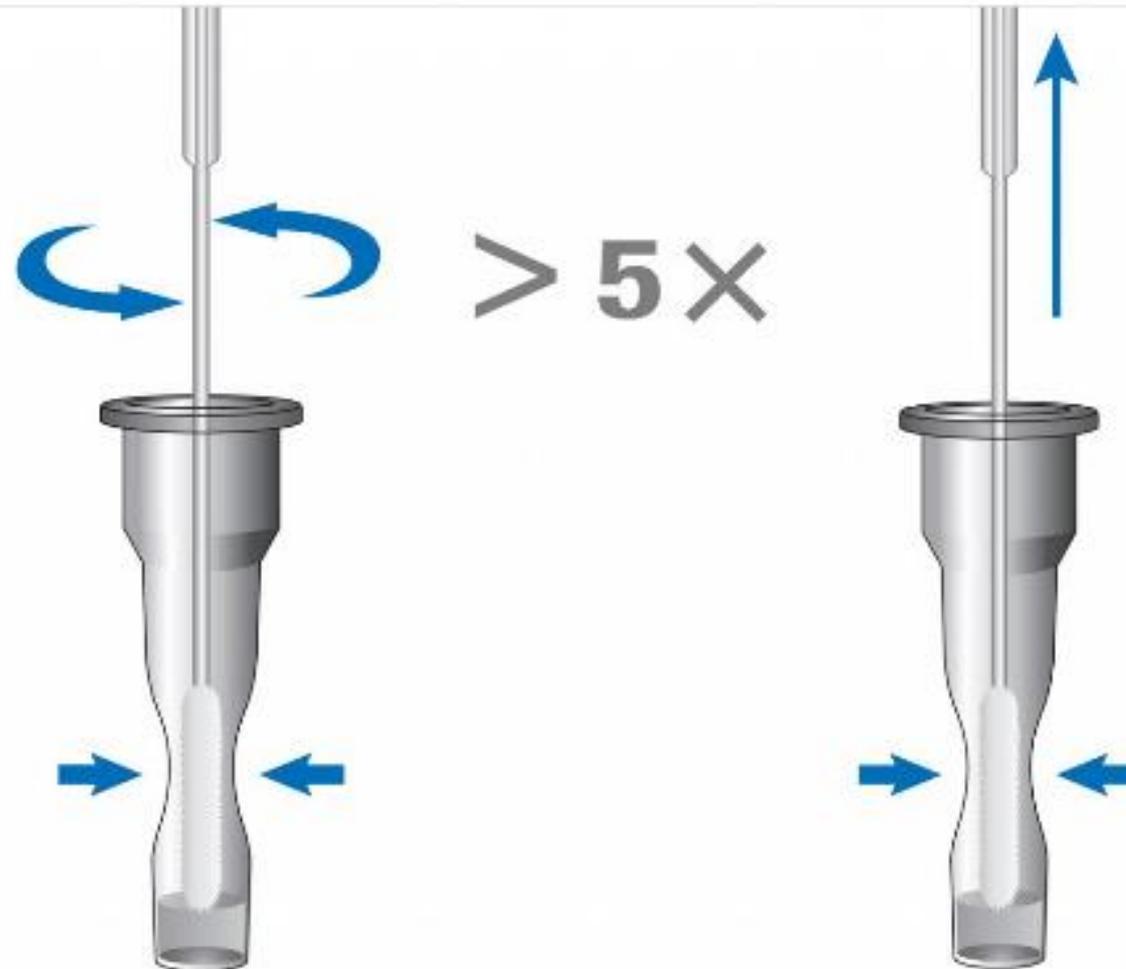
1. Abstrich entnehmen



Ein Abstrich wird durch das medizinische Fachpersonal aus dem Nasen-Rachen-Raum entnommen.

Handhabung - in 4 Schritten zum Ergebnis

2. Lösen der Probe im Extraktionspuffer

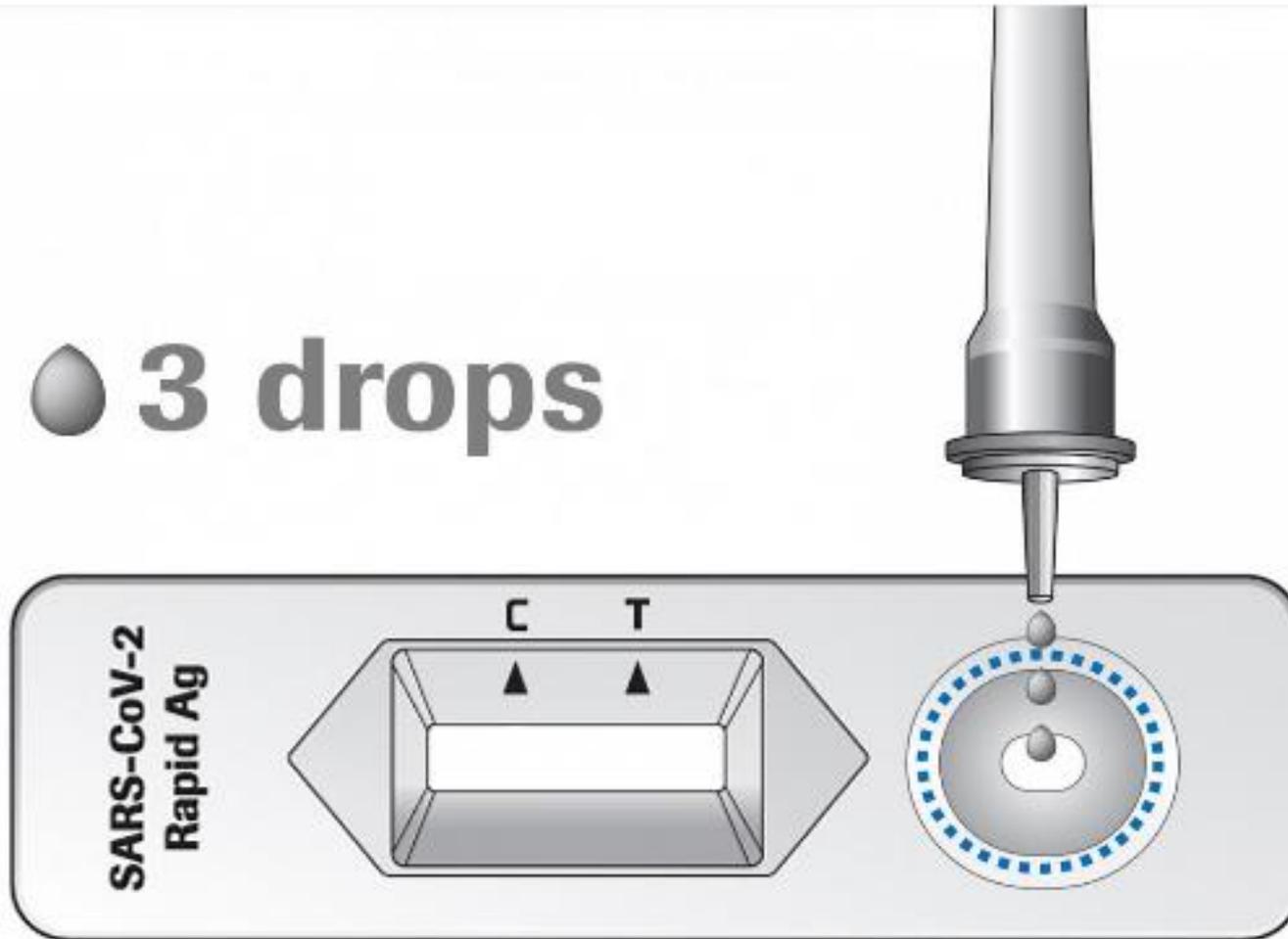


Die Probe wird durch mindestens 5 mal Rotationsdrehung im Extraktionspuffer gelöst. Anschließend kann das Teststäbchen wieder entnommen werden.

Handhabung - in 4 Schritten zum Ergebnis

3. Auftragung der gelösten Probe

3 drops



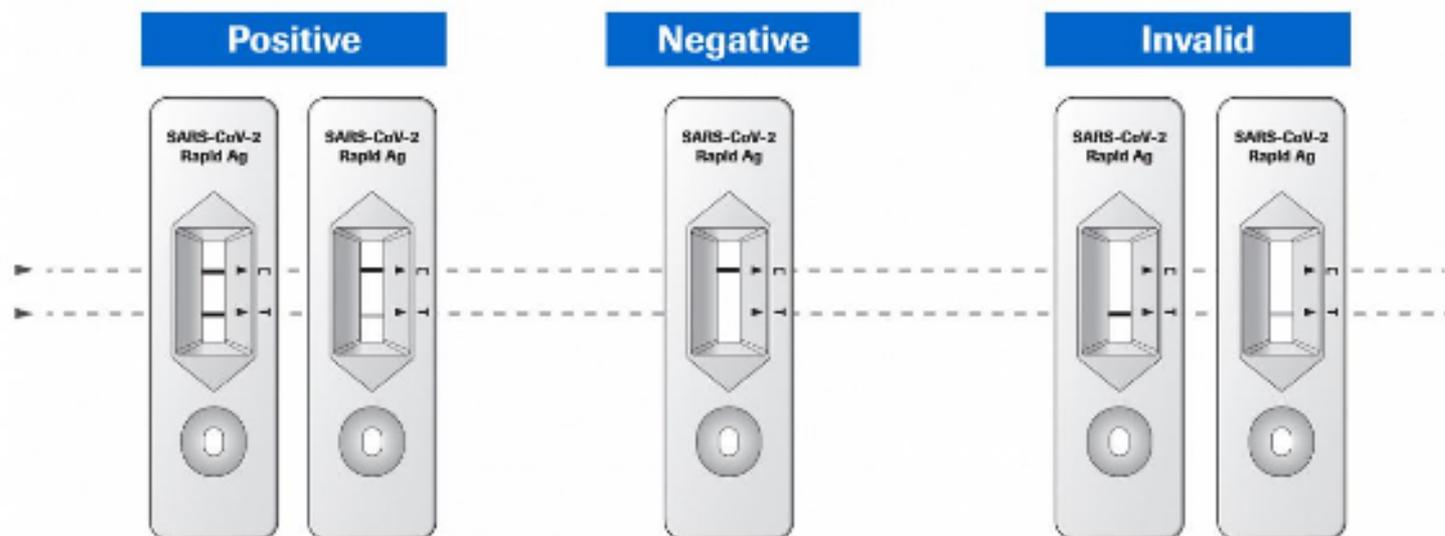
Drei Tropfen der zu testenden Probe werden auf den vorgesehene Reagenzträger aufgetragen.

Handhabung - in 4 Schritten zum Ergebnis

4. Ergebnis ablesen



15 - 30 min



Das Ergebnis kann nach 15 bis 30 Minuten abgelesen werden.

Für ein validiertes Ergebnis muss sich die Kontrolllinie "C" bilden. Das Ergebnis ist positiv, sobald sich die Testlinie "T" färbt. Ein negatives Ergebnis liegt vor, sofern sich keine Bande für die Testlinie bildet.

MAN bietet rollende Diagnoselabore für Coronavirus

Zwei Labor-Fahrzeuge bereits fertiggestellt. Testergebnisse nach höchsten medizinischen Standards direkt vor Ort und innerhalb einer Stunde verfügbar. MAN fertigt nach zwei unterschiedlichen Fahrzeugkonzepten auf Basis des Transporters MAN TGE.



Mit schnellen PCR-Testergebnissen vor Ort soll das MAN Coronavirus Diagnostikfahrzeug einen wichtigen Beitrag zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie leisten, denn es liefert.



Mit den molekulardiagnostischen PCR-Testgeräte Vivalytic von Bosch Healthcare Solutions an Bord des MAN TGE liegen die Testergebnisse innerhalb von 39 Minuten vor.

1 / 1



Mit den molekulardiagnostischen PCR-Testgeräte Vivalytic von Bosch Healthcare Solutions an Bord des MAN TGE liegen die Testergebnisse innerhalb von 39 Minuten vor.

1 / 1



Zur Serienausstattung gehören unter anderem hygienische Oberflächen. Die Begutachtung des Fahrzeugs und Gefährdungsbeurteilung erfolgte durch den Fachberater Seuchenschutz vom Medizinischen Katastrophen-Hilfswerk

1 / 1

Mobiles Testlabor

Coronavirus-Analyse im Lastwagen

Baden-Württembergs erstes mobiles Testlabor machte Station an der Justizvollzugsanstalt



COVID-19

Montag, 26. Oktober 2020

Edinburgh und Dortmund – Bei einer Infektion der Lungen mit SARS-CoV-2 kommt es zur Bildung von flüchtigen organischen Verbindungen (VOC), deren Analyse in einer Atemprobe zur Diagnose der Erkrankung genutzt werden könnte. 2 Forscherteams stellen ihre Ergebnisse in *EClinicalMedicine* (2020; DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100609) vor.

Die Atemluft wird derzeit kaum zur Diagnostik genutzt, obwohl sich manche Erkrankungen wie eine diabetische Ketoazidose leicht am Geruch erkennen lassen. Diabetikerwarnhunde können die drohende Stoffwechsellage sogar schon im Vorfeld erkennen und den Patienten eine rechtzeitige Warnung geben.

Hunde haben in klinischen Studien auch ein Bronchialkarzinom und andere Lungenerkrankungen erschnüffelt. Der klinische Einsatz scheitert jedoch in der Regel an der langen Trainingszeit der Tiere.

Es wird deshalb intensiv an „elektronischen Hundenasen“ geforscht, die die für die Erkrankung typischen VOC aufspüren. Zum Einsatz kommen Gaschromatografen, die die in der Luft enthaltenen Verbindungen anhand der Zeit unterscheiden können, die sie zur Passage durch eine Trennsäule benötigen.

2 Teams von der Universität Edinburgh und des Klinikums Dortmund haben das Verfahren an Patienten mit COVID-19 erprobt. In beiden Kliniken wurde das gleiche Messinstrument (eines Dortmunder Herstellers) verwendet, das die Gaschromatografie mit einer Ionen-Mobilitäts-Spektrometrie (GC-IMS) koppelt. Beide Teams verglichen Atemluftanalysen von COVID-19-Patienten und Patienten mit anderen Atemwegserkrankungen wie Asthma oder COPD oder bakteriellen oder viralen Atemwegsinfektionen.

Die Untersuchung ist einfach möglich. Der Patient bläst in ein kleines Einmalsammelröhrchen aus Plastik, aus dem dann mit einer einfachen Spritze die Luft entnommen und in den GC-IMS eingebracht wird. Die Analyse ist dann ohne weitere Reagenzien möglich. Ergebnisse liegen nach kurzer Zeit vor. Die Untersuchung könnte deshalb als Schnelltest an Ort und Stelle durchgeführt werden. Bei der Probenentnahme werden keine Aerosole freigesetzt, so dass keine erhöhten Sicherheitsvorkehrungen notwendig wären.

Die jetzt von dem Team um Richard Ellerkmann vom Klinikum Dortmund und Michael Eddleston von der Universität Edinburgh vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Tests klinisch verwertbare Ergebnisse liefern.

Die Unterscheidung der 27 Patienten mit COVID-19 (durch Abstrich bestätigt) von den 66 Kontrollen gelang in Edinburgh mit einer Treffsicherheit von 80 % (Sensitivität/Spezifität 82,4 %/75 %; AUC-Wert 0,87). In Dortmund betrug die Treffsicherheit 81,5 % (Sensitivität/Spezifität 90 %/ 80 %; AUC-Wert 0,91).

In Edinburgh unterschieden sich COVID-19 und Kontrollen in den VOC vor allem durch die Konzentration von Ethanol, Octanal, Aceton, Aceton/Butanon-Mischcluster und Methanol. Außerdem wurde ein bisher nicht identifiziertes VIC („Feature 144) ermittelt.

COVID-19

Montag, 26. Oktober 2020

In Dortmund kamen noch Isopren, Propanal, Heptanal und Propanol hinzu. Die Differenzen zwischen den beiden Zentren könnten auf Unterschieden im Versuchsaufbau oder auf eine Hintergrundkontamination zurückzuführen sein, vermuten die Forscher.

Die Herkunft der VOC ist nicht klar, die Forscher haben aber Vermutungen: Die Freisetzung von Aceton könnte auf einen Angriff des Virus auf die Beta-Zellen des Pankreas zurückzuführen sein (Ketose). Die (verminderte) Freisetzung von Methanol könnte auf einer Veränderung der Darmflora beruhen. Die Aldehyde (Propanal, Heptanal und Propanol) könnten bei Entzündungsprozessen entstehen.

Für den klinischen Einsatz dürfte die Methode noch nicht ausreichend erprobt sein. Es fehlt eine Verifizierung durch weitere Kohorten. Unklar ist auch, inwiefern die Ergebnisse von anderen Faktoren wie etwa der Ernährung beeinflusst werden können. © rme/aerzteblatt.de

Diagnosis of COVID-19 by analysis of breath with gas chromatography-ion mobility spectrometry - a feasibility study

Dorota M Ruskiewicz • Daniel Sanders • Rachel O'Brien • Frederik Hempel • Matthew J Reed • Ansgar C Riepe • et al.

[Show all authors](#)

Open Access • Published: October 24, 2020 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100609>

Findings

Ninety-eight patients were recruited, of whom 21/33 (63.6%) and 10/65 (15.4%) had COVID-19 in Edinburgh and Dortmund, respectively. Other diagnoses included asthma, COPD, bacterial pneumonia, and cardiac conditions. Multivariate analysis identified aldehydes (ethanal, octanal), ketones (acetone, butanone), and methanol that discriminated COVID-19 from other conditions. An unidentified-feature with significant predictive power for severity/death was isolated in Edinburgh, while heptanal was identified in Dortmund. Differentiation of patients with definite diagnosis (25 and 65) of COVID-19 from non-COVID-19 was possible with 80% and 81.5% accuracy in Edinburgh and Dortmund respectively (sensitivity/specificity 82.4%/75%; area-under-the-receiver-operator-characteristic [AUROC] 0.87 95% CI 0.67 to 1) and Dortmund (sensitivity / specificity 90%/80%; AUROC 0.91 95% CI 0.87 to 1).

Interpretation

These two studies independently indicate that patients with COVID-19 can be rapidly distinguished from patients with other conditions at first healthcare contact. The identity of the marker compounds is consistent with COVID-19 derangement of breath-biochemistry by ketosis, gastrointestinal effects, and inflammatory processes. Development and validation of this approach may allow rapid diagnosis of COVID-19 in the coming endemic flu seasons.

Inhalt

Pharmakologie

Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie

bei COVID-19 aktualisiert

aerzteblatt.de

Mittwoch, 23. September 2020

Konsensus-Empfehlungen zur COVID-19 Pharmakotherapie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Malin J., Spinner C. für die DGI; Stand: 16. September 2020; Ablaufdatum 31.12.2020

Mild-moderat Symptome einer tiefen Atemwegsinfektion; <u>Nicht hospitalisiert</u>	Keine spezifische Therapie ^a	
Moderat Hospitalisiert; Pneumonische Infiltrate	Bei Hospitalisierung: Medikamentöse Antikoagulation prüfen ^b	
	Remdesivir erwägen ^{c,d} (keine Zulassung <u>ohne</u> O ₂ -Bedarf)	200 mg i.v. an Tag 1, 100 mg i.v. / Tag Erhaltungsdosis Dauer: 5 Tage ^d
Schwer Sauerstoffbedarf (sO ₂ ≤ 94% bei Raumluft)	Dexamethason ^{e,f,g} / Glukokortikoid	6 mg p.o./i.v. am Tag für bis zu 10 Tage Anderes Glukokortikoid in entsprechender Dosisanpassung ^h
	plus Remdesivir ^{i,j,k}	200 mg i.v. an Tag 1, 100 mg i.v. / Tag Erhaltungsdosis Dauer: 5 Tage, ggf. Verlängern auf bis zu 10 Tage bei unzureichendem Effekt ^l
	Zum klinischen Nutzen einer kombinierten Therapie mit Remdesivir und Glukokortikoiden liegen aktuell keine Studiendaten vor	
Kritisch Hypoxämisches Lungenversagen Invasive / non-invasive Beatmung High-Flow-Sauerstofftherapie	Dexamethason ^{e,m} / Glukokortikoid	6 mg i.v. am Tag für bis zu 10 Tage Anderes Glukokortikoid in entsprechender Dosisanpassung ^h
	plus: Remdesivir ^{i,n}	200 mg i.v. an Tag 1, 100 mg i.v. / Tag Erhaltungsdosis Dauer: 5-10 Tage ^l
	Zum klinischen Nutzen einer kombinierten Therapie mit Remdesivir und Glukokortikoiden liegen aktuell keine Studiendaten vor	
a. Für Remdesivir wurde bislang kein Nutzen bei Patienten mit mildem Verlauf gezeigt. Der Einsatz von Glukokortikoiden bei diesen Patienten könnte das Mortalitätsrisiko erhöhen [1].		

Die Etappen der Impfstoffentwicklung

1 Analyse des Virus

Was löst die Immunreaktion aus?



3 Erprobung mit Tieren

Wirksamkeit, Verträglichkeit



5 Zulassung

EU bei der EMA; USA bei der FDA ...



2 Design des Impfstoffs

Welche Bestandteile kommen in den Impfstoff?



4 Erprobung mit Freiwilligen

In mehreren Phasen



6 Massenproduktion

für die Versorgung der Bevölkerung



Bayern beschließt Coronaimpfkonzept und Aufbau von Impfzentren

Dienstag, 27. Oktober 2020

München – Die bayerische Staatsregierung hat ein SARS-CoV-2-Impfkonzept sowie den Aufbau entsprechender Impfkapazitäten beschlossen. „Es wird eine gewisse **Priorisierung** geben, zuerst diejenigen zu impfen, die **besonders gefährdet** sind“, sagte Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) heute nach der Kabinettsitzung.

Denn auch wenn die Entwicklung eines Impfstoffes gelingen sollte, stünden nicht gleich die nötigen Mengen für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung, so Huml. Deshalb sollten zuerst ältere oder chronisch kranke Menschen sowie Bewohner von Alten-, Pflege- und Behindertenheime an die Reihe kommen.

Auch medizinisches und pflegerisches Personal, Berufsgruppen aus der kritischen Infrastruktur wie Polizisten, Feuerwehrleute und Lehrkräfte sowie Menschen mit hohem Infektionsrisiko etwa aufgrund enger Wohnverhältnisse sollen sich vorrangig impfen lassen können.

„Um das noch einmal ganz deutlich zu sagen: Es geht um eine freiwillige Impfung“, betonte Huml. Um die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen schnell impfen zu können, sollen mobile Teams gebildet werden, die etwa in die Heime gehen.

„Gleichzeitig soll es aber auch lokale Impfzentren geben, ähnlich wie es jetzt die lokalen Testzentren gibt“, erläuterte Huml.

Auch für Lagerung und Transport des Impfstoffes werde ein Logistikkonzept erarbeitet. Für die Umsetzung des Impfkonzepts stellt die Staatsregierung zunächst rund 100 Millionen Euro zur Verfügung.

© dpa/aerzteblatt.de

25.10.2020

Impfkommission am RKI will Positionspapier vorlegen

06:48 Uhr

Die Ständige Impfkommission (Stiko) am Robert Koch-Institut will in Kürze ihre Empfehlungen für eine Strategie bei Zulassung eines Corona-Impfstoffs vorlegen. "Das Positionspapier steht", sagte der Epidemiologe Rüdiger von Kries, der Mitglied der Stiko ist, der Nachrichtenagentur epd. Nach seinen Angaben sollen demnach vor allem Ältere und Beschäftigte im Gesundheitswesen bei der Impfung bevorzugt werden. Relevant sei das ethische Prinzip der Gerechtigkeit. "Populär ausgedrückt: Gebe dem, der es am meisten braucht und dem es am meisten nutzt", sagte der Leiter der Abteilung Epidemiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität München.

26.10.2020

Spahn: Noch 7,4 Millionen Grippe-Impfdosen verfügbar

06:56 Uhr

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist Beschwerden über einen akuten Mangel an Grippe-Impfdosen entgegengetreten. Insgesamt seien für diese Grippesaison 26,675 Millionen Impfdosen beschafft worden. "Davon stehen noch 7,4 Millionen Dosen bereit, um in den kommenden Wochen bis Jahresende ausgeliefert zu werden", sagte ein Sprecher des Gesundheitsministeriums der "Neuen Osnabrücker Zeitung". "Wir rechnen damit, dass weitere Impfstoffdosen im Großhandel, in den Apotheken und in Arztpraxen lagern. Das sollte reichen, um die große Nachfrage nach Grippeimpfungen zu befriedigen."

Das Ministerium reagierte damit auf Klagen von Ärzten, der Grippe-Impfstoff sei vielerorts schon aufgebraucht. So hatte etwa der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) gewarnt, die Impfdosen reichten offenbar nicht einmal für alle Risikopatienten aus. Spahn hatte angesichts der Corona-Pandemie mehrfach an die Bürger appelliert, sich in diesem Jahr verstärkt gegen Influenza impfen zu lassen, damit es in Herbst und Winter nicht gleichzeitig zu vielen Grippe- und Corona-Fällen kommt.

Inhalt

Medizinische Versorgung

Ambulante Versorgung

Ambulantes Management möglich?

Schwere der Erkrankung? Risikofaktoren? Umfeld? www.rki.de/covid-19-ambulant



NEIN

JA

Stationäre Einweisung

Vorabinformation des Krankenhauses
Transport gemäß
www.rki.de/covid-19-hygiene



Ambulante Diagnostik

COVID-19 Diagnostik, weitere Diagnostik, z.B. Influenza, je nach Symptomatik und Grunderkrankung
www.rki.de/covid-19-diagnostik



Stationäre Diagnostik

SARS-CoV-2 PCR aus Naso-/Oropharyngealabstrich und Sputum/Trachealsekret/BAL; ggf. Serum-Asservierung für AK-Nachweis
www.rki.de/covid-19-diagnostik



Ambulante Betreuung

Kontaktreduktion und Verbleib im häuslichen Umfeld bis Befundeingang; weiterführende Informationen siehe www.rki.de/covid-19-ambulant



Bei laborbestätigtem COVID-19-Fall

Meldung an zuständiges Gesundheitsamt

Gesundheitsamt via PLZ suchen: <https://tools.rki.de/PLZTool/>



Inhalt

Medizinische Versorgung

Ambulante Versorgung

Klinische Versorgung

Schwerkranke

- Bei Schwerkranken ► Krankenhauseinweisung ohne Testung (Rettungsdienst, Tel. 112) auch bei V. a. schwere Erkrankung nach Telefonkontakt

Schweregrad einer Pneumonie mit CRB-65-Index abschätzen:

CRB-65-Index (klinischer Score zur statistischen Wahrscheinlichkeit des Versterbens)	1 Punkt für jedes fest- gestellte Kriterium (max. 4)
■ Pneumonie-bedingte Verwirrtheit, Desorientierung	
■ Atemfrequenz ≥ 30 /min	
■ Blutdruck diastol. ≤ 60 mmHg oder systol. < 90 mmHg	
■ Alter ≥ 65 Jahre	
► Stationäre Aufnahme: Ab 1 Punkt erwägen, ab 2 Punkten immer!	



Im Krankenhaus

Stationäre Behandlung

Supportive Maßnahmen entsprechend Schwere der Erkrankung
Anwendungsempfehlung antiviraler Arzneimittel unter ständiger Aktualisierung

www.rki.de/covid-19-therapie



Hygienemaßnahmen

Patient in Isolierzimmer, möglichst mit Vorraum
Personal-Schutzausrüstung: Einmalschutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille, geeigneter Atemschutz

www.rki.de/covid-19-hygiene



Reinigung und Desinfektion

Tägliche Wischdesinfektion mit Mittel mit begrenzt viruzidem Wirkungsbereich

www.rki.de/desinfektionsmitteliste
www.rki.de/covid-19-hygiene



Abfallentsorgung

Nicht flüssige Abfälle aus Behandlung nach AS 18 01 04 entsorgen; Abfälle aus COVID-19-Diagnostik vor Ort mit anerkanntem Verfahren desinfizieren oder AS 18 01 03* zuordnen
www.umweltbundesamt.de/covid-19-abfaelle-aus-einrichtungen-des



Entlassung aus Krankenhaus

Zur Anwendung der zeitlichen, symptombezogenen und diagnostischen Kriterien in Absprache mit Gesundheitsamt siehe

www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



Im häuslichen Umfeld

Ambulante Behandlung

Engmaschige ärztliche Betreuung insbesondere von Risikogruppen; niedrigschwellige Einweisung bei Beschwerdezunahme oder ausbleibender Besserung (v.a. Fieber, Dyspnoe) nach 7-10 Tagen

www.rki.de/covid-19-therapie



Hygienemaßnahmen

Patient in Einzelzimmer, strenge Separierung von Haushaltsangehörigen, bei Aufenthalt in demselben Raum Abstand >1,5 m und Mund-Nasen-Schutz für alle Anwesenden

www.rki.de/covid-19-isolierung



Reinigung und Desinfektion

Häufig berührte Oberflächen und gemeinsam benutztes Bad täglich reinigen mit haushaltsüblichem Reinigungsmittel und ggf. desinfizieren mit einem Mittel mit begrenzt viruzidem Wirkungsbereich

www.rki.de/covid-19-isolierung



Abfallentsorgung

Abfallsammlung in Müllsack in verschließbarem Behälter im Krankenzimmer bis Entsorgung des verschnürten Müllsacks im Restmüll

www.rki.de/covid-19-isolierung



Aufhebung der häuslichen Isolierung

Zur Anwendung der zeitlichen, symptombezogenen und diagnostischen Kriterien in Absprache mit Gesundheitsamt siehe

www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



Inhalt

Medizinische Versorgung

Ambulante Versorgung

Klinische Versorgung

Intensiv

DIVI-Intensivregister

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) führt gemeinsam mit dem RKI das DIVI-Intensivregister <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>

Das Register erfasst intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Patienten und Bettenkapazitäten auf Intensivstationen von allen Krankenhäusern in Deutschland und gibt einen Überblick darüber, in welchen Kliniken aktuell wie viele Kapazitäten auf Intensivstationen zur Verfügung stehen. Seit dem 16.04.2020 ist die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend.

Mit Stand 26.10.2020 (12:15 Uhr) beteiligen sich 1.284 Klinikstandorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden 29.428 Intensivbetten registriert, wovon 21.025 (71%) belegt sind; 8.403 (28%) Betten sind aktuell frei. Im Rahmen des DIVI-Intensivregisters wird außerdem die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle erfasst (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (26.10.2020, 12:15 Uhr)

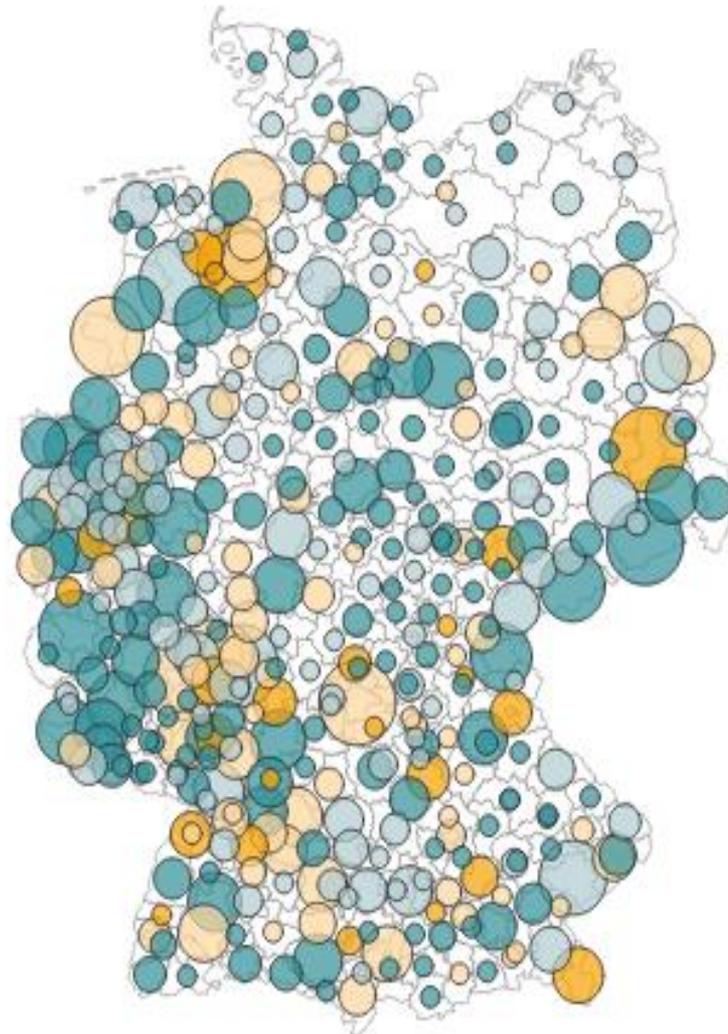
	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortag*
In intensivmedizinischer Behandlung	1.362		+66
- davon invasiv beatmet	622	46%	+44
Abgeschlossene Behandlung	19.757		+125
- davon verstorben	4.529	23%	+29

* Bei der Interpretation der Zahlen muss beachtet werden, dass die Anzahl der meldenden Standorte und der damit verbundenen gemeldeten Behandlungen täglich schwankt. Dadurch kann es an einzelnen Tagen auch zu einer (starken) Abnahme oder Zunahme der kumulativen abgeschlossenen Behandlungen und Todesfälle im Vergleich zum Vortag kommen.

Intensivbetten-Kapazität

Je größer der Punkt, desto höher ist der Anteil der Covid-Intensivpatienten

Anteil freier Intensivbetten: ● bis 10% ● 11 bis 20% ● 21 bis 30% ● mehr als 30%



24.10.2020

Zahl der Intensivpatienten innerhalb von zehn Tagen verdoppelt

16:34 Uhr

Die Zahl der Corona-Patienten in intensivmedizinischer Behandlung in Deutschland hat sich auf 1203 erhöht. Dies waren laut dem Intensivregister der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Divi) heute 82 mehr als am Vortag. Zehn Tage zuvor waren es mit 602 intensivmedizinisch behandelten Patienten nur etwa halb so viele gewesen.

Von den aktuellen Intensiv-Patienten, die mit dem Coronavirus infiziert sind, werden demnach 533 invasiv beatmet. Dies entspricht einem Anteil von 44 Prozent. Dies waren 55 mehr als gestern. Zehn Tage zuvor waren es demnach 323 invasiv, also durch eine Intubation beatmete Patienten gewesen. Fälle von Atemunterstützung etwa durch eine Sauerstoffmaske sind nicht berücksichtigt.

24.10.2020

Tschechien erhält 150 Beatmungsgeräte von EU-Partnern

11:54 Uhr

Das von der Corona-Pandemie hart getroffene Tschechien bekommt Beatmungsgeräte aus einer gemeinsamen Reserve der Europäischen Union sowie aus den Niederlanden und Österreich. Damit werde einer Bitte Prags um 150 Geräte entsprochen, teilte EU-Krisenkommissar Janez Lenarcic mit.

Die EU hatte nach dem Ausbruch der Pandemie gemeinsame Bestände an Schutzkleidung und medizinischem Gerät aufgebaut, die von Brüssel finanziert und in Deutschland und fünf anderen Ländern dezentral gelagert werden. Aus dieser Reserve kommen nach Angaben der Kommission 30 Beatmungsgeräte für Tschechien. Die Niederlande wollen 105 weitere an den EU-Partner liefern, Österreich stellt 15 Geräte bereit. Kommissionschefin Ursula von der Leyen dankte beiden Ländern: "Wir halten zusammen", schrieb sie auf Twitter.

Tschechien hat gemessen an seiner Einwohnerzahl derzeit die höchsten Corona-Infektionszahlen in der EU. Die Zahl der täglichen Corona-Infektionen ist jüngst trotz zahlreicher Schutzvorschriften auf den Höchststand von 15.252 gestiegen. Zudem würden erstmals mehr als 5000 Infizierte in Krankenhäusern behandelt, teilte das Gesundheitsministerium mit.

Stiftung analysiert COVID-19-Triageempfehlungen in Europa

Dienstag, 27. Oktober 2020

Berlin – Angesichts sich mit COVID-19-Patienten füllender Intensivstationen in vielen europäischen Ländern werden Rufe nach Triageempfehlungen der Parlamente oder nach einem Triage-Gesetz immer lauter.

Zwar gibt es mittlerweile einige Leitlinien, Empfehlungen und Handreichungen, die Orientierung bei der Bewältigung von Triagesituationen geben sollen, doch gesetzliche Grundlagen fehlen. Auf diese „legislative Zurückhaltung“ in Europa macht die Konrad-Adenauer-Stiftung mit ihrer jetzt veröffentlichten Untersuchung „Triage-Empfehlungen grenzüberschreitet betrachtet“ aufmerksam.

Für die Analyse wurden Intensivmediziner in neun westeuropäischen Ländern gefragt, wie bei ihnen Triage gehandhabt wird. Dabei wählte die Stiftung für die Untersuchung Länder aus, deren COVID-19-Historie und/oder deren Gesundheitssysteme sich zum Teil deutlich unterscheiden: Belgien, Deutschland, Dänemark, Frankreich, Norwegen, die Niederlande, Schweden, die Schweiz und Großbritannien. Es zeigte sich eine große Spannweite: Nur in Großbritannien sind die Triagevorgaben faktisch verbindlich. In Dänemark hingegen gibt es gar keine Empfehlungen. In Deutschland gebe es zwar viele Empfehlungen, und zwar von medizinischen Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, der Bischofskonferenz, dem Deutschen Ethikrat und der Bundesärztekammer, aber diese würden sich zum Teil widersprechen, schreibt die Autorin der Untersuchung, die Juristin Katja Gelinsky.

Generell folgten die Länder der Befragung zufolge überwiegend der Devise, mit den begrenzten Kapazitäten möglichst viele Menschenleben zu retten. Doch auch hier gebe es unterschiedliche Auffassungen über Grenzziehungen. Uneinigkeit herrsche zum Beispiel darüber, welche Bedeutung das Lebensalter für die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen haben sollte.

Auch die Frage, ob die Behandlung von Intensivpatienten notfalls abgebrochen werden sollte, um Kranke mit voraussichtlich besseren Überlebenschancen versorgen zu können, werde sehr unterschiedlich beantwortet.

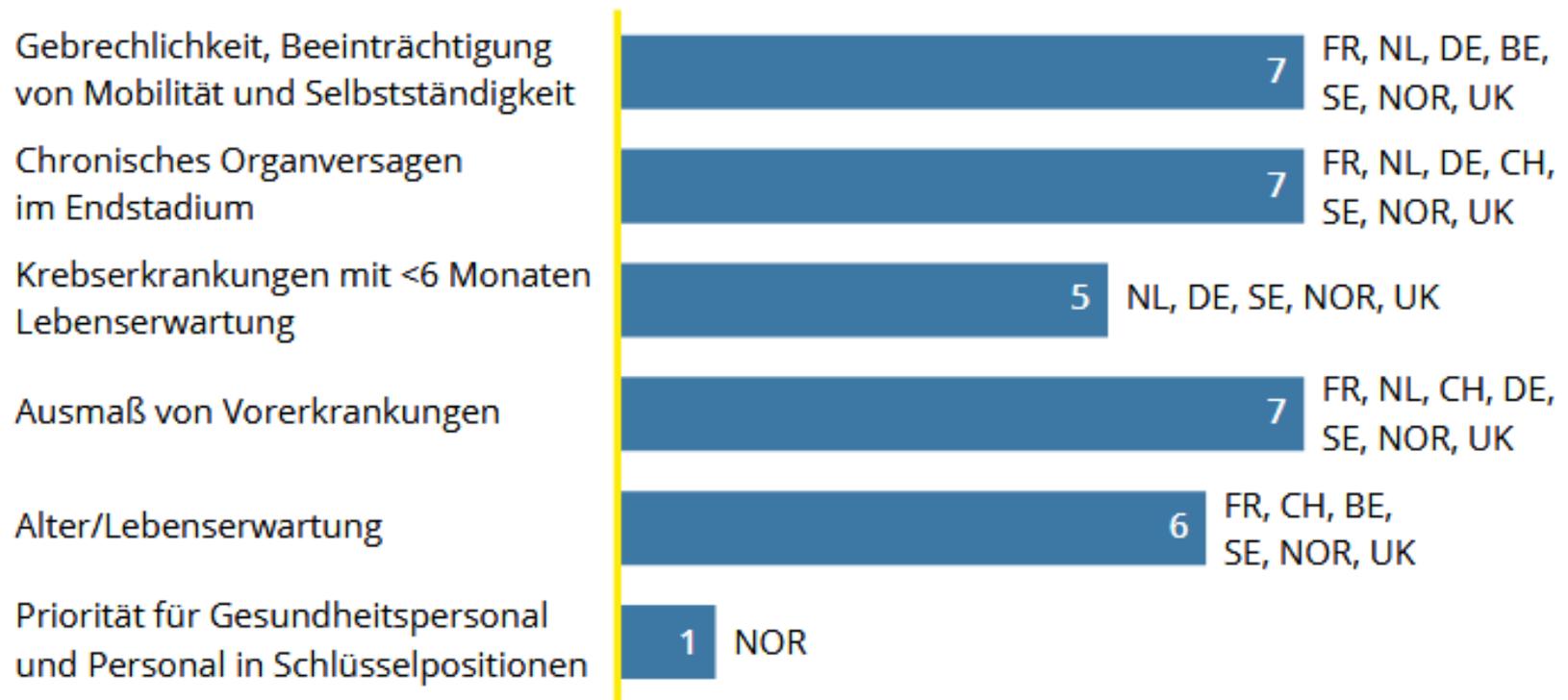
Zusammenfassend lasse sich Gelinsky zufolge feststellen, dass in allen betrachteten Ländern mit Triageempfehlungen die Bedeutung individueller, patientenzentrierter Entscheidungsfindung betont werde, zugleich aber überindividuelle Gesichtspunkte eine zentrale Rolle spielen.

Das Bestreben, mit den begrenzten Kapazitäten möglichst viele Menschenleben und möglichst viele Lebensjahre zu retten, wird zwar teilweise durchaus als problematisch empfunden. Trotzdem wird das Motto „save the most“ überwiegend als Leitbild empfohlen“, so Gelinsky.

Nach diesem Ansatz sei es nur folgerichtig, dass eine strikte Gleichbehandlung aller Intensivpatienten unabhängig von den klinischen Erfolgsaussichten ganz überwiegend nicht empfohlen werde. © ER/aerzteblatt.de

Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet

Grafik 4: Parameter für die Triagierung*



*In Dänemark wurden noch keine Leitlinien publiziert.

Inhalt

Masken/Schutzausstattung

Die drei Arten des Mundschutzes



Gesichtsmaske

(Auch DIY- oder Community-Maske)

Geschwindigkeit des Atemstroms oder Speichel-Tröpfchenauswurf wird reduziert. Die selbstgemachten Masken können das Bewusstsein für "social distancing" sowie gesundheitsbezogenen, achtsamen Umgang mit sich und anderen unterstützen.



Mundschutz

(Mund-Nasen-Schutz/Operationsmaske)

Schutz vor Tröpfchenauswurf des Trägers.

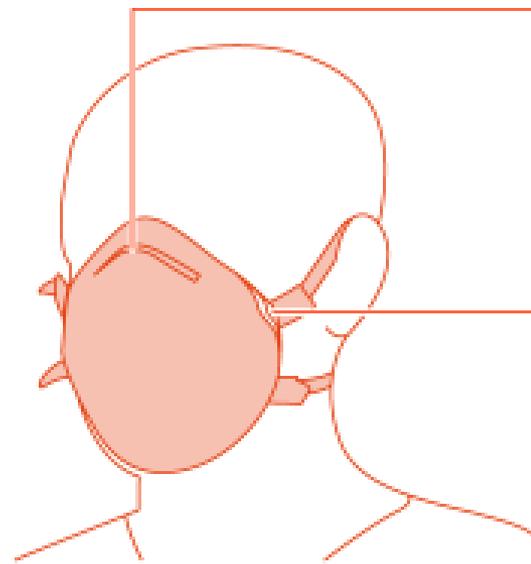
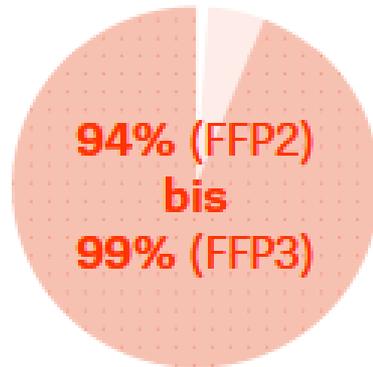


Schutzmaske

(Medizinische FFP2- / FFP3-Maske)

Schutz des Trägers vor festen und flüssigen Aerosolen.

FFP2- und FFP3-Maske



optimale Passung,
unbeabsichtigter
Luftdurchlass bis
zu 11% (FFP2) und
5% (FFP3)

Zusätzliche Lagen
dichteren Filter-
materials fangen
weitere Partikel auf.

+ zusätzlich zertifizierter
Schutz vor luftgetragenen
Viren

- großer Atemwiderstand, optionales
Ausatemventil bietet keinen
Fremdschutz

- hohe Kosten

Inhalt

Reinigung/ Desinfektion

Reinigung und Desinfektion

- ▶ Reinigen Sie häufig berührte Oberflächen (Nachttische, Bettrahmen, Smartphones, Tablets, etc.) **einmal täglich**.
- ▶ Reinigen Sie Bad- und Toilettenoberflächen **mindestens einmal täglich**.
- ▶ Benutzen Sie ein haushaltsübliches Reinigungsmittel und ggf. ein Flächendesinfektionsmittel. Achten Sie bei letzterem dabei auf folgende Bezeichnungen:
 - „begrenzt viruzid“ ODER
 - „begrenzt viruzid PLUS“ ODER
 - „viruzid“

Beachten Sie die Sicherheitshinweise.

Wäsche



- ▶ Wäsche der erkrankten Person bei mindestens 60°C waschen!
- ▶ Sammeln Sie Wäsche der erkrankten Person im separaten Wäschesack.
- ▶ Die Wäsche nicht schütteln. Direkten Kontakt von Haut und Kleidung mit den kontaminierten Materialien vermeiden.
- ▶ Verwenden Sie herkömmliches Vollwaschmittel und achten Sie auf eine gründliche Trocknung.

Inhalt

Sonstiges

