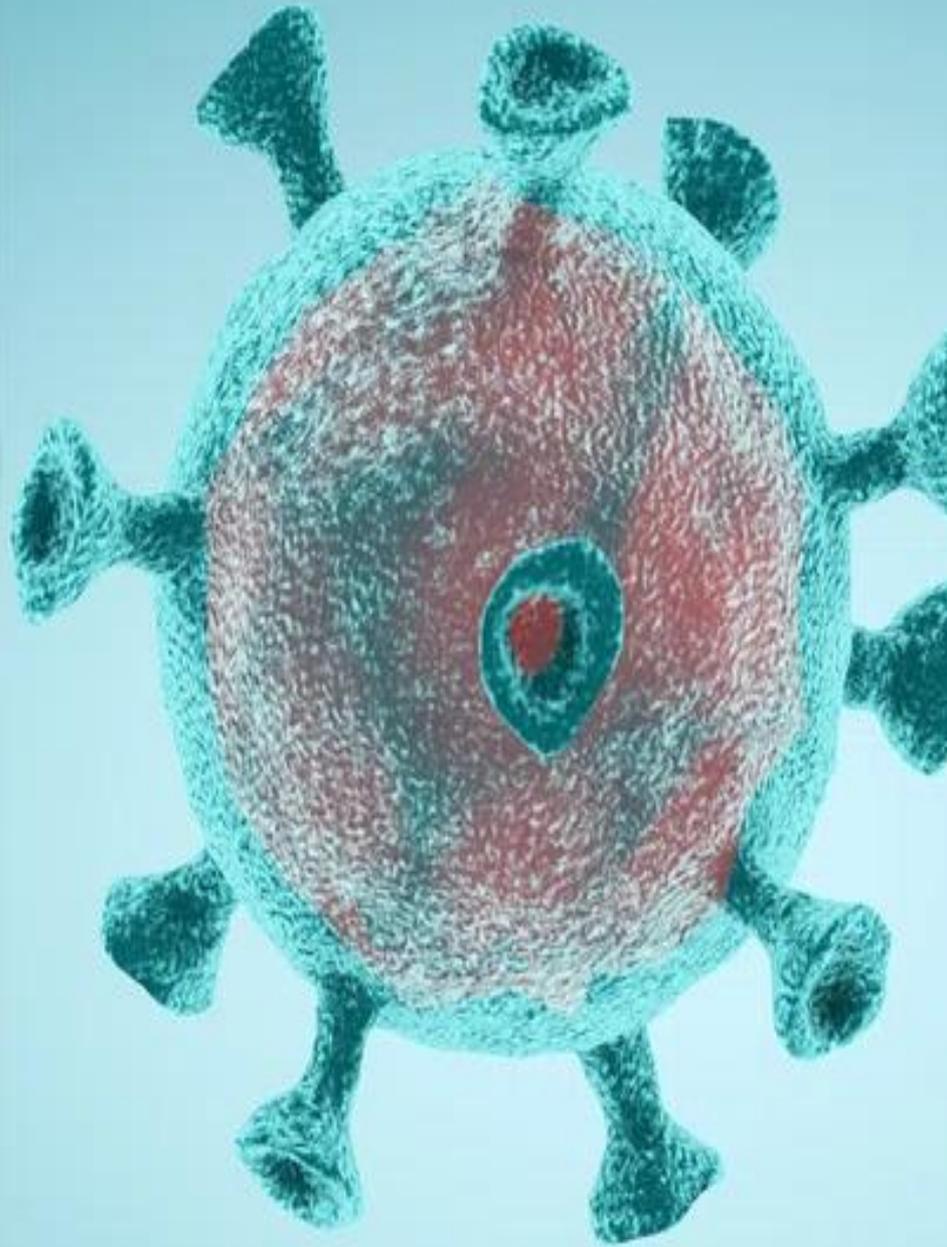


Aktuelle Information über Coronavirus



2020-11-03

Klaus Friedrich



Symptom	COVID-19	Erkältung	Echte Grippe
 Fieber	Häufig	Selten	Häufig
 Abgeschlagenheit, Müdigkeit	Manchmal	Manchmal	Häufig
 Husten	Häufig (i.d.R. trocken)	Mild	Häufig (i.d.R. trocken)
 Niesen	Nein	Häufig	Nein
 Gliederschmerzen, Schmerzen	Manchmal	Häufig	Häufig
 laufende oder verstopfte Nase	Selten	Häufig	Manchmal
 Rachenentzündung	Manchmal	Häufig	Manchmal
 Durchfall	Selten	Nein	Manchmal (Kinder)
 Kopfschmerzen	Manchmal	Selten	Häufig
 Atemnot	Manchmal	Nein	Nein

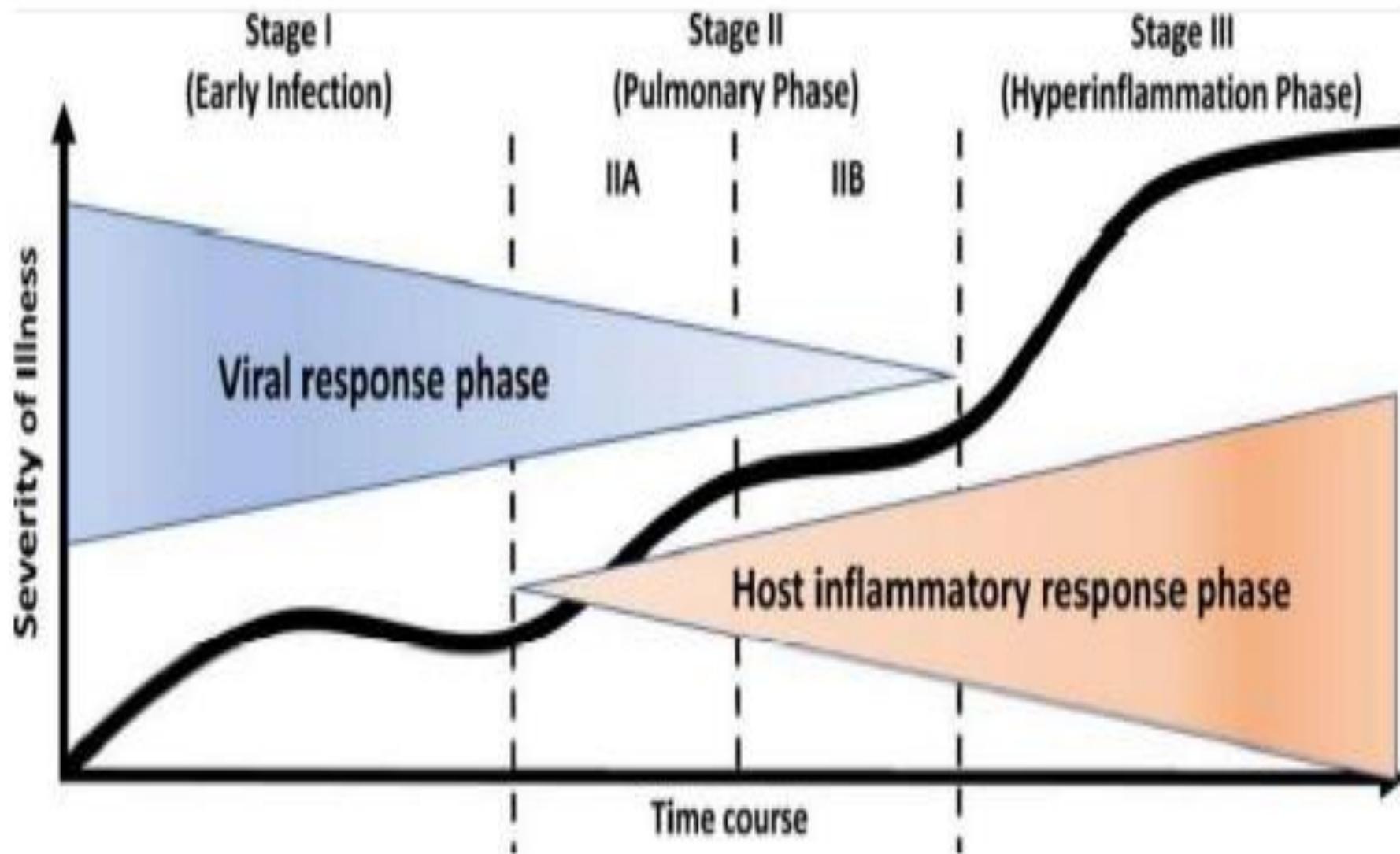


Abb. 7: Stadienverlauf der COVID-19-Erkrankung. Modifiziert nach Siddiqi & Mehra, J Heart Lung Transplant, 2020; 39:405-7 (20).

Corona-Regeln: „Männer reagieren auf Unsicherheit oft mit rebellischem Gebaren“

Laut einer Studie sehen Frauen Covid-19 eher als ernstes Gesundheitsrisiko als Männer. Grund dafür sind auch Männlichkeitsbilder, sagt Soziologin Franziska Schutzbach.

28. Oktober 2020

Eine repräsentative Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen Covid-19 eher als ernst zu nehmendes Gesundheitsrisiko ansehen, die Corona-Maßnahmen akzeptieren und sich an sie halten als Männer. Für die Studie wurden 21.000 Menschen aus acht Industrienationen, darunter Deutschland, Frankreich und Neuseeland, jeweils im März und April 2020 befragt. Insgesamt 59 Prozent der weiblichen Befragten hielten die Erkrankung für schwerwiegend, aber nur 49 Prozent der Männer. Abgefragt wurde zum Beispiel die Bereitschaft, Hände zu waschen, in den eigenen Ellbogen zu husten und Abstand zu halten.

Corona-Regeln: „Männer reagieren auf Unsicherheit oft mit rebellischem Gebaren“

Laut einer Studie sehen Frauen Covid-19 eher als ernstes Gesundheitsrisiko als Männer. Grund dafür sind auch Männlichkeitsbilder, sagt Soziologin Franziska Schutzbach.

” Männer verhalten sich in Bezug auf Gesundheit generell unvorsichtiger und rücksichtsloser als Frauen. “

” Männer reagieren auf Unsicherheit oft mit rebellischem Gebaren. “

” In Deutschland haben wir momentan gefühlt eine Million selbst ernannte Virologen. “

” Frauen ist es eher erlaubt, sich besorgt oder verunsichert zu zeigen. “

GENDER DIFFERENCES IN COVID-19 RELATED ATTITUDES AND BEHAVIOR: EVIDENCE FROM A PANEL SURVEY IN EIGHT OECD COUNTRIES

Vincenzo Galasso, Vincent Pons, Paola Profeta, Michael Becher, Sylvain Brouard, Martial Foucault

ABSTRACT

Using original data from two waves of a survey conducted in March and April 2020 in eight OECD countries (N = 21,649), we show that women are more likely to see COVID-19 as a very serious health problem, to agree with restraining public policy measures adopted in response to it, and to comply with them. Gender differences in attitudes and behavior are substantial in all countries, robust to controlling for a large set of sociodemographic, employment, psychological, and behavioral factors, and only partially mitigated for individuals who cohabit or have direct exposure to COVID-19. The results are not driven by differential social desirability bias. They carry important implications for the spread of the pandemic and may contribute to explain gender differences in vulnerability to it.

Infektionsrate sechs Mal höher

Antikörperstudie zu Dunkelziffer bei Kindern

Die Schulen bleiben weiterhin offen, ebenso die Kindertagesstätten. Bislang werden Kinder nicht als Pandemietreiber gesehen. Ein neues Analyseverfahren im Antikörpertest deckt nun eine deutlich höhere Infektionsrate auf.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Helmholtz Zentrum München haben einen neuen Ansatz zur Messung von Antikörpern gegen Sars-CoV-2 entwickelt und damit die Fr1da-Studie in Bayern noch einmal analysiert. Im ersten Halbjahr 2020 wurde in Bayern die Infektionsrate bei Kindern zwischen 1 und 18 Jahren mittels 12.000 Blutproben ermittelt. Die neue Methode ergab im Vergleich zu den vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Ernährung (LGL) gemeldeten Fällen nun eine um das sechsfache höhere Ansteckungsrate bei Kindern.

Knapp die Hälfte (47 Prozent) der Kinder mit Antikörpern zeigten keine Symptome. Rund ein Drittel (35 Prozent) der Kinder, die mit einem auf das Virus positiv getestetem Familienmitglied zusammenlebten, wiesen Antikörper auf. Dies deutet laut den Wissenschaftlern auf eine höhere Übertragungsrate hin als in bisherigen Studien beschrieben - und damit auch auf eine höhere Dunkelziffer bei Kindern.

Bei dem neuen Testverfahren handelt es sich um einen zweistufigen und zweifach-positiven Ansatz. Dieser führt zu besonders genauen Resultaten, weil die Blutproben auf zwei verschiedene Viren-Proteine getestet werden, mit denen Sars-CoV-2 an die menschlichen Zellen andockt. Im Gegensatz zu den PCR-Tests, die eine akute Infektion nachweisen, lassen sich mit den Antikörperstudien auch im Nachhinein Angaben über die Durchseuchung einer Population machen.

"Unsere Studie liefert wichtige Ergebnisse, die die Diskrepanz zwischen gemeldeten Virusinfektionen und Antikörperaufkommen offenlegen", sagte Markus Hippich, Erstautor der Studie. "Da viele Personen - bei Kindern knapp die Hälfte - keine Covid-19-typischen Symptome entwickeln, werden sie nicht getestet. Um verlässliche Daten über die Ausbreitung des Virus zu bekommen, reicht es also nicht aus, nur auf das Virus selbst zu testen."

Konkrete Hinweise auf das aktuelle Infektionsgeschehen liefert das neue Analyseverfahren allerdings nicht, da Antikörper gegen Sars-CoV-2 erst nach einer bis vier Wochen nachweisbar sind. Bisher gibt es auch keine Belege dafür, dass Sars-CoV-2-Antikörper zu einer Immunität gegen das Virus führen. "Falls dies belegt werden sollte, könnten die Ergebnisse wichtige Informationen zur Immunitätslage der Kinder in Bayern liefern", schreiben die Wissenschaftler.

Pressemitteilung**Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt****Verena Schulz**

29.10.2020

<http://idw-online.de/de/news756762>Forschungsergebnisse
Medizin
überregionalHelmholtz Zentrum münchen
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt**Mehr Infektionen als bekannt: Neue Studie zeigt Relevanz bevölkerungsweiter SARS-CoV-2-Antikörpertests auf**

Eine neue Studie des Helmholtz Zentrums München kommt zu dem Ergebnis, dass sechsmal mehr Kinder in Bayern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren als gemeldet. Dies verdeutlicht die Relevanz bevölkerungsweiter Antikörper-Screenings zur Überwachung des Pandemieverlaufs. Die Studie beschreibt außerdem einen neuen Ansatz, um Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit besonders hoher Genauigkeit zu messen.

Neuer Ansatz zur Messung von Antikörpern gegen SARS-CoV-2
Derzeitige Antikörpertests weisen eine mangelnde Spezifität auf, was zu einem großen Anteil falsch-positiver Ergebnisse führt. Unter der Leitung von Prof. Anette-G. Ziegler entwickelten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Helmholtz Zentrum München nun einen neuen Ansatz zur Messung von Antikörpern gegen SARS-CoV-2. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass das Testergebnis erst dann als Antikörper-positiv gilt, wenn sowohl gegen die Rezeptor-Bindungsdomäne als auch gegen Nukleokapsid-Proteine des Virus positiv getestet wurde. Dieser zweistufige und zweifach-positive Ansatz führt zu besonders genauen Ergebnissen mit einer Spezifität von 100 Prozent und einer Sensitivität von mehr als 95 Prozent. Da Ziegler und ihre Forschungsgruppe bereits eine große, bayernweit angelegte Bevölkerungsstudie namens „Fr1da“ zur Früherkennung von präsymptomatischem Typ-1-Diabetes bei Kindern durchführten, konnten sie schnell und einfach die bestehende Test-Infrastruktur um den neuen Ansatz für SARS-CoV-2-Antikörper erweitern. Ergebnisse des SARS-CoV-2-Antikörper-Screenings
Zwischen Januar 2020 und Juli 2020 untersuchten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler knapp 12.000 Blutproben von Kindern in Bayern im Alter zwischen 1 und 18 Jahren (Teilnehmende der Fr1da-Studie) auf SARS-CoV-2-Antikörper. Zwischen April und Juli wiesen im Schnitt 0,87 Prozent der Kinder Antikörper auf (zweifach-positiv). Im Vergleich zu den vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Ernährung (LGL) gemeldeten Fällen von Kindern in Bayern (zwischen 0 und 18 Jahren), die zwischen April und Juli positiv auf das Virus getestet wurden, war die Antikörperhäufigkeit damit sechsmal höher. Die Ergebnisse machten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern sichtbar. Knapp die Hälfte (47 Prozent) der Kinder mit Antikörpern waren asymptomatisch. Rund ein Drittel (35 Prozent) der Kinder, die mit einem auf das Virus positiv getesteten Familienmitglied zusammenlebten, wiesen Antikörper auf. Dies deutet auf eine höhere Übertragungsrate hin als in bisherigen Studien beschrieben. Zudem zeigten die Ergebnisse innerhalb Bayerns deutliche geographische Unterschiede („Hot-Spots“). Am meisten positive Antikörpertests gab es im Süden Bayerns.

Pressemitteilung**Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt****Verena Schulz**

29.10.2020

<http://idw-online.de/de/news756762>Forschungsergebnisse
Medizin
überregionalHelmholtz Zentrum münchen
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt**Mehr Infektionen als bekannt: Neue Studie zeigt Relevanz bevölkerungsweiter SARS-CoV-2-Antikörpertests auf**

Eine neue Studie des Helmholtz Zentrums München kommt zu dem Ergebnis, dass sechsmal mehr Kinder in Bayern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren als gemeldet. Dies verdeutlicht die Relevanz bevölkerungsweiter Antikörper-Screenings zur Überwachung des Pandemieverlaufs. Die Studie beschreibt außerdem einen neuen Ansatz, um Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit besonders hoher Genauigkeit zu messen.

Darüber hinaus wurden die Kinder auch auf Typ-1-Diabetes-Autoantikörper getestet. Diese dienen als Früherkennungsmerkmal für präsymptomatischen Typ-1-Diabetes. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler konnten keine Zunahme dieser Antikörper feststellen. Dies lässt darauf schließen, dass COVID-19 und Typ-1-Diabetes bei Kindern nicht miteinander assoziiert sind. Bedeutung für COVID-19-Maßnahmen „Unsere Studie liefert wichtige Ergebnisse, die die Diskrepanz zwischen gemeldeten Virusinfektionen und Antikörperaufkommen offenlegen“, sagt Markus Hippich, Erstautor der Studie und Postdoc am Helmholtz Zentrum München. „Da viele Personen, bei Kindern knapp die Hälfte, keine COVID-19-typischen Symptome entwickeln, werden sie nicht getestet. Um verlässliche Daten über die Ausbreitung des Virus zu bekommen, reicht es also nicht aus, nur auf das Virus selbst zu testen.“ Studienleiterin Prof. Anette-G. Ziegler ergänzt: „Nationale Programme, die mit hoher Spezifität und Sensitivität auf Antikörper testen, könnten den Ländern zuverlässige Daten liefern, um sich auf die Zukunft vorzubereiten. Sie könnten ihnen dabei helfen, die Ausbreitung des Virus einzudämmen und die Auswirkungen regionaler und landesweiter COVID-19-Maßnahmen zu überprüfen.“ Dashboard Die Studienergebnisse sind gemeinsam mit einer Übersicht zur geografischen Verteilung der Antikörperhäufigkeit in einem Online-Dashboard verfügbar: https://covid-dashboard.fr1da-studie.de/app_direct/covid-dashboard/. Die Zahlen werden monatlich aktualisiert. Einschränkungen der Studie Antikörper gegen SARS-CoV-2 sind erst nach einer bis vier Wochen nachweisbar. Deshalb können diese Messwerte nicht dafür genutzt werden, um Aussagen über das aktuelle Infektionsgeschehen zu treffen. Bisher gibt es keine Belege dafür, dass SARS-CoV-2-Antikörper zu einer Immunität gegen das Virus führen. Falls dies belegt werden sollte, könnten die Ergebnisse wichtige Informationen zur Immunitätslage der Kinder in Bayern liefern.

Virusausscheider?

Dienstag, 3. November 2020

Rom – Aus derzeit noch **unklaren Gründen haben einige Patienten, die sich von COVID-19 erholt haben, später erneut einen positiven Abstrich** auf SARS-CoV-2. Eine Studie aus Italien, die kürzlich im American Journal of Preventive Medicine (2020; DOI: 10.1016/j.amepre.2020.08.014) veröffentlicht wurde, beziffert den Anteil auf **fast 17 %**. Ob und wie lange die Patienten infektiös sind, lässt die Studie jedoch offen.

...

Im Schnitt 60 Tage nach Auftreten der ersten Symptome seien nur 18 Patienten (12,6 %) völlig symptomfrei gewesen, hieß es in der damaligen Publikation.

Jetzt berichtet das Team um Francesco Landi, dass 22 von 131 (16,7 %) weiter betreuten Patienten im Durchschnitt 52,6 Tage nach dem Beginn der COVID-19-Erkrankung erneut einen positiven PCR-Test hätten. Bei diesen Patienten lag laut den Medizinern häufig eine Halsentzündung vor und sie wiesen Symptome eines leichten Schnupfens auf.

Ein positiver Test auf SARS-CoV-2 zeigt an, dass einzelne Gene des Erregers weiterhin im Nasen-Rachen-Raum nachweisbar sind. Die klinische Bedeutung ist nicht klar. Noch fehlt der Nachweis, dass die RNA von intakten Viren stammt, die Zellkulturen infizieren können.

Völlig unklar ist, ob von den Patienten ein Infektionsrisiko ausgeht. In der Umgebung der betroffenen Personen sind laut der Publikation keine Infektionen bekannt geworden. Vorsichtshalber sei einigen Patienten jedoch zu einer erneuten Quarantäne geraten worden.

Über ein ähnliches Phänomen hatten im Juli Mediziner aus Wuhan in Lancet Infectious Diseases (2020; DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30433-3) berichtet. Dort waren 23 von 651 Patienten (3 %) nach einem Intervall von 48 Tagen erneut positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Eine Gefahr scheint von den möglichen „Carriern“ nicht ausgegangen zu sein. Die Epidemie in Wuhan ist längst beendet. © rme/aerzteblatt.de

Predictive Factors for a New Positive Nasopharyngeal Swab Among Patients Recovered From COVID-19

Francesco Landi, MD, PhD   • [Angelo Carfi, MD](#) • [Francesca Benvenuto, MD](#) • ... [Elisa Gremese, MD, PhD](#) • [Roberto Bernabei, MD](#) • on behalf of Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Team • [Show all authors](#)

Published: September 18, 2020 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.014>

Results

Of the 131 patients who repeated the nasopharyngeal swab, 22 patients (16.7%) tested positive again. Some symptoms such as fatigue (51%), dyspnea (44%), and coughing (17%) were still present in a significant percentage of the patients, with no difference between patients with a negative test and those who tested positive. The likelihood of testing positive for SARS-CoV-2 infection was significantly higher among participants with persistent sore throat (prevalence ratio=6.50, 95% CI=1.38, 30.6) and symptoms of rhinitis (prevalence ratio=3.72, 95% CI=1.10, 12.5).

Conclusions

This study is the first to provide a given rate of patients (16.7%) who test positive on RT-PCR test for SARS-CoV-2 nucleic acid after recovering from COVID-19. These findings suggest that a significant proportion of patients who have recovered from COVID-19 still could be potential carriers of the virus. In particular, if patients continue to have symptoms related to COVID-19, such as sore throat and rhinitis, it is reasonable to be cautious by avoiding close contact, wearing a face mask, and possibly repeating a nasopharyngeal swab.

SARS-CoV-2: Hohes Ansteckungsrisiko aerzteblatt.de für andere Personen im Haushalt

Montag, 2. November 2020

Nashville/Tennessee – **Menschen, die mit einem SARS-CoV-2-Patienten zusammen leben, haben ein hohes Infektionsrisiko.** ... infizierte sich die **Hälfte der Mitbewohner**, die meisten **in den ersten 5 Tagen**, wobei die Symptome ... häufig erst später auftreten.

...

sekundäre Infektionsrate von 53 %

...Fast 70 % der Indexpatienten gaben an, dass sie am Vortag mehr als 4 Stunden mit einem oder mehreren Haushaltsmitgliedern im selben Raum verbracht hatten. Am Tag nach dem Krankheitsbeginn waren es noch 40 %.

Ebenfalls 40 % der Indexpatienten gaben an, mit einem oder mehreren Haushaltsmitgliedern vor Beginn der Krankheit und 30 % nach Beginn der Krankheit im selben Raum geschlafen zu haben.

Zu den **Maßnahmen**, die das Infektionsrisiko in einem Haushalt senken können, gehören ... ein **abgetrenntes Schlafzimmer** und nach Möglichkeit auch ein eigenes Badezimmer.

Die **Selbstisolation sollte beginnen, bevor die Testergebnisse vorliegen.** Alle Familienmitglieder sollten eine Maske tragen, vor allem in gemeinschaftlich genutzten Räumen, in denen sich die Mindestabstände nicht einhalten lassen. Andere Mitglieder im gleichen Haushalt sollten sich ebenfalls soweit möglich in Selbstquarantäne begeben, sich aber in jedem Fall von Personen fernhalten, für die eine Infektion ein tödliches Risiko bedeutet. © rme/aerzteblatt.de

Transmission of SARS-CoV-2 Infections in Households — Tennessee and Wisconsin, April–September 2020

Carlos G. Grijalva, MD^{1,*}; Melissa A. Rolfes, PhD^{2,*}; Yuwei Zhu, MD¹; Huong Q. McLean, PhD³; Kayla E. Hanson, MPH³; Edward A. Belongia, MD³; Natasha B. Halasa, MD¹; Ahra Kim, MPH¹; Carrie Reed, DSc²; Alicia M. Fry, MD²; H. Keipp Talbot, MD¹

Summary

What is already known about this topic?

Transmission of SARS-CoV-2 occurs within households; however, transmission estimates vary widely and the data on transmission from children are limited.

What is added by this report?

Findings from a prospective household study with intensive daily observation for ≥ 7 consecutive days indicate that transmission of SARS-CoV-2 among household members was frequent from either children or adults.

What are the implications for public health practice?

Household transmission of SARS-CoV-2 is common and occurs early after illness onset. Persons should self-isolate immediately at the onset of COVID-like symptoms, at the time of testing as a result of a high risk exposure, or at time of a positive test result, whichever comes first. All household members, including the index case, should wear masks within shared spaces in the household.

Weniger Atemwegserkrankungen durch AHA-Regeln

Montag, 2. November 2020

Stuttgart – Abstand halten und Alltagsmaske tragen – diese Coronamaßnahmen haben nach Einschätzung der Barmer in Baden-Württemberg zu weniger Atemwegserkrankungen von Mitte August bis Anfang Oktober geführt als im gleichen Zeitraum des Vorjahres.

Die Zahl der Krankschreibungen sei deutlich geringer ausgefallen, teilte die Barmer unter Berufung auf eine aktuelle Auswertung mit. Die Abweichungen, die es bundesweit gebe, seien nicht allein mit unterschiedlichen Witterungsbedingungen zu erklären.

Das bedeute, die AHA-Regeln – Abstand, Hygiene, Alltagsmaske – wirkten „nachweislich“, sagte Barmer-Vorstandschef Christoph Straub. Das sei eine wichtige Botschaft: „Jeder Einzelne kann und muss etwas tun, um die sich zuspitzende Pandemie in den Griff zu bekommen.“

Demnach stieg im untersuchten Zeitraum im Jahr 2019 die Zahl der wegen Atemwegserkrankungen krankgeschriebenen Barmer-Versicherten in Baden-Württemberg von 1.991 auf 5.269 Menschen.

Im laufenden Jahr gab es einen Anstieg von 1.445 auf nur 3.724 Menschen. Damit waren im Vorjahr 14,4 je 1.000 Barmer-Versicherte in der 41. Kalenderwoche wegen Atemwegserkrankungen krankgeschrieben, in diesem Jahr waren es 10,4. © dpa/aerzteblatt.de

Inhalt

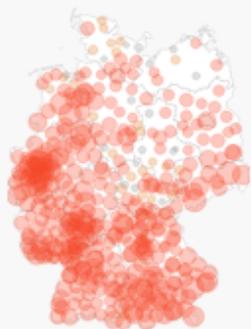
1. Zahlen und Fakten (Folie 17 ff)
2. Strategie (Folie 36 ff)
3. Labor und Testung (Folie 50 ff)
4. Pharmakologie (Folie 69 ff)
5. Medizinische Versorgung (Ambulant (Folie 70 ff), Kliniken (Folie 77 ff), Intensiv (Folie 81ff))
6. Masken (Folie 91 ff)
7. Reinigung und Desinfektion (Folie 93 ff)
8. Sonstiges (Folie 95 ff)

Inhalt

Zahlen und Fakten

Die wichtigsten Zahlen zur Corona-Pandemie

Deutschland



110.370 Neuinfektionen / 7 Tage

568.349 gesamt, 10.837 Tote

Gestern: 16.361



2.388 Covid-19-Patienten in Intensivversorgung

Meiste Neuinfektionen in den letzten sieben Tagen

Je 100.000 Einwohner / absolut

Augsburg (Stadt) BY	342,9	1.017
Bautzen SN	280,2	840
Rottal-Inn BY	279,8	340
Duisburg NW	272,9	1.361
Erzgebirgskreis SN	271,7	910

Über 50: 360 Kreise • **35 bis 50:** 24 Kreise

Stadt- oder Landkreis suchen

Verlauf der Pandemie

Bestätigte Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der Pandemie. Wechseln Sie unterhalb des Diagramms zu anderen Ländern oder Regionen.

15.000 bestätigte Neuinfektionen pro Tag

10.000

5.000

0

Jan. Feb. März Apr. Mai Juni Juli Aug. Sep. Okt.



Deutschland

Weltweit

Österreich

Frankreich

Land suchen

Impfstoffe in Entwicklung

>150
Prälinik

23
Phase I

18
Phase II

10
Phase III

2
Zulassung

Quellen: Kreis- und Landesbehörden, RKI, ECDC, Impfstoff-Zentrum der London School of Hygiene & Tropical Medicine, WHO.

⊕ Methodik [Zur interaktiven Coronavirus-Karte für Deutschland](#)

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**.

Information on the designation of international risk areas

at: 30 October 2020 – 10:00 a.m.

*risk areas (see below “Changes since last amendment”) are effective from Sunday,
November 1, 2020, at 0:00 am.*

Changes since last amendment:

*Austria: the complete country is considered as risk area with exception of the municipality
Jungholz and Mittelberg/ Kleinwalsertal.*

Bulgaria: the complete country is considered as risk area.

Croatia: the complete country is considered as risk area.

Cyprus: Cyprus is considered as risk area.

Denmark: the region Nordjylland is considered as additional risk area.

Greece: the region Western Macedonia is considered as additional risk area.

Holy See/ Vatican City State: the complete country is considered as risk area.

Hungary: the complete country is considered as risk area.

*Italy: the complete country is considered as risk area with exception of the region of
Calabria.*

Latvia: the regions Latgale, Riga and Vidzeme are considered as additional risk areas.

*Lithuania: the counties Klaipėda, Marijampolė, Telšiai and Vilnius are considered as
additional risk areas.*

Monaco: the complete country is considered as risk area.

Portugal: the region Centro is considered as additional risk area.

San Marino: the complete country is considered as risk area.

Slovenia: the complete country is considered as risk area.

*Sweden: the provinces Dalarna, Halland, Kronoberg, Skåne, Västmanland and Västra
Götaland are considered as additional risk areas.*

The region Jogeva in Estonia is no longer considered as risk area.

weltweit ...

47,3 Mio.

Infizierte gesamt

(+490.000 tägl.)

14,7 Mio.

aktiv infiziert

31,4 Mio.

wieder gesund

(+310.000 tägl.)

1,2 Mio.

gestorben

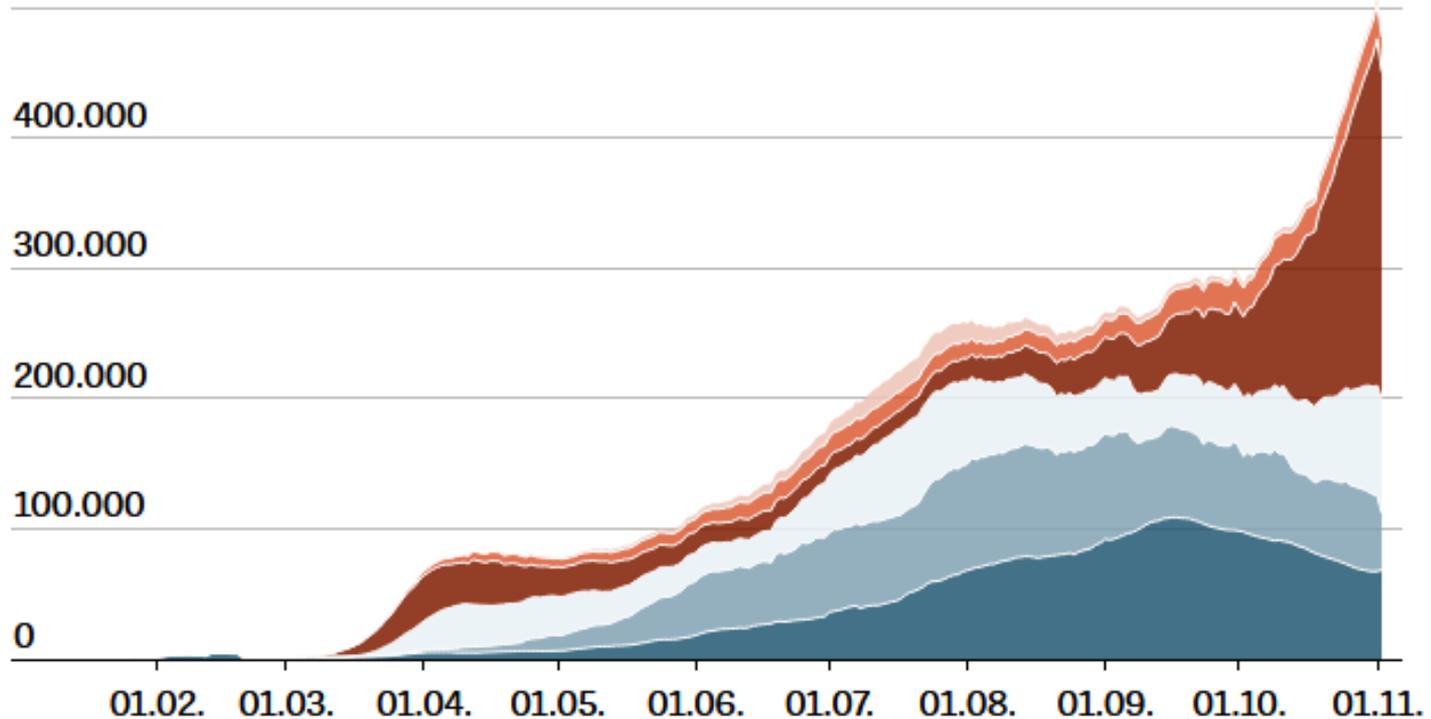
(+6700 tägl.)

weltweit ...

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

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

500.000 Fälle

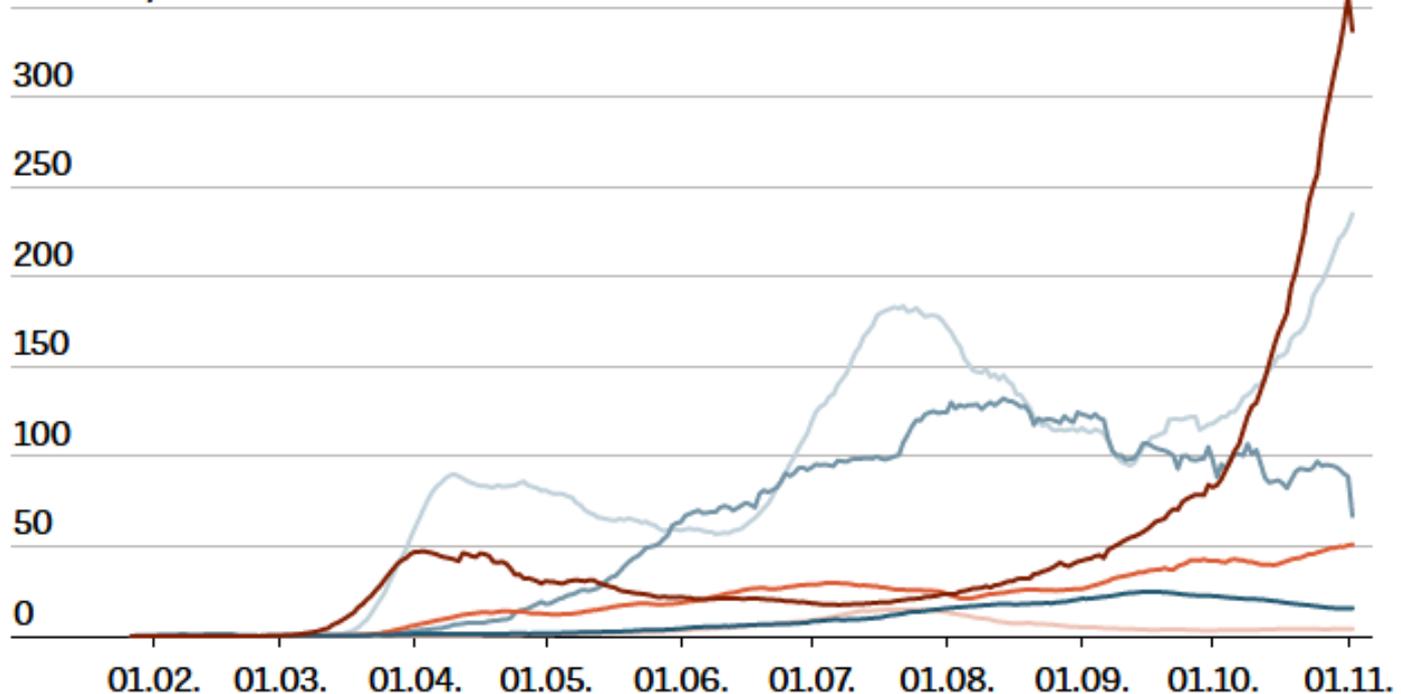


weltweit ...

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

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

350 Fälle/Mio. Einw.





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

02.11.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Gesamt (kumulativ)	
Bestätigte Fälle	Verstorbene
545.027 (+12.097*)	10.530 (+49*)
Anteil Verstorbene	Genesene
1,9%	ca. 363.100** (+7.200**)

Letzte 7 Tage	
Bestätigte Fälle	7-Tage-Inzidenz
99.873 (+4.561*)	120,1 Fälle/ 100.000 EW
7-Tage-Inzidenz der ≥ 60-Jährigen	Anzahl Kreise mit 7- Tage-Inzidenz > 50
78,6 Fälle/ 100.000 EW	358 (+7*)

* 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 weiter auf **120,1** Fälle pro 100.000 Einwohner (EW) angestiegen.
- Seit Anfang September nimmt der Anteil älterer Personen unter den COVID-19-Fällen wieder zu. Die 7-Tage-Inzidenz bei Personen ≥ 60 Jahre ist weiter auf aktuell **78,6** Fälle/100.000 EW angestiegen.
- Die 7-Tage-Inzidenz liegt in den Bundesländern Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland über der bundesweiten Gesamtinzidenz.
- Die Anzahl der Kreise mit einer hohen 7-Tage-Inzidenz steigt weiter an. Nur noch **5** Stadt- und Landkreise weisen eine 7-Tage-Inzidenz ≤ 25 Fällen/100.000 EW auf. In **147** Kreisen liegt die 7-Tage Inzidenz bei > 50 -100 Fällen/100.000 EW, in **211** Kreisen bei > 100 Fällen/100.000 EW und davon in **28** Kreisen bei > 200 Fällen/100.000 EW.
- Der bundesweite Anstieg wird verursacht durch zumeist diffuse Geschehen, mit zahlreichen Häufungen in Zusammenhang mit privaten Feiern im Familien- und Freundeskreis oder Gruppenveranstaltungen, aber zunehmend auch in Gemeinschaftseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen, sowie in beruflichen Settings und ausgehend von religiösen Veranstaltungen.
- Die Zahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle hat sich in den vergangenen 2 Wochen von **851** Patienten am **19.10.2020** auf **2.243** Patienten am **02.11.2020** fast verdreifacht.
- Insgesamt wurden in Deutschland **545.027** laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, darunter **10.530** 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 262.720 Fällen (48%) der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. sind diese Fälle nicht symptomatisch erkrankt. Für diese Fälle wird in Abbildung 2 daher das Meldedatum angezeigt.

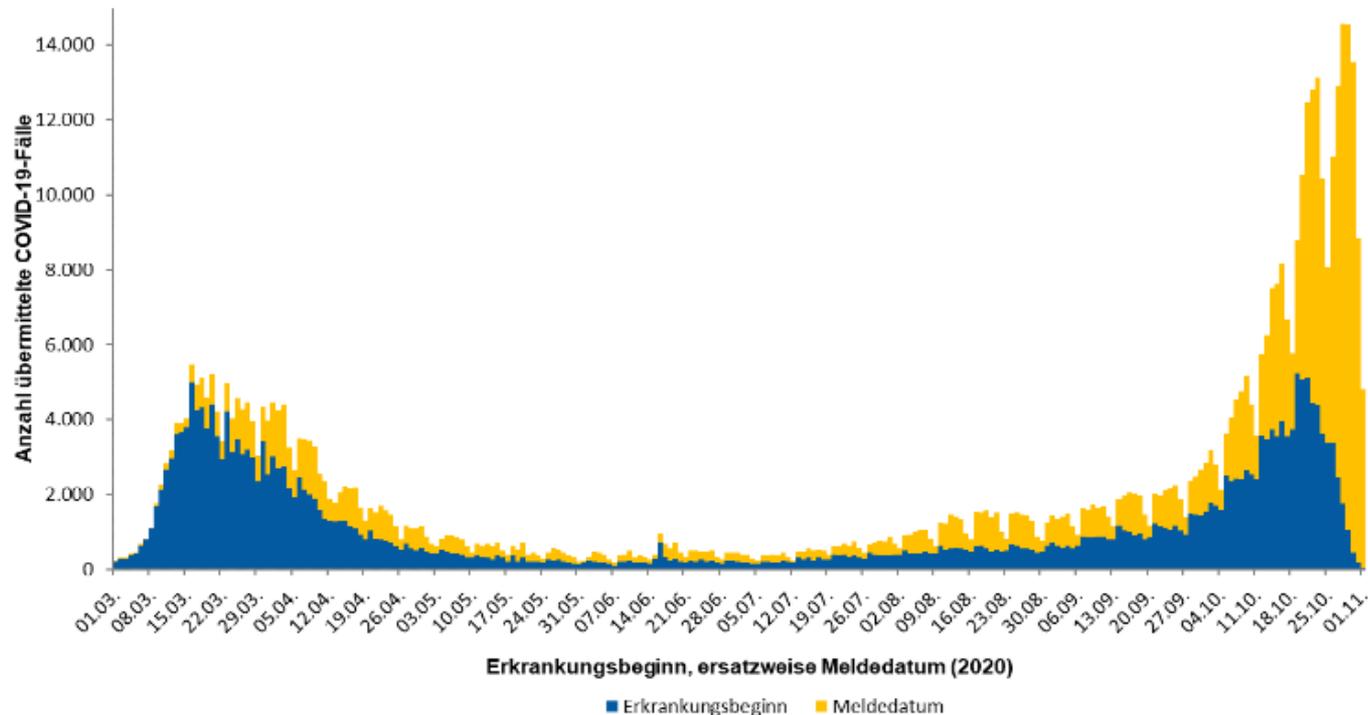


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (02.11.2020, 0:00 Uhr).

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

Zeitlicher Verlauf

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 **allen** Bundesländern ist ein **deutlicher** Anstieg der Inzidenz zu beobachten. In Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland liegt die 7-Tage-Inzidenz über der bundesweiten Gesamtinzidenz.

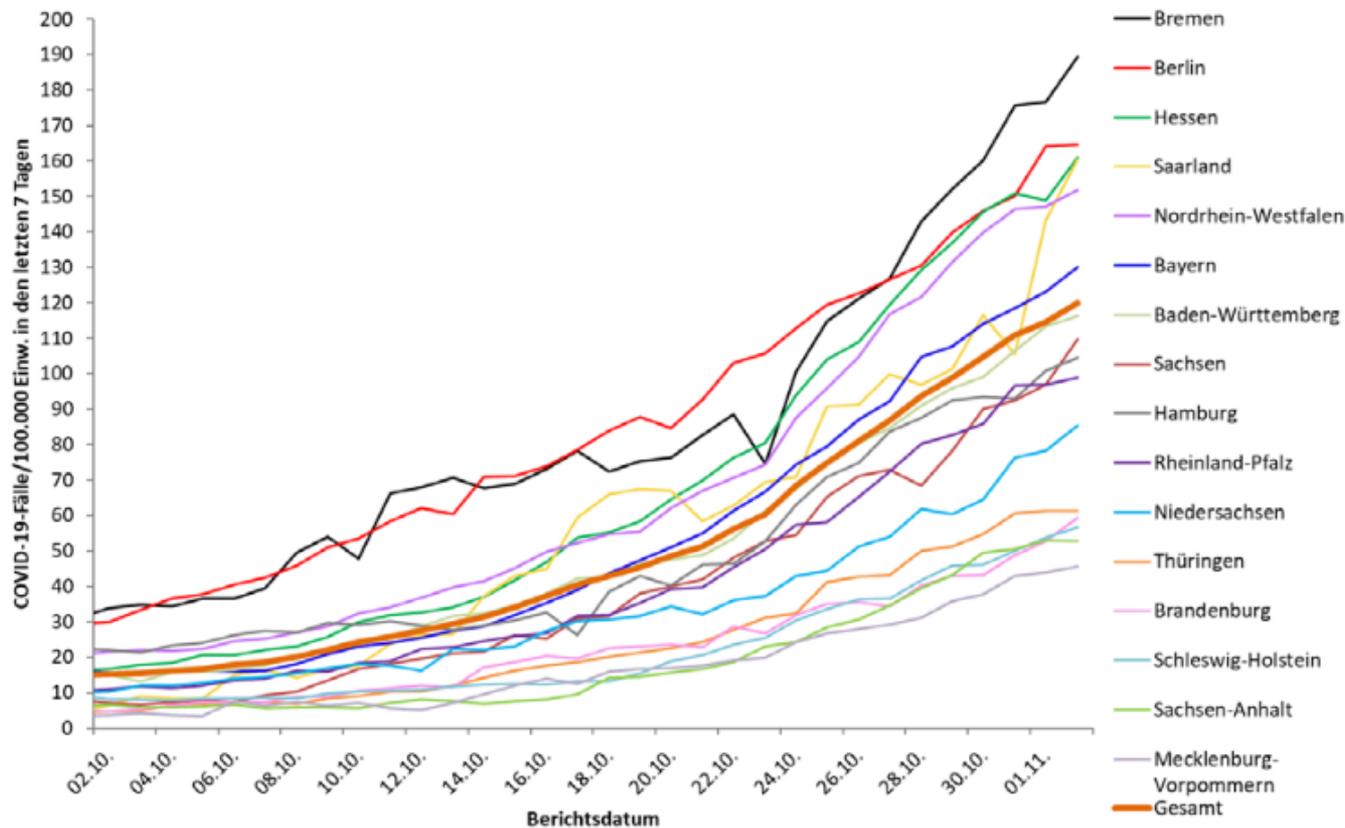


Abbildung 3: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner über 7 Tage in Deutschland nach Bundesland (02.11.2020, 0:00 Uhr). In Bundesländern mit vergleichsweise niedrigen Bevölkerungszahlen können auch schon kleinere Anstiege der Fallzahlen zu einer deutlichen Erhöhung der 7-Tage-Inzidenz führen.

Bestätigte neue Corona-Fälle täglich nach

— Tag der Veröffentlichung durch das RKI (hohe Schwankung)

— Krankheitsbeginn (realistischer*, aber endet früher)

15.000 Fälle

10.000

5.000

0

01.03.

01.04.

01.05.

01.06.

01.07.

01.08.

01.09.

01.10.

01.11.

*durch statistische Aufbereitung (Glättung, z.T. errechneter Krankheitsbeginn; [mehr Infos](#))

Quelle: [RKI](#) (Stand 03.11.2020)

DER SPIEGEL

Infektionsgeschehen Deutschland ...

Ansteckung

Wie viele Menschen steckt ein Corona-Infizierter an?

Entwicklung der Reproduktionszahl R: — einfacher Wert und — Wochenmittel



Quelle: RKI (Stand 02.11.2020)

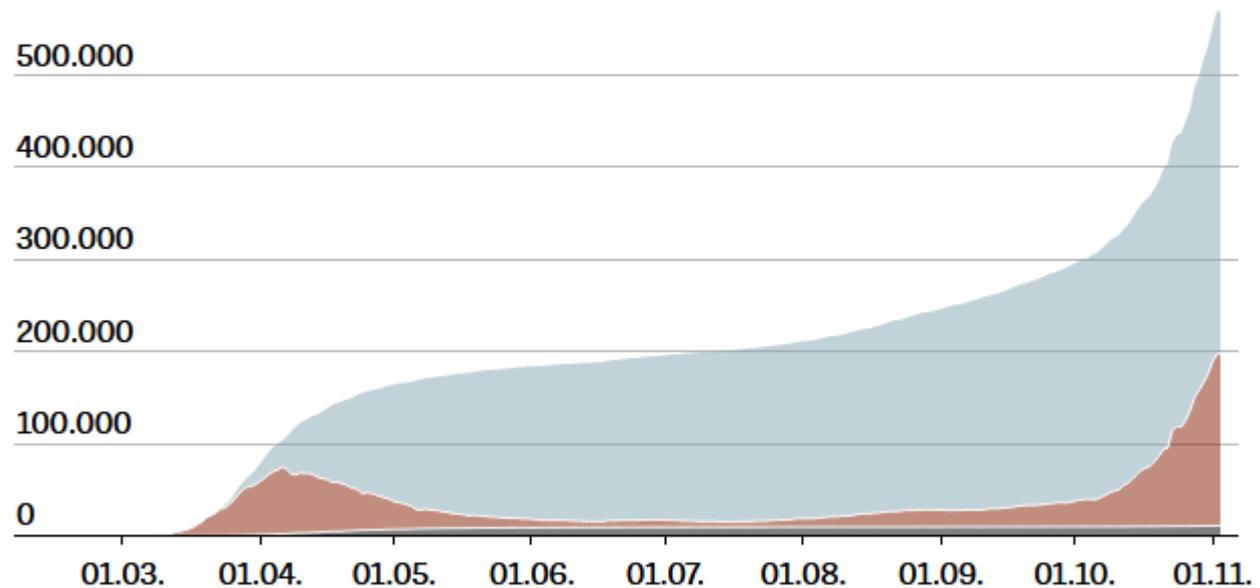
DER SPIEGEL

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

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 02.11.2020, 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 stabil deutlich über 1. **In den letzten Tagen hat der R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19-Fälle weiterhin zunimmt.**

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.

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 verlangsamen.

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.

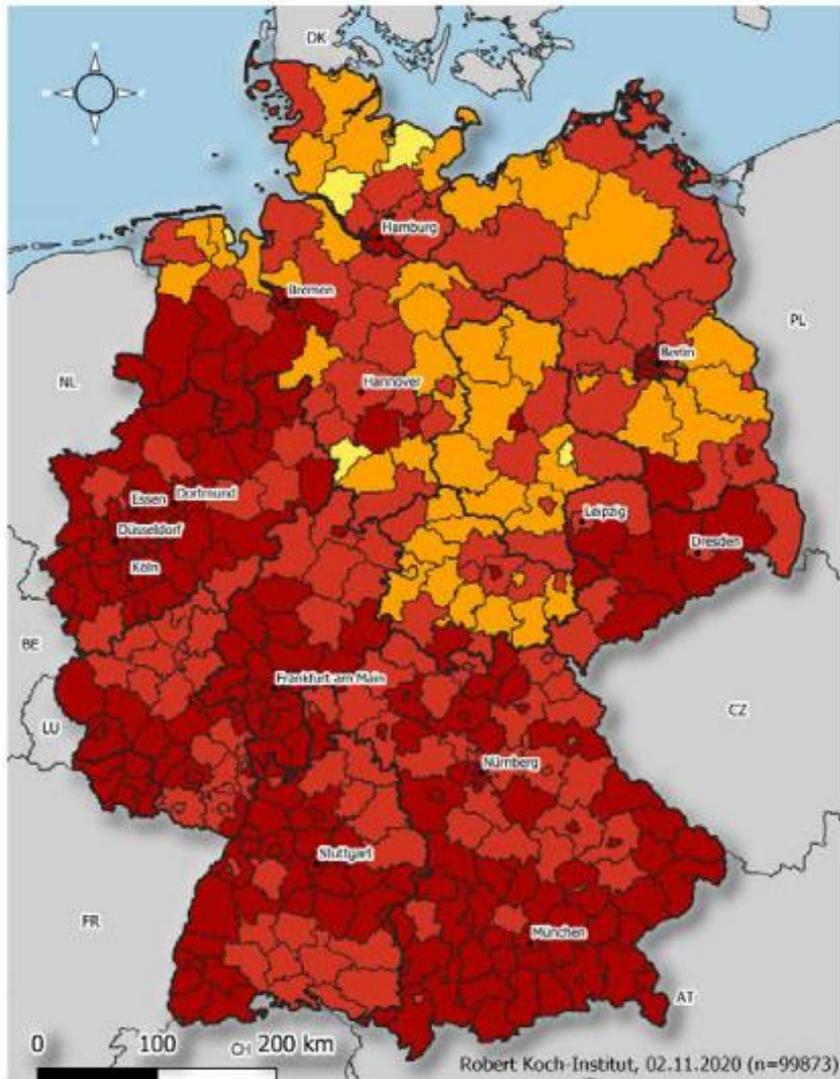
Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle pro Bundesland in Deutschland (02.11.2020, 0:00 Uhr). Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf Fälle, die dem RKI täglich übermittelt werden. Dies beinhaltet Fälle, die am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen an das Gesundheitsamt 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	83.594	1.260	753	12.913	116,3	2.031	18,3
Bayern	109.349	2.305	833	17.074	130,1	2.809	21,4
Berlin	32.593	362	888	6.040	164,6	261	7,1
Brandenburg	8.326	238	330	1.495	59,3	197	7,8
Bremen	5.673	151	833	1.290	189,4	73	10,7
Hamburg	14.036	283	760	1.932	104,6	288	15,6
Hessen	43.379	1.307	690	10.113	160,8	663	10,5
Mecklenburg-Vorpommern	2.918	53	181	734	45,6	23	1,4
Niedersachsen	37.919	970	474	6.830	85,4	762	9,5
Nordrhein-Westfalen	139.485	3.369	777	27.246	151,8	2.154	12,0
Rheinland-Pfalz	20.962	388	512	4.047	98,9	287	7,0
Saarland	7.029	289	712	1.584	160,5	192	19,5
Sachsen	18.747	773	460	4.463	109,6	324	8,0
Sachsen-Anhalt	5.323	119	243	1.156	52,7	81	3,7
Schleswig-Holstein	8.456	163	291	1.646	56,7	177	6,1
Thüringen	7.238	67	339	1.310	61,4	208	9,7
Gesamt	545.027	12.097	655	99.873	120,1	10.530	12,7

*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.

Geografische Verteilung

Es wurden **545.027 (+12.097)** 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.



Übermittelte Fälle der letzten 7 Tage

COVID19-AKTIVITÄT Stand: 02.11.2020

Fälle pro 100.000 Einwohner

- keine Fälle übermittelt [n/a]
- >0,0 - 5,0 [n/a]
- >5,0 - 25,0 [5]
- >25,0 - 50,0 [49]
- >50,0 - 100,0 [147]
- >100,0 - 500,0 [211]

Kreis	Fälle	Inzidenz
1 LK Marburg-Biedenkopf	728	294,6
2 LK Rottal-Inn	349	287,2
3 SK Herne	449	287,0
4 LK Berchtesgadener Land	299	282,3
5 SK Berlin Friedrichshain-Kreuzberg	782	277,2
6 SK Duisburg	1335	267,7
7 SK Offenbach	336	257,9
8 LK Bautzen	764	254,9
9 SK Augsburg	728	245,5
10 LK Cloppenburg	415	243,1
11 SK Remscheid	269	241,6
12 LK Vechta	343	240,2
13 SK Frankfurt am Main	1797	235,4
14 SK Rosenheim	149	234,5
15 SK Kaufbeuren	103	232,0

Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 99.873), 02.11.2020, 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.

Ausbrüche

In beinahe allen Kreisen (407 von 412) liegt eine erhöhte 7-Tage-Inzidenz mit über 25 Fällen/100.000 Einwohner vor. Mittlerweile weisen davon 211 Stadt- bzw. Landkreise eine Inzidenz von über 100 Fällen/100.000 Einwohner auf; in weiteren 147 Kreisen liegt die 7-Tage-Inzidenz zwischen 50 und 100 Fällen/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, aber zunehmend auch in Gemeinschaftseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen. 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 Krankenhäusern, Einrichtungen für Asylbewerber und Geflüchtete, verschiedenen beruflichen Settings sowie im Zusammenhang mit religiösen Veranstaltungen bei.

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
1,07	1,04
(95%-Prädiktionsintervall: 0,87 – 1,29)	(95%- Prädiktionsintervall: 0,93 - 1,15)

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.

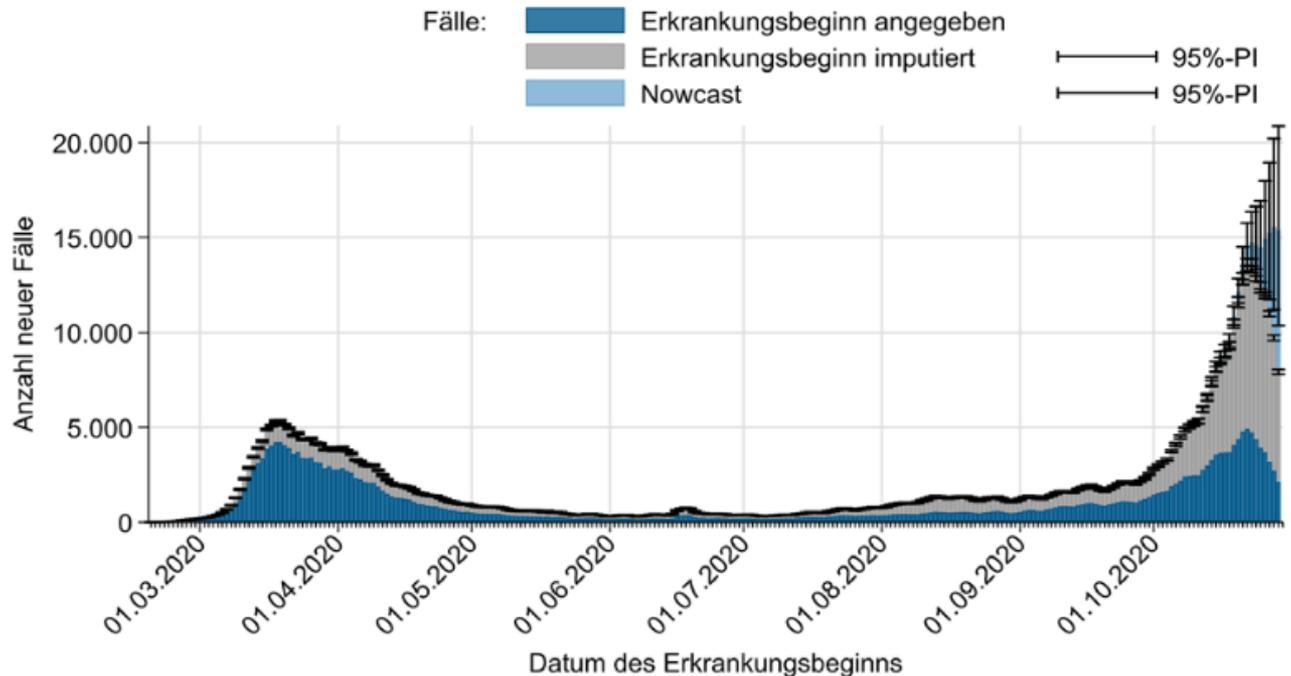
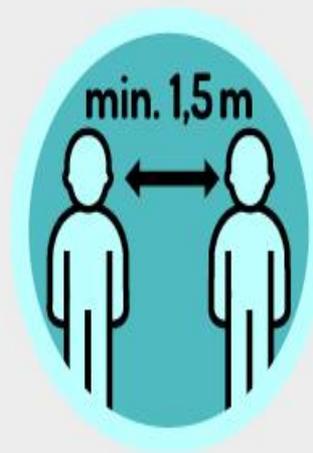


Abbildung 4: Darstellung der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn (dunkelblau), geschätztem Erkrankungsbeginn für Fälle mit fehlender Eingabe des Erkrankungsbeginns (grau) und geschätzter Verlauf der noch nicht übermittelten Fälle (hellblau) (Stand 02.11.2020, 0:00 Uhr, unter Berücksichtigung der Fälle bis 29.10.2020).

Die berichteten R-Werte liegen seit Anfang Oktober stabil deutlich über 1. In den letzten Tagen hat der R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19-Fälle weiterhin zunimmt.

Inhalt

Strategie





Risikobewertung

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

Deutschland weiterhin als **hoch**

ein, für Risikogruppen als **sehr**

hoch

02.11.2020

"Wir müssen die Welle brechen"

02.11.2020 20:36 Uhr

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat sich im *ARD extra* zuversichtlich gezeigt, dass es gelingen werde, die neue Corona-Welle zu brechen. "Das haben wir im Frühjahr schon einmal geschafft", sagte Spahn.

Dafür müssten aber nun die verschärften Maßnahmen in Kauf genommen und eingehalten werden. Und damit Kitas und Schulen weiter geöffnet bleiben könnten und der Betrieb der Wirtschaft zum Großteil aufrecht erhalten werden könne, müssten eben vor allem die Kontakte im privaten Bereich stark eingeschränkt werden. "Das ist hart für die betroffenen Bereiche", sagte Spahn, aber sei notwendig.

Mit Sorge blickte Spahn auf die steigende Zahl an Intensivpatienten in den Krankenhäusern. Innerhalb von zwei Wochen habe sich die Zahl der Intensivpatienten verdreifacht, führte der Minister aus, einen solchen Anstieg halte das Gesundheitswesen nicht aller zwei Wochen durch. Dann drohe eine Überforderung des Gesundheitssystems.

02.11.2020

Umfrage: Menschen in Deutschland wieder vorsichtiger

02.11.2020 15:53 Uhr

Angesichts der Verschärfung der Corona-Krise sind die Menschen in Deutschland einer Umfrage zufolge zurückhaltender geworden, was das Treffen mit Freunden oder das Verlassen der Wohnung angeht. Wie aus dem "Corona-Monitor" des Bundesinstituts für Risikoforschung (BfR) hervorgeht, wuchs der Anteil der Menschen, die sich seltener mit Freunden oder Familienangehörigen treffen im Vergleich zu zwei Wochen davor von 65 auf 76 Prozent. 69 Prozent verlassen demnach seltener das eigene Zuhause - zehn Prozentpunkte mehr als noch zwei Wochen zuvor.

"Mit dem aktuellen Anstieg der Infektionszahlen werden die Menschen in Deutschland wieder vorsichtiger", erklärte BfR-Präsident Andreas Hensel. Knapp drei Viertel (73 Prozent) der Befragten halten das Risiko einer Ansteckung durch die Nähe zu anderen Menschen für mindestens hoch - der höchste Wert seit dem Frühjahr. Auch der Anteil der Menschen, die sich Sorgen um ihre körperliche Gesundheit (27 Prozent), psychische Gesundheit (25 Prozent) und soziale Beziehungen (35 Prozent) machen, ist zuletzt gestiegen.

Was die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie angeht, bewertete die deutliche Mehrheit der Menschen Abstandsregeln und Maskenpflicht als angemessen (96 und 92 Prozent - jeweils Höchstwerte).

02.11.2020

Braun: Lockerung in zwei Wochen "nicht wahrscheinlich"

23:18 Uhr

Kanzleramtsminister Helge Braun hat wenig Hoffnung, dass schon in kurzer Zeit wieder Maßnahmen des ab diesem Montag geltenden Teil-Lockdowns zurückgenommen werden können. "Ich halte es nicht für wahrscheinlich, dass wir in zwei Wochen schon Maßnahmen lockern können", sagte der CDU-Politiker in der ARD-Sendung *Anne Will*. Doch gehe er insgesamt fest davon aus, "dass sich das Infektionsgeschehen mit den Maßnahmen, die wir jetzt beschlossen haben, wirklich deutlich bremst". Der Gesamterfolg hänge aber vom Willen jedes Einzelnen ab. Den Geist, der im März geherrscht habe, brauche man auch in diesem Winter wieder.

"Ostern ist die Pandemie nicht beendet"

12:42 Uhr

Der Chefvirologe der Berliner Charité, Christian Drosten, sieht ein schnelles Ende der Corona-Pandemie nicht in Sicht. ""Sicher ist: Ostern ist die Pandemie nicht beendet", sagte er der "Neuen Osnabrücker Zeitung". Er fügte aber auch hinzu: "Spätestens im Sommer wird sich unser Leben deutlich zum Positiven verändern können - wenn wir jetzt die akut steigenden Ansteckungszahlen in den Griff bekommen."

Dafür solle sich am besten jeder so verhalten, als wäre er infiziert und wolle andere vor einer Ansteckung schützen, riet der Virologe. Dies lasse sich auch umkehren: "Wir tun so, als wäre der andere infiziert und wir wollten uns selbst schützen. Daraus ergibt sich unser Verhalten."

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

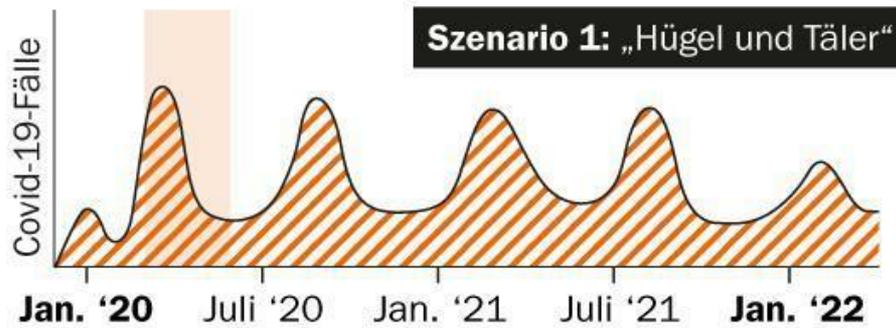
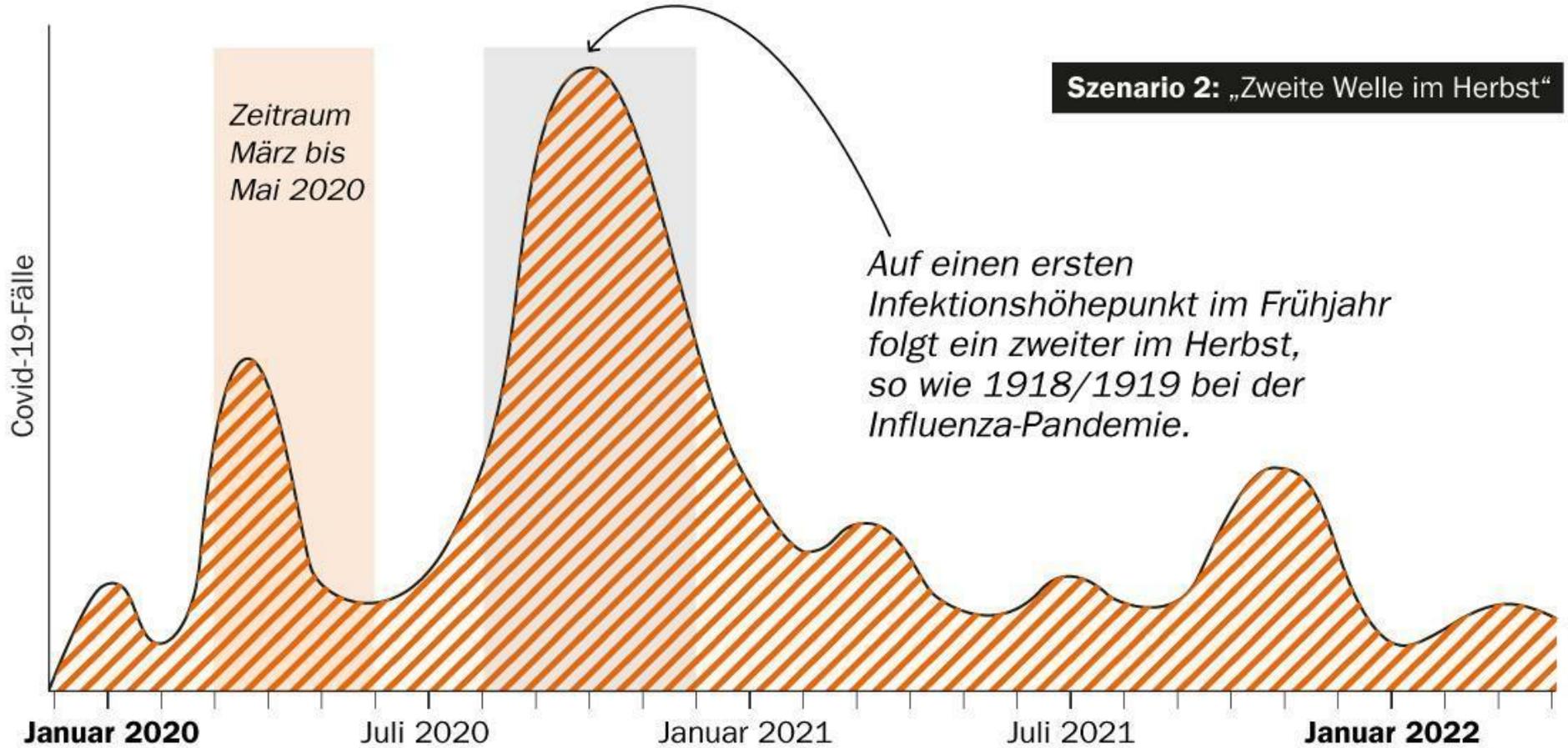
(Geringeres Infektionsrisiko)

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

Strategie ...



DIE AHA-FORMEL

Lüftung

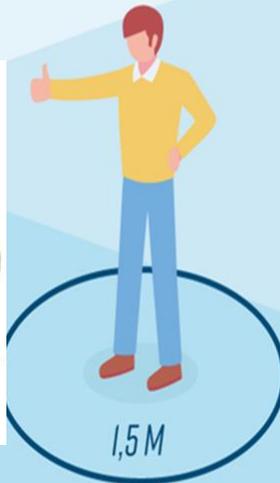
ABSTAND

+

HYGIENE

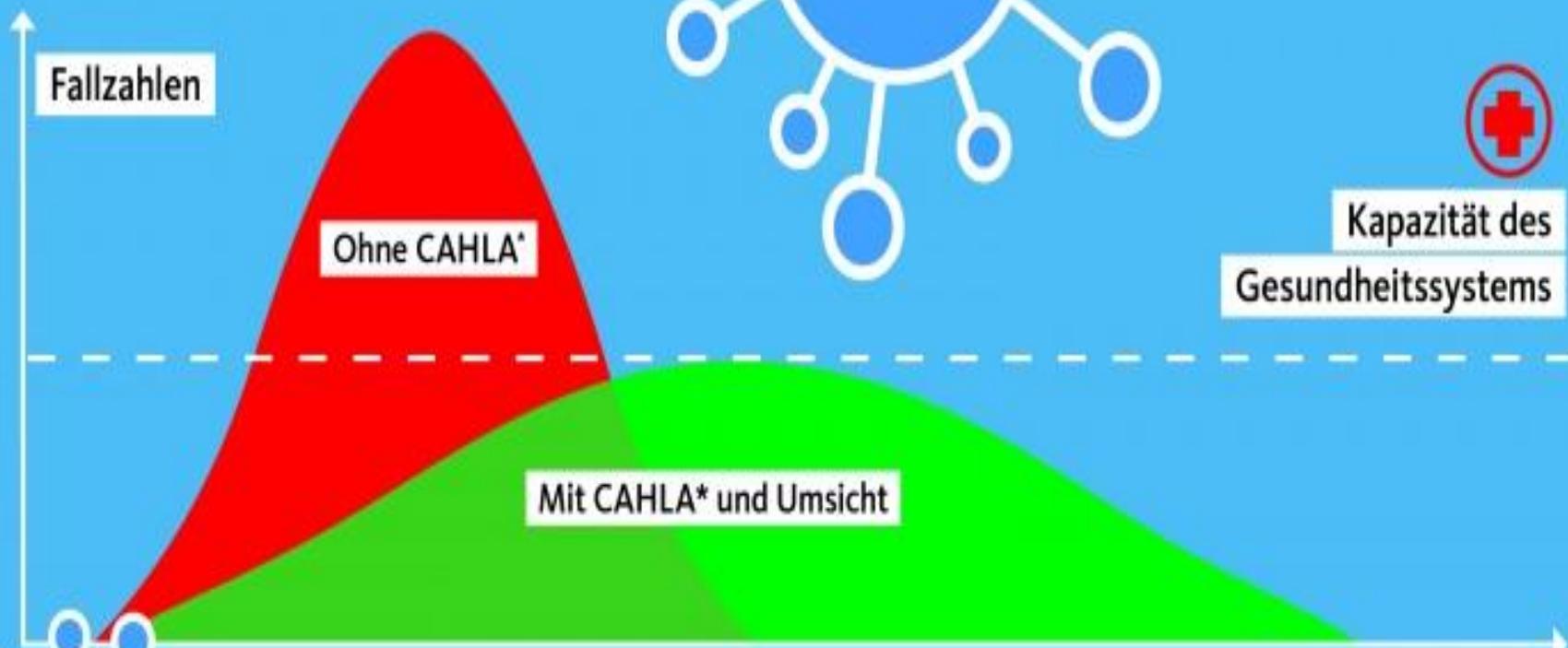
+

ALLTAGSMASKE



#WIRHALTENZUSAMMEN

Damit unser Alltag weitergehen kann!



*Corona-App, **A**bstand, **H**ygiene, **L**üften, **A**lltagsmasken

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



Orientierungshilfe Kontaktpersonenmanagement in der Herbst- und Wintersaison 2020/21

Adressat: Gesundheitsämter, Fachöffentlichkeit und Betroffene

Ziele

- Zeitnahe Aufklärung des Falls und Identifizierung der Kontaktpersonen mit hoher Ansteckungswahrscheinlichkeit
- Effiziente Unterbrechung von Infektionsketten und Eindämmung von Ausbrüchen
- Schnelle Erkennung und Isolierung von weiteren Fällen
- Ausbreitung im Zusammenhang mit Risikogruppen oder medizinischem Personal (z.B. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser) verhindern.

Prioritäre Aufgaben

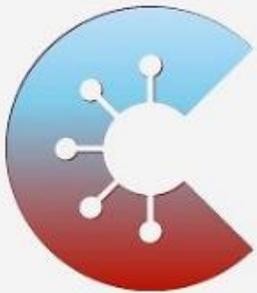
- Infektionsquelle identifizieren, zur frühen Erkennung von Ausbrüchen (Rückwärtsermittlung)
- Verbreitungsrisiko durch den Fall einschätzen (Vorwärtsermittlung)

Schritte

- Anordnung der Isolierung und Befragung des Falls und Dokumentation der Infektionsquelle und von Kontaktpersonen mit einem hohen Ansteckungsrisiko (Name, Kontaktdaten inkl. telefonischer Erreichbarkeit und E-Mail-Adresse)
- Triage durch das Gesundheitsamt (z.B. durch Containment-Scout):
 1. Cluster mit hohem Ausbreitungspotential bzw. im Umfeld von Risikogruppen (z.B. Altenpflegeheim, Krankenhaus) -> sofortige Ermittlung/Ausbruchsuntersuchung **durch das Gesundheitsamt**
 2. Geringes Ausbreitungspotential -> Information durch das Gesundheitsamt (ggfs. delegiert) zur Quarantäne an die Kontaktpersonen

Definition eines hohen Ansteckungsrisikos

- Abstand $< 1,5$ m für mehr als 15 min (insgesamt) ohne wirksame Schutzmaßnahmen (Alltagsmasken)
- Gemeinsamer Aufenthalt mit einem infektiösen Fall für mehr als 30 min in einem unzureichend **gelüfteten Raum**



DIE CORONA-WARN-APP:

UNTERSTÜTZT UNS IM KAMPF GEGEN CORONA.

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

Inhalt

Labor und Testung

03.11.2020

Corona-Tests: Labore warnen vor Überlastung

11:27 Uhr

Angesichts stark steigender Infektionszahlen warnen Labore vor einer Überlastung beim Auswerten von Corona-Tests. Die Testkapazität sei bundesweit erstmalig zu 100 Prozent ausgereizt, teilte der Verband der Akkreditierten Labore auf Basis von Daten aus 162 Laboren mit.

Bei Fortsetzung einer solchen Überflutung mit Proben oder einem möglichen Geräte- oder Personalausfall drohe ein Zusammenbruch der Versorgung. Nötig sei, die Testkapazitäten deutlich stärker auf besonders dringliche Fälle zu konzentrieren.

Verbandschef Michael Müller sprach von "gefährlichen und so nicht mehr akzeptablen Zuständen". Wie für die Kliniken brauche es auch für Labore Mechanismen gegen Überlastungsszenarien. "Denn in den Laboren werden auch alle anderen Untersuchungen für die allgemeine Versorgung der Bevölkerung durchgeführt. Bei weiterer Überlastung wird es schwer, leistungsfähig zu bleiben."

Der Verband kritisierte, immer noch würden zu viele PCR-Tests auch ohne Symptome gemacht und damit Personen mit sehr niedriger Priorität getestet.

03.11.2020

Spahn lehnt Corona-Schnelltests für alle ab

16:07 Uhr

Gesundheitsminister Jens Spahn lehnt den Einsatz von Corona-Schnelltests zum Durchtesten der gesamten Bevölkerung wie in der Slowakei ab. Bei 80 Millionen Einwohnern werde dies zu lange dauern und sei ohnehin nur eine Momentaufnahme, sagte er.

Auch Melanie Brinkmann, Arbeitsgruppenleiterin des Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung, sowie Michael Müller, Vorstandsvorsitzender des Vereins der Labormediziner ALM, lehnen eine Durchtestung der Gesamtbevölkerung ab. Brinkmann nannte dies eine Maßnahme der Verzweiflung in der Slowakei angesichts sehr hoher Corona-Infektionszahlen.

03.11.2020

RKI passt Kriterien für Corona-Tests an

13:50 Uhr

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat auf die Grenzen der Corona-Testmöglichkeiten in Deutschland hingewiesen. Je höher die Fallzahlen seien, desto schwieriger werde es, alle Menschen mit Erkältungssymptomen zu testen, sagte RKI-Vizechef Lars Schaade.

Nötig wären dann mehr als drei Millionen Tests pro Woche - dies sei weder nötig noch erforderlich. Deshalb habe das RKI die Empfehlungen an Ärzte hinsichtlich der Testkriterien angepasst, sagte Schaade. Faktoren seien etwa die Symptome, die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe und die Wahrscheinlichkeit, dem Coronavirus ausgesetzt gewesen zu sein.

Über die Lage in der Pandemie sagte Schaade: "Wir sind noch mitten im Marathon." Er appellierte an die Bürger, die Verhaltensregeln einzuhalten. Nähme die Fallzahl weiter so schnell zu wie zuletzt, gäbe es 400.000 Fälle pro Tag bis Weihnachten.

Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik: Anpassungen für die Herbst- und Wintersaison 2020/2021

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (Stand: 03.11.2020)

1. Hintergrund

Im Rahmen der Anpassung an die Herbst- und Wintersaison erscheint es geboten, die Testkriterien für SARS-CoV-2-Infektionen anzupassen, ... Ausgangsbasis sind die ... zu **erwartenden saisonalen Veränderungen der Symptomhäufigkeit**, insbesondere von akuten respiratorischen Erkrankungen (**ARE**). Die hier angepassten Testkriterien beziehen sich nur auf die **Testung von symptomatischen Personen**

Weiterhin ist für den Herbst ein höherer Bedarf an Testen, aufgrund der saisonal häufiger auftretenden symptomatischen **ARE, d.h. klinische Symptome wie akuter Pharyngitis, Bronchitis oder Pneumonie mit oder ohne Fieber**, insbesondere im Kindesalter zu erwarten. ...Weiterhin gilt, dass der Schutz von vulnerablen Gruppen und Risikopatienten eine besondere Priorität hat, und dass es Situationen gibt, z.B. Superspreading-Ereignisse, die in besonderer Weise in der Lage sind, die Inzidenz rasch zu erhöhen.

Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik: Anpassungen für die Herbst- und Wintersaison 2020/2021

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (Stand: 03.11.2020)

!.. Ziele

1. Senken der SARS-CoV-2-bedingten Mortalität, indem
 - Fälle mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf rechtzeitig erkannt und
 - Erkrankungen bei Kontaktpersonen zu vulnerablen Personen(gruppen) früh identifiziert werden,
2. Ausbrüche verhindern, früh zu erkennen und effektiv einzudämmen,
3. Fälle mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf rechtzeitig einer Therapie zuzuführen,
4. Erkrankungsfälle mit Kontakt zu vulnerablen Personen(-gruppen) früh zu identifizieren um deren Ansteckung zu verhindern,
5. Fälle mit verstärkter Exposition gegenüber einer größeren Anzahl weiterer Personen früh zu erkennen und
6. Verbreitung prospektiv verhindern

Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik: Anpassungen für die Herbst- und Wintersaison 2020/2021

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (Stand: 03.11.2020)

3 Testkriterien

...

Vulnerabilität der betroffenen Personen:

erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf

Enger Kontakt zu vulnerablen Gruppen/Risikogruppen (bspw. Familie, Beruf, Schule)

Klinische Symptomatik:

ARE: klinische Symptome wie **Husten, Schnupfen, mit oder ohne Fieber (> 38°C)** (10)
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns (Hypo- oder Anosmie bzw. Hypo- oder Ageusie)

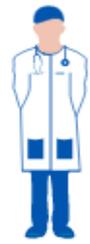
Expositionswahrscheinlichkeit:

Kontakt zu nachgewiesenen COVID-19 Fällen

Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit akuter ARE ungeklärter Ursache

Link zu einem bekannten Ausbruchsgeschehen

Rückkehr aus einem Risikogebiet oder Gebiet mit hoher lokaler Inzidenz (> 35/100.000)
weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen



COVID-19-Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen

Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte

Verdacht auf SARS-CoV-2-Infektion

- ▶ **Patient/-in:** Erhält einen Mund-Nasen-Schutz und wird separiert
- ▶ **Personal:** Trägt Schutzausrüstung gemäß Risikoabwägung www.rki.de/covid-19-hygiene

**BASIS-/HÄNDE-
HYGIENE
BEACHTEN**



Testkriterien



- 1** Schwere respiratorische Symptome (z. B. akute Bronchitis, Pneumonie, Atemnot oder Fieber)
ODER
- 2** Störung des Geruchs- und Geschmackssinns
ODER
- 3** Symptome und Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall ▶ **Verdachtsfall meldepflichtig!**
ODER
- 4** Verschlechterung des klinischen Bildes nach anhaltenden akuten respiratorischen Symptomen
ODER
- 5** Akute respiratorische Symptome jeder Schwere **UND**
 - ▶ Zugehörigkeit zu Risikogruppe **ODER**
 - ▶ Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus **ODER**
 - ▶ nach Exposition, bspw. Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln **ODER**
 - ▶ Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung (im Haushalt oder Cluster ungeklärter Ursache **UND** 7-Tages-Inzidenz > 35/100.000) **ODER**
 - ▶ während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen **ODER**
 - ▶ weiterhin (prospektiv) enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

www.rki.de/covid-19-testkriterien

Testkriterium erfüllt

Testkriterien nicht erfüllt,
keine SARS-CoV-2-Testung

Ambulantes Management möglich?



Schwere der Erkrankung? Risikofaktoren?
Umfeld?

www.rki.de/covid-19-ambulant

Maßnahmen bei sonstigen akuten respiratorischen Symptomen

Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt

- ▶ AHA+L-Regeln empfehlen
- ▶ Kontaktreduktion
- ▶ Häusliche Isolierung für 5 Tage UND mindestens 48 Std. Symptomfreiheit (insbesondere ab 7-Tages-Inzidenz von 35/100.000)

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-/Oropharyngeal-
abstrich und Sputum/Trachealsekret/BAL;
ggf. Serum-Asservierung für AK-Nachweis

www.rki.de/covid-19-diagnostik



Ambulante Betreuung

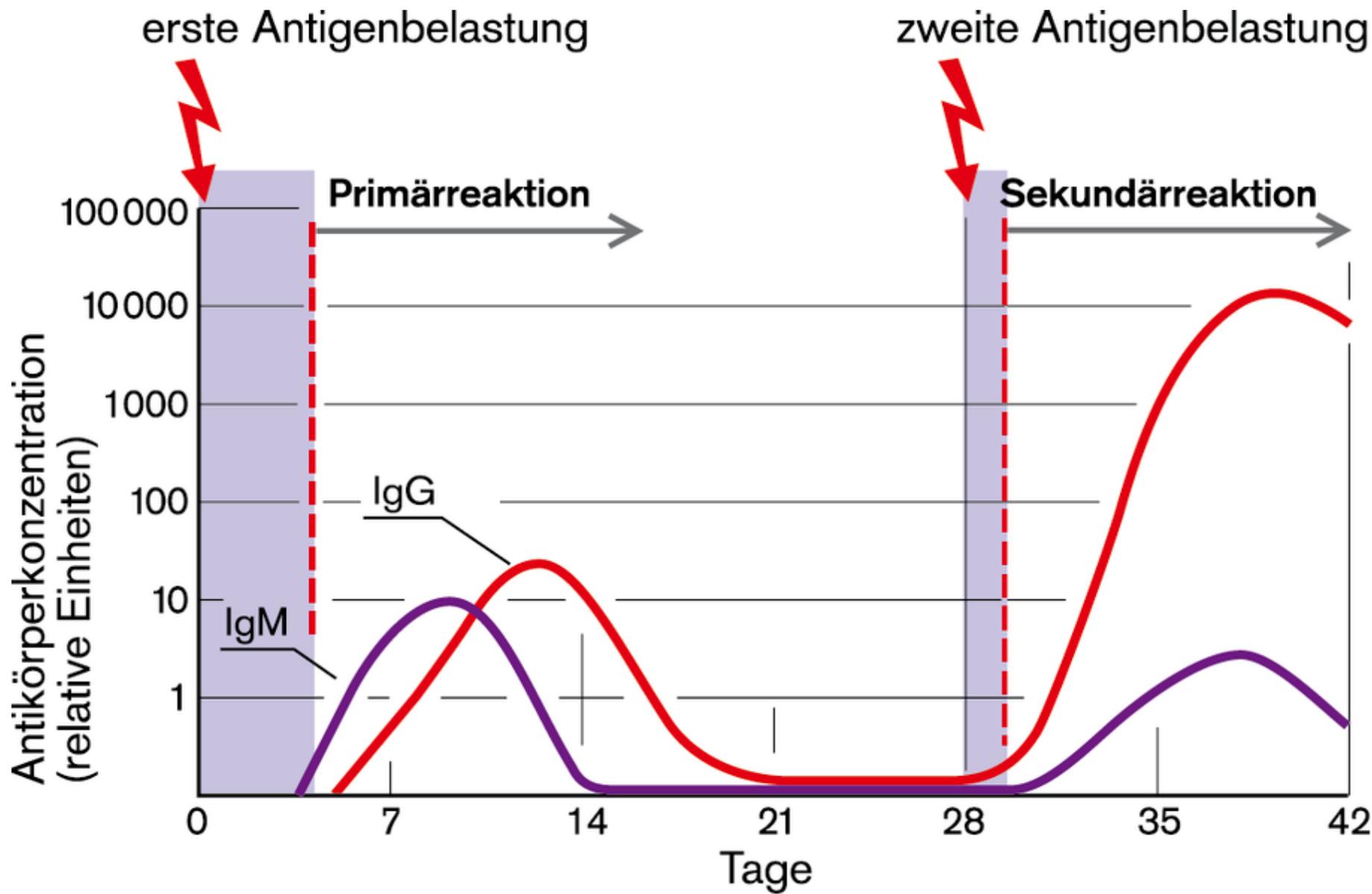
Kontaktreduktion und Verbleib im häuslichen
Umfeld bis Befundeingang; weiterführende
Informationen siehe

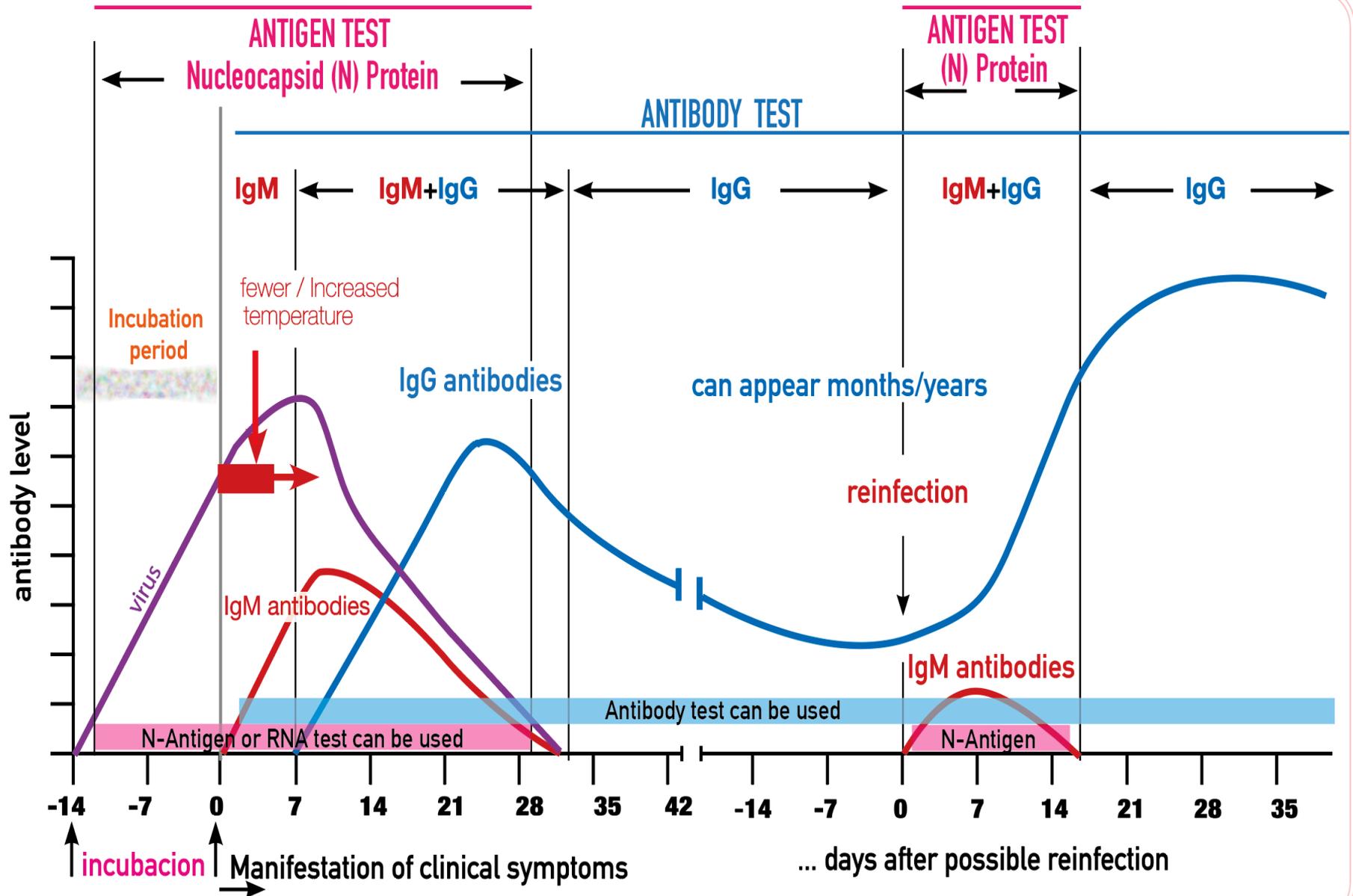
www.rki.de/covid-19-ambulant



Bei laborbestätigtem COVID-19-Fall

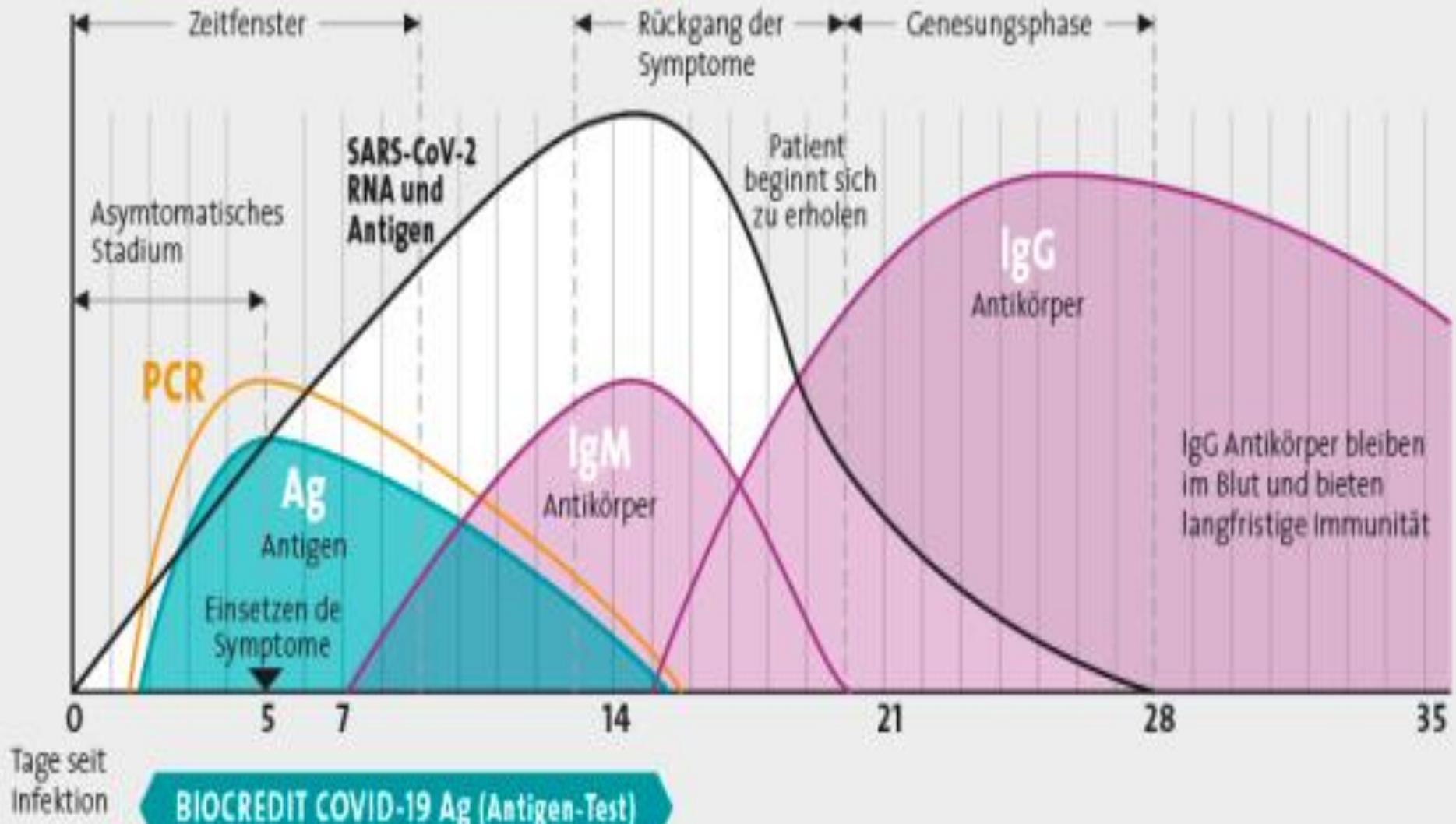
Meldung an zuständiges Gesundheitsamt
Gesundheitsamt via PLZ suchen: <https://tools.rki.de/PLZTool/>





*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



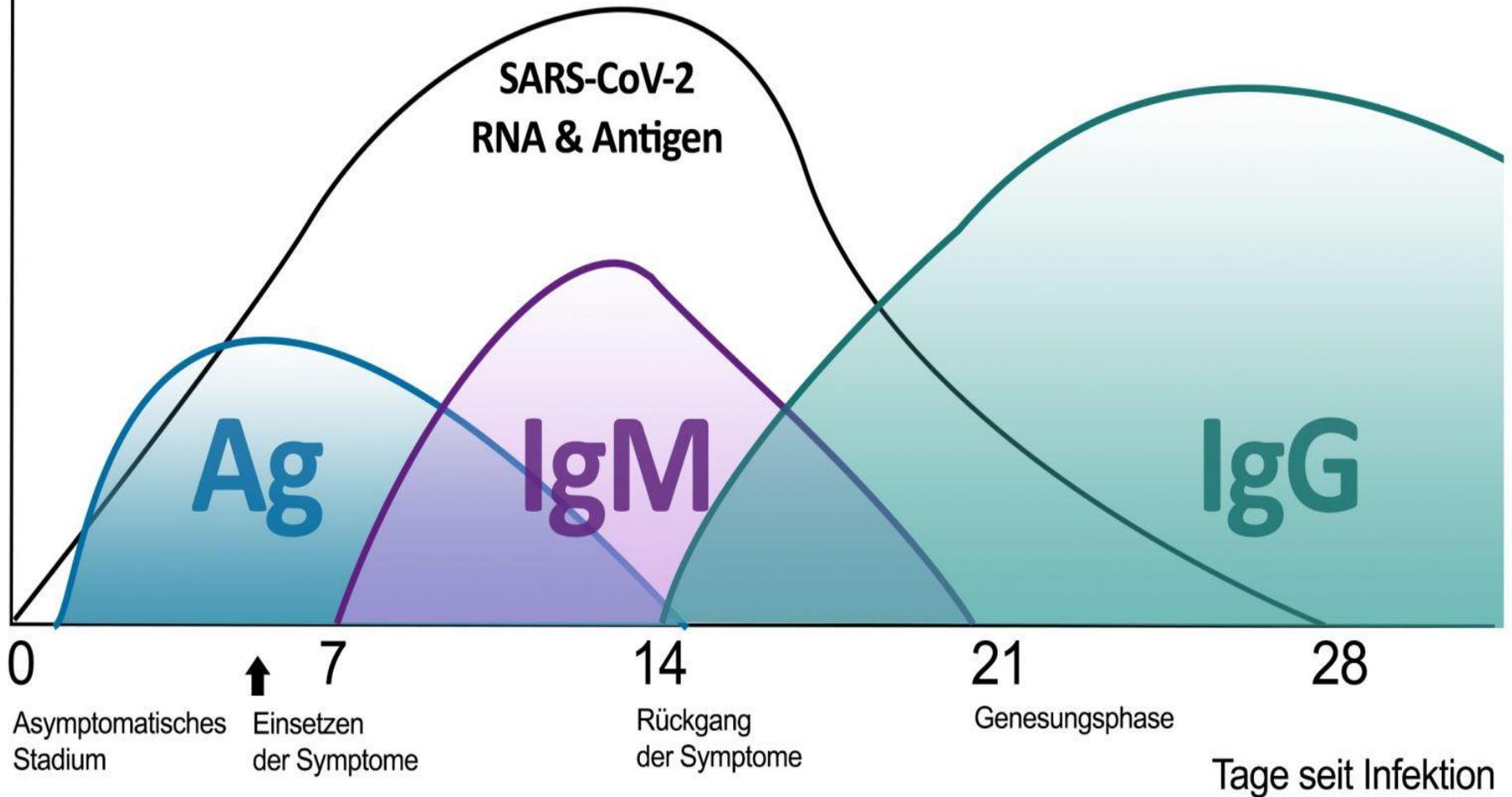
BIOCREDIT COVID-19 Ag (Antigen-Test)

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



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 Personen¹

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

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

Patienten/ Bewohner/ Betreute

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)

Grundsätzlich gilt:

1) Erweiterte Basishygiene

2) Symptom-Monitoring

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

 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

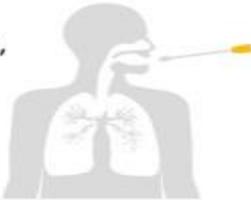
K = Krankenbehandlung

KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz

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

Wie der Coronavirus-Test funktioniert

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

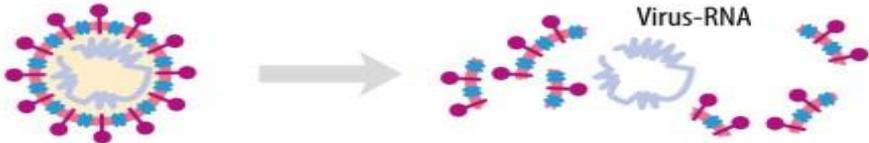


2 Arzt macht für Probe tiefen Rachenabstrich und ggf. tiefen Nasenabstrich.

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.

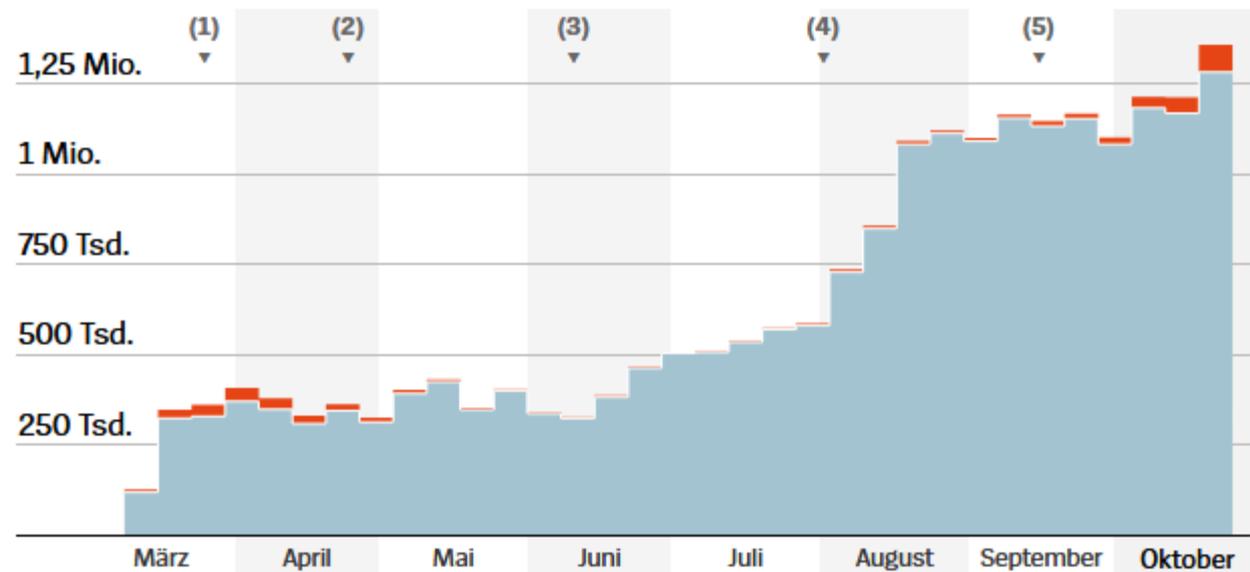
Labor informiert Arzt und Gesundheitsamt

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

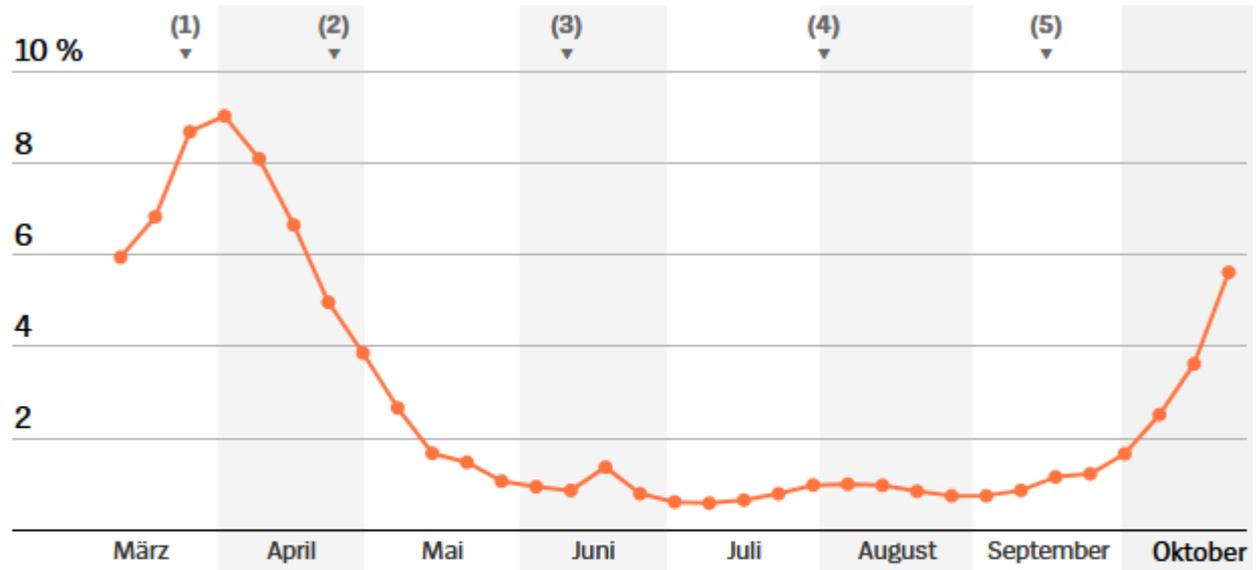
(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer

(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

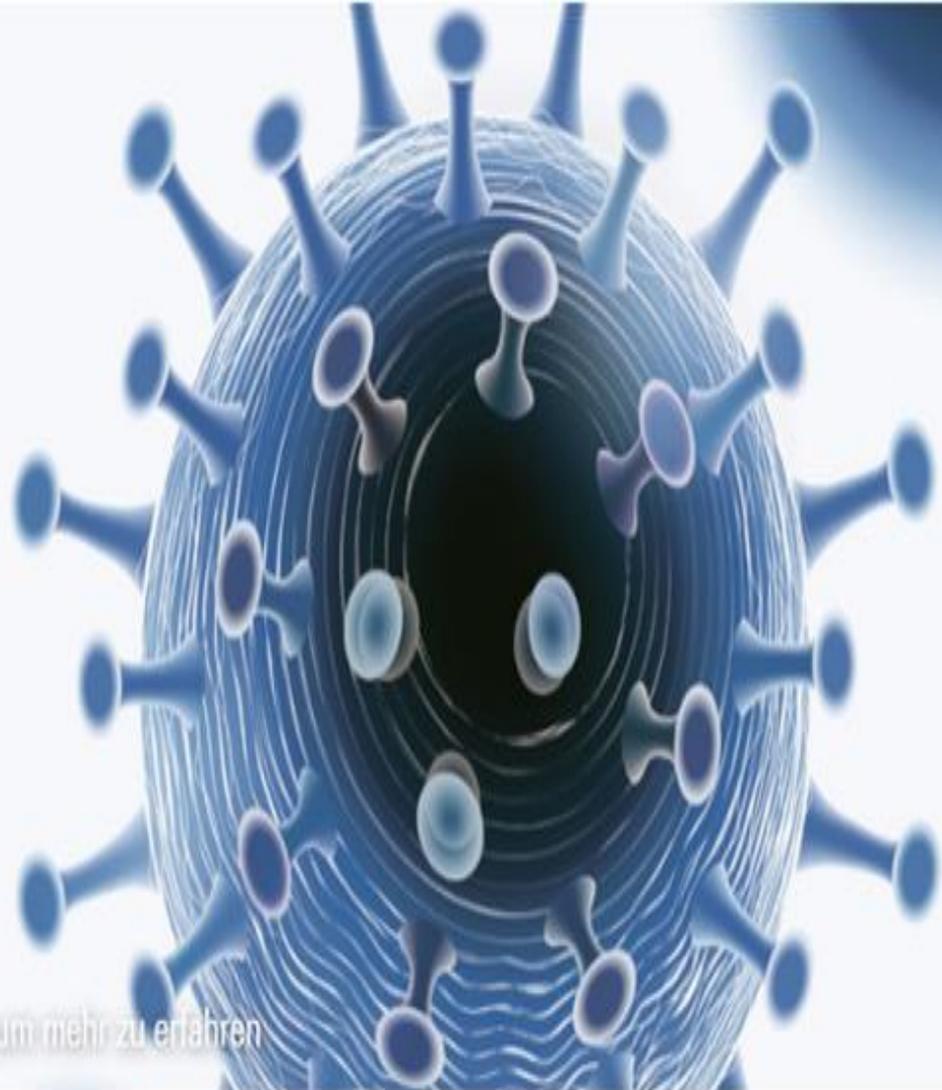
(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer

(5) 15.09.: Ende der kostenlosen Tests

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



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



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/>



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-Nasenschutz 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 ggf. diagnostischen Kriterien in Absprache mit Gesundheitsamt siehe

www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



Strategie-Ergänzung bei Auftreten von akuten Atemwegserkrankungen im Winterhalbjahr während der COVID-19-Pandemie

3.11.2020

Wieso man sich bei akuten Atemwegserkrankungen für wenigstens 5 Tage zu Hause auszukurieren sollte

Seit dem 19.10.2020 können sich Personen mit Atemwegserkrankungen wieder telefonisch bei ihrer Ärztin krankschreiben lassen. Fünf (bis 7) Tage zuhause zu bleiben bis die akuten Symptome abklingen und sich auszukurieren ist medizinisch für die Heilung sinnvoll auch wenn keine zusätzliche ärztliche Behandlung erforderlich ist. Die meisten Patienten mit Atemwegserkrankungen sind mit eher ungefährlichen respiratorischen Viren infiziert, und können sich so gut zu Hause auskurieren. Allerdings sind die meisten dieser Viren (Influenzaviren, Rhinoviren, RS-Viren, etc.) auch wenn sie häufig nur leichte Symptome auslösen, sehr gut auf andere Personen übertragbar. Diese Viren - insbesondere die Influenza-Viren - können bei Risikogruppen auch zu schweren Erkrankungen führen. Mit Influenza infizieren sich jährlich zwischen 5% und 20% der Bevölkerung (1), einige der Patienten müssen ins Krankenhaus. In der Saison 2018/19 wurden 40.000 Labor-bestätigte Influenzafälle im Krankenhaus behandelt (2). Durch eine 5- bis 7-tägige Genesungszeit zuhause wird verhindert, dass diese Patienten in vollen Wartezimmern andere Personen anstecken. Es wird aber auch weitgehend verhindert, dass sie z.B. in ihrem Arbeitsumfeld oder in der Schule andere Kollegen, Mitschüler, etc. anstecken. Solche Ansteckungen könnten dann leicht zu einem Herd- oder Clustergeschehen führen, also zu einer Häufung von Erkrankungen. Dessen Ursache müsste in der aktuellen COVID-19 Pandemie untersucht und von SARS-CoV-2 abgegrenzt werden. Dies würde wichtige Ressourcen der Gesundheitsämter binden.

Die Verhinderung einer kollektiven Belastung durch die Schließung von Schulen und Kitas bei Ausbrüchen von ARE überwiegt dabei die individuelle Belastung von Eltern/Betreuungspersonen insbesondere bei mehrfachen ARE von Kindern und Jugendlichen (0-4 Jahre Interquartilsbereich bei Kleinkindern 4-8 Erkrankungen pro Jahr, 5-14 Jahre 2-4 Erkrankungen pro Jahr (3)). Es erscheint realistisch anzunehmen, dass die durchschnittliche Frequenz von respiratorischen Infektionen insbesondere auch bei Kleinkindern deutlich zu reduzieren wäre, wenn sich alle Altersgruppen an diese Empfehlung halten. Zudem könnte die Zahl von Ausbrüchen in Kitas und Schulen reduziert werden, wodurch sich die Abwesenheit durch Quarantäne verringern würde.

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts - basierend auf den Daten des GrippeWeb - erkranken aktuell pro Woche ca. 3,3 Millionen Personen und haben Symptome von akuten Atemwegserkrankungen. Auch wenn es momentan noch selten vorkommt, wird immer ein kleiner Teil dieser Patienten mit SARS-CoV-2 infiziert sein. Da sich die Symptome von COVID-19 von Patient zu Patient extrem unterscheiden können, ist es unmöglich, alleine aufgrund der Symptome COVID-19 ein- oder auszuschließen. Zum Beispiel schließt das Ausbleiben von Fieber COVID-19 keinesfalls aus. Wenn also Personen mit leichten Atemwegserkrankungen jeglicher Art ihre Erkrankung für 5 (bis 7) Tage zu Hause auszukurieren, dann hat das auch einen positiven Nebeneffekt. Denn diese unerkannten Patienten mit COVID-19 reduzieren so während einem Großteil der Phase, in der sie ansteckend sind, ihre Kontakte und damit die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Virus weitergeben.

Strategie-Ergänzung bei Auftreten von akuten Atemwegserkrankungen im Winterhalbjahr während der COVID-19-Pandemie

3.11.2020

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts - basierend auf den Daten des GrippeWeb - erkranken aktuell pro Woche ca. 3,3 Millionen Personen und haben Symptome von akuten Atemwegserkrankungen. Auch wenn es momentan noch selten vorkommt, wird immer ein kleiner Teil dieser Patienten mit SARS-CoV-2 infiziert sein. Da sich die Symptome von COVID-19 von Patient zu Patient extrem unterscheiden können, ist es unmöglich, alleine aufgrund der Symptome COVID-19 ein- oder auszuschließen. Zum Beispiel schließt das Ausbleiben von Fieber COVID-19 keinesfalls aus. Wenn also Personen mit leichten Atemwegserkrankungen jeglicher Art ihre Erkrankung für 5 (bis 7) Tage zu Hause auszukurieren, dann hat das auch einen positiven Nebeneffekt. Denn diese unerkannten Patienten mit COVID-19 reduzieren so während einem Großteil der Phase, in der sie ansteckend sind, ihre Kontakte und damit die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Virus weitergeben.

Eine 100%ige Identifizierung aller COVID-19-Patienten würde erfordern, dass wöchentlich mehrere Millionen Menschen getestet werden, dies ist nicht möglich und auch nicht notwendig, wenn alle Menschen mit Atemwegserkrankungen so vorgehen, wie oben beschrieben. Es ist viel sinnvoller, die Testkapazität auf diejenigen Personen zu fokussieren, die aus medizinischen oder epidemiologischen Gründen getestet werden sollten.

Inhalt

Medizinische Versorgung

Ambulante Versorgung

Klinische Versorgung

Im Krankenhaus

Stationäre Behandlung

Supportive Maßnahmen entsprechend Schwere der Erkrankung

Empfehlungen zur medikamentösen Therapie 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/desinfektionsmittelliste
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 dem Krankenhaus

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

www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien



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 $\geq 30/\text{min}$	
■ 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/desinfektionsmittelliste
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

03.11.2020

Intensivmediziner: Mehr Junge schwer an Corona erkrankt

09:53 Uhr

Der Direktor der Intensivmedizin am Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE), Stefan Kluge, berichtet von immer mehr jungen Corona-Patienten auf der Intensivstation. Anders als bei der ersten Welle der Virusausbreitung im Frühjahr seien dieses Mal viele Jüngere betroffen, sagte der Professor am Dienstag dem Radiosender Bayern 2.

"Wir betreuen mehrere Patienten deutlich unter 50 Jahren und teilweise ohne Vorerkrankungen." Kluge, der auch Präsidiumsmitglied der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ist, wies darauf hin, dass die Entwicklung bei der Zahl der Intensivpatienten der der Infizierten um mehrere Tage hinterherläuft: "In wenigen Tagen werden wir, was die Zahl der Krankenhauspatienten angeht, die erste Welle übertreffen. Und das ist besorgniserregend."

Intensivpatienten: Höchstzahl aus April in einigen Wochen übertroffen

aerzteblatt.de

Montag, 2. November 2020

Berlin/München – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erwartet angesichts der deutlich gestiegenen Coronainfektionszahlen einen Rekord bei den intensivmedizinisch versorgten Patienten in Deutschland.

In zwei bis drei Wochen werde die Höchstzahl der Intensivpatienten vom April übertroffen werden, dies lasse sich gar nicht mehr verhindern, sagte DKG-Präsident Gerald Gaß der *Bild*. „Wer bei uns in drei Wochen ins Krankenhaus eingeliefert wird, ist heute schon infiziert.“

Gaß kündigte an, dass Pflegepersonal aus nicht-intensivmedizinischen Bereichen auf den Intensivstationen eingesetzt werden solle. Dies sei „natürlich nicht optimal, aber in einer solchen Ausnahmesituation zu rechtfertigen“.

Die Zahl der COVID-19-Patienten, die auf Intensivstationen in Bayern beatmet werden, hat sich zum Beispiel nach Angaben der Bayerischen Krankenhausgesellschaft innerhalb eines Monats mehr als vervierfacht. „Derzeit werden 224 COVID-19-Patienten auf einer Intensivstation beatmet“, sagte der Geschäftsführer der Gesellschaft, Siegfried Hasenbein. „Am 1. Oktober waren es 51.“

Die bayerischen Krankenhäuser seien zwar „noch ein gutes Stück“ von einer Überlastung entfernt. „Aber das ist natürlich eine besorgniserregende Entwicklung“, so Hasenbein. Insgesamt seien derzeit 1.300 nachweislich mit dem Coronavirus infizierte Patienten in einem bayerischen Krankenhaus, 245 von ihnen auf der Intensivstation.

03.11.2020

Schweiz: Intensivstationen vor Engpass

15:26 Uhr

In der Schweiz droht angesichts der weiterhin stark steigenden Zahl von Ansteckungen ein Engpass auf den Intensivstationen der Krankenhäuser. Wenn sich die Fallzahlen so weiterentwickelten wie bisher, könnte es sein, dass die Auslastung dort in fünf Tagen erreicht werde, sagte Virginie Masserey, Leiterin des Bereichs Infektionskontrolle im Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Momentan widerspiegle sich das zuletzt verlangsamte Wachstum bei den Neuinfektionen bei den Krankenhauseinweisungen und Todesfällen noch nicht. Die Regierung in Bern hatte wegen der rasant zunehmenden Infektionen jüngst neue Beschränkungen für des öffentliche Leben erlassen.

Österreich: Ohne Corona-Trendwende Problem auf Intensivstationen

02.11.2020 10:28 Uhr

Ohne eine Trendwende bei den Corona-Neuinfektionen steuert Österreich nach den Worten des Gesundheitsministers Rudolf Anschober auf eine baldige Überlastung des Gesundheitssystems zu. Mit einer kritischen Lage wäre dann in der zweiten Novemberhälfte zu rechnen, erklärte Anschober. Binnen einer Woche sei die Anzahl der mit Covid-19-Patienten belegten Intensivbetten um 78 Prozent gestiegen. Daher sei es notwendig, dass sich die Bevölkerung strikt an die neuen Maßnahmen im teilweisen Lockdown halte.

Lage auf Intensivstationen

Warnung vor Engpässen in Kliniken

Stand: 02.11.2020 10:23 Uhr

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet angesichts der deutlich gestiegenen Coronavirus-Zahlen einen neuen Höchststand an Intensivpatienten. Auch Intensivmediziner sehen die Entwicklung mit Sorge.

Der Chef der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, rechnet mit einem neuen Höchststand an Intensivpatienten in Deutschland während der Corona-Pandemie. "In zwei bis drei Wochen werden wir die Höchstzahl der Intensivpatienten aus dem April übertreffen - und das können wir gar nicht mehr verhindern. Wer bei uns in drei Wochen ins Krankenhaus eingeliefert wird, ist heute schon infiziert", sagte er der "Bild"-Zeitung.

Zudem kündigte er an, auch Pflegepersonal aus nicht-intensivmedizinischen Bereichen auf den Intensivstationen einzusetzen. "Das ist natürlich nicht optimal, aber in einer solchen Ausnahmesituation zu rechtfertigen", so Gaß.

Hans warnt vor Triage

Ungeachtet dieser Ankündigung treibt manchen Politiker die Sorge um, dass nicht genügend Personal für Covid-19-Patienten zur Verfügung stehen könnte. Der saarländische Ministerpräsident Tobias Hans befürchtet ein Zusammenbrechen des Gesundheitssystems. "Die Situation ist erschreckend und alarmierend: Schon bald kann es zu einem Kollaps in vielen der 1900 Krankenhäuser in Deutschland kommen", sagte er der "Bild am Sonntag".

Gerade jetzt, wo in der zweiten Corona-Welle jeder Intensiv- und Beatmungsplatz dringend benötigt werde, würden Kliniken aus der Versorgung fallen, Stationen geschlossen und Notaufnahmen abgemeldet. "Grund ist fehlendes oder erkranktes Pflegepersonal", so Hans. "Es drohen eine Triage und italienische Verhältnisse, wenn wir nicht jetzt auch hier gegensteuern."

03.11.2020

Fehler im DIVI-Register?

06:30 Uhr

Die Angaben der Kliniken zur Zahl belegbarer Intensivbetten sind offenbar nicht immer korrekt. Hinweise und Stichproben zeigten, dass mitunter auch Betten als frei gemeldet würden, für die gar kein Pflegepersonal verfügbar sei, sagte DIVI-Präsident Uwe Janssens der dpa. Das Ausmaß der fehlerhaften Meldungen sei unklar.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) erfasst die Zahl der Intensivbetten zentral. Krankenhäuser sind seit dem Frühjahr verpflichtet, die Zahl belegbarer Intensivbetten täglich an die DIVI zu melden.

Dabei zählt ausdrücklich die Zahl der Betten, für die ausreichend Intensivkräfte für die Betreuung und Behandlung zur Verfügung stehen. Janssens will sich um 12.30 Uhr in Berlin mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und mehreren Experten zum weiteren Vorgehen in der Corona-Pandemie äußern.

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.

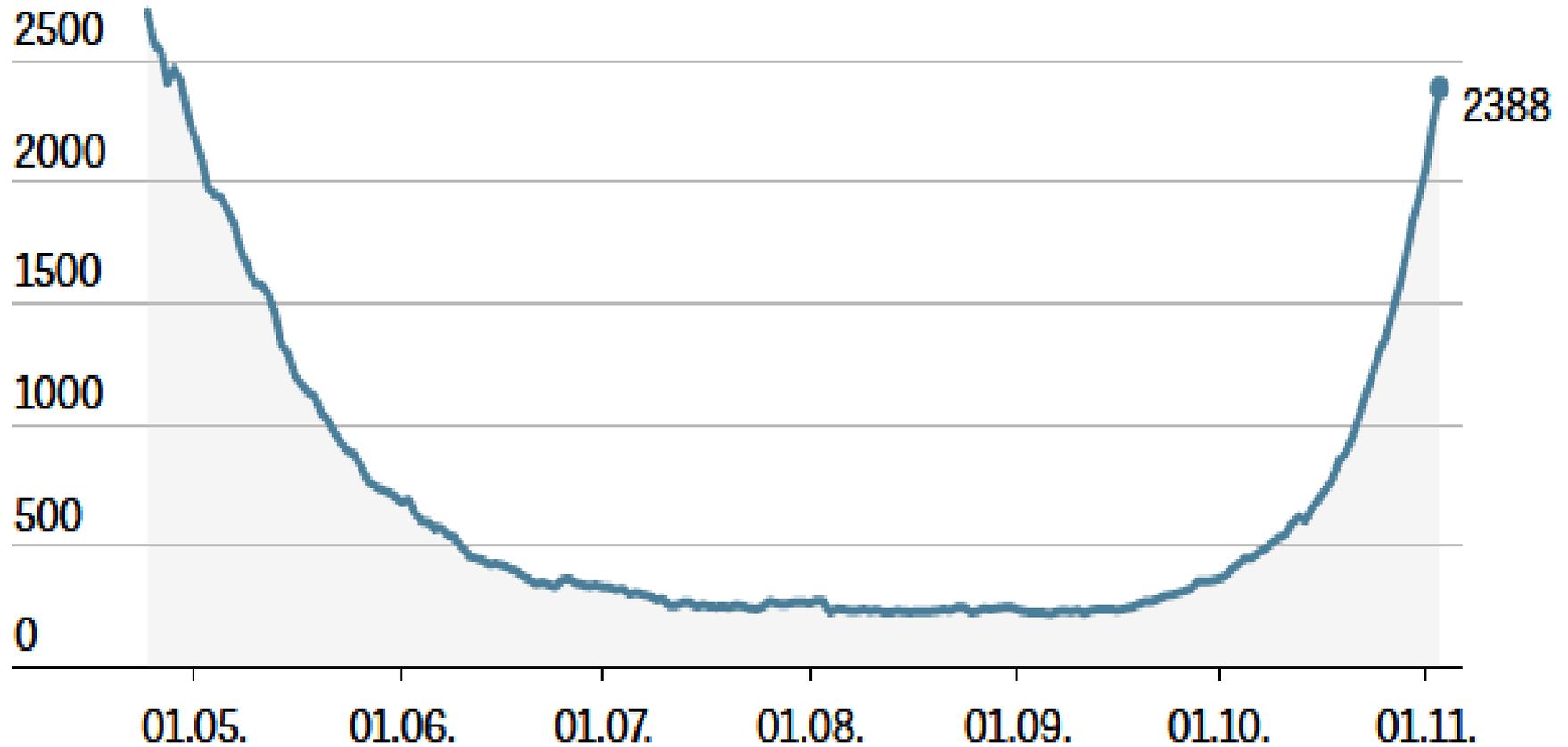
Mit Stand 02.11.2020 (12:15 Uhr) beteiligen sich **1.283** Klinikstandorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden **28.814** Intensivbetten registriert, wovon **20.921 (73%)** belegt sind; **7.893 (27%)** Betten sind aktuell frei. Im Rahmen des DIVI-Intensivregisters wird außerdem die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle erfasst (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (02.11.2020, 12:15 Uhr)

	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortag*
In intensivmedizinischer Behandlung	2.243		+182
- davon invasiv beatmet	1.167	52%	+81
Abgeschlossene Behandlung	21.324		+273
- davon verstorben	4.813	23%	+61

* 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.

Zahl der Corona-Patienten in Intensivbehandlung

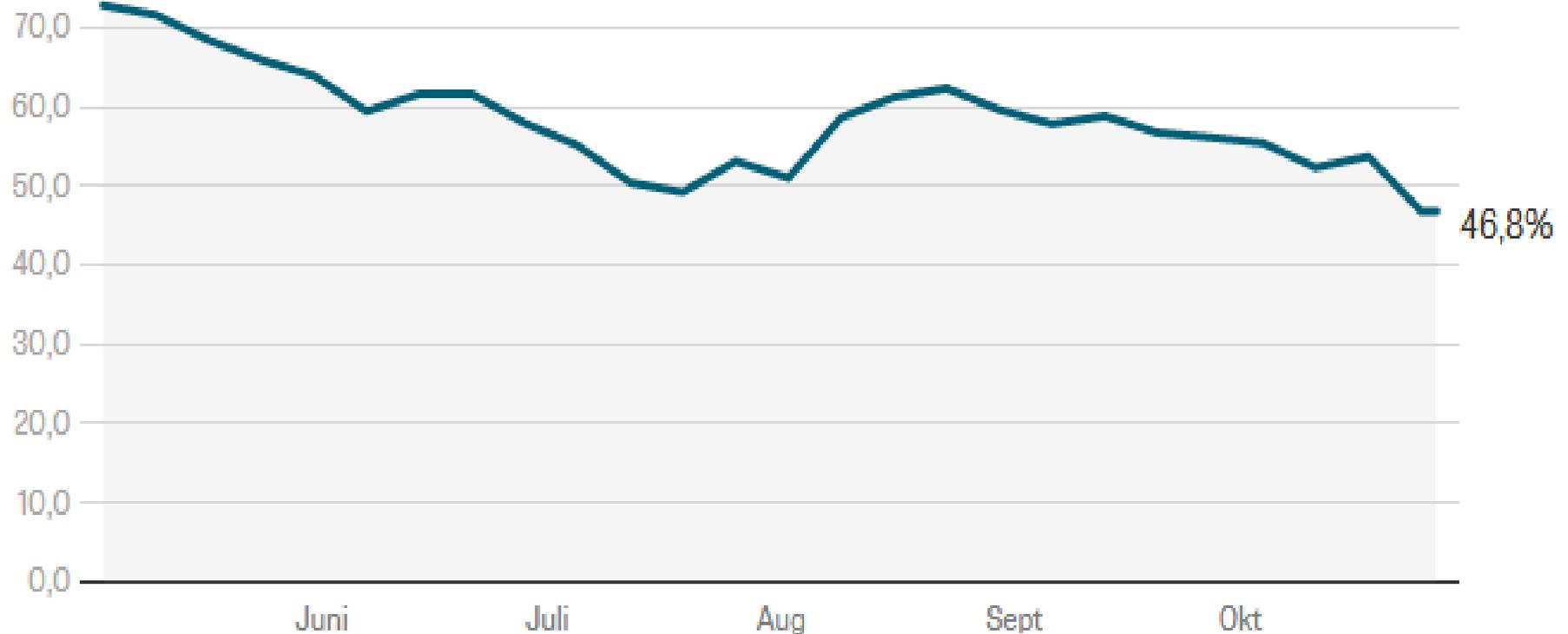


Quelle: [DIVI-Intensivregister](#) (Stand 03.11.2020, 12.15 Uhr)

DER SPIEGEL

Die Hälfte der Covid-19-Intensivpatienten wird beatmet

Das Durchschnittsalter der Erkrankten war im Frühjahr wesentlich höher und es kam häufiger zu besonders schweren Krankheitsverläufen.



Stand: 27. Oktober 2020

Quelle: DIVI-Intensivregister

02.11.2020

Drosten erklärt Corona-Maßnahmen mit Vermeiden der Triage

02.11.2020 13:32 Uhr

In der Debatte über die Corona-Maßnahmen hat der Virologe Christian Drosten an die schwierigen Entscheidungen von Ärzten im Fall einer Überlastung der Intensivstationen erinnert. In einem Vortrag erläuterte er das Vorgehen namens Triage, mit dem Patienten im Extremfall sortiert werden.

Man habe zum Beispiel einen alten Covid-19-Patienten, der seit einer Woche auf der Intensivstation beatmet werde, mit einer Überlebenschance zwischen 30 und 60 Prozent. Und dann komme ein 35-jähriger Vater dreier Kinder mit einem schweren Covid-19-Verlauf. Der jüngere Patient müsse dringend an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden, sonst sei er übermorgen tot - das wisse man als Intensivmediziner, sagte Drosten bei einer Veranstaltung in Meppen am Freitagabend. "Was machen Sie? Sie müssen einen der älteren Patienten abmachen. Das ist, was Triage bedeutet", sagte Drosten. "Und aus diesem Grund hat die Bundesregierung beschlossen, in diese Maßnahmen einzutreten, die wir jetzt haben."

Das Wort Triage stammt vom französischen Verb "trier", was "sortieren" oder "aussuchen" bedeutet. Das System kommt aus der Militärmedizin: Ende des 18. Jahrhunderts fanden sich im "Königlich-Preußischen Feldlazareth-Reglement" erste Angaben, wie Verwundete nach Schweregraden eingeteilt werden sollten.

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.

Inhalt

Reinigung/ Desinfektion

Reinigung und Desinfektion

- ▶ Reinigen Sie häufig berührte Oberflächen (Nachtische, 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

