Aktuelle Information über Coronavirus

2020-05-07

Klaus Friedrich

Hinweis I

*Nachdem die Erwartungen an dieses regelmäßige Lagebild sehr unterschiedlich erscheinen, erlaube ich mir folgenden **Hinweis**:*

*Mein Auftrag und Ziel ist es, **sachliche Informationen zu sammeln** und zu prüfen, ob sie einer **wissenschaftlichen Betrachtung** standhalten würden und **zur Verfügung zu stellen**.*

*Der Leserkreis ist sehr heterogen und reicht bis zu medizinischem Fachpersonal , die hier auch **medizinische Informationen** erwarten.*

*Da meinerseits **keine Bewertung, keine Interpretation und v.a. keine Panikmache** erfolgt, es für manche Leser zu viel, für andere gerade ausreichend oder genügend ist, erwarte ich vom Leser eine **intellektuelle Compliance** im Umgang mit diesen Daten.*

*Für **Rückfragen** stehe ich natürlich persönlich gerne zur Verfügung.*

Inhalt

1. Zahlen und Fakten (Folie 4 ff)
2. Strategie (Folie 25 ff)
3. Labor und Testung (Folie 42 ff)
4. Pharmakologie (Folie 52 ff)
5. Medizinische Versorgung (Ambulant (Folie 58 ff), Kliniken (Folie 61 ff), Intensiv (Folie 64 ff)
6. Masken (Folie 74 ff)
7. Reinigung und Desinfektion (Folie 77 ff)
8. Sonstiges (Folie 85 ff)

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Pharmakologie
4. Medizinische Versorgung
5. Masken
6. Reinigung und Desinfektion
7. Sonstiges

Coronavirus disease (COVID-19)

Situation Report – 106

Data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 5 May 2020

This report has been reformatted to improve accessibility for persons with visual impairment.

Highlights

Every year on May 5 we celebrate **Hand Hygiene Day** to mobilize people around the world to increase adherence to hand hygiene practices in healthcare facilities. In his **media briefing**, the Director-General reminded us that 'around the world, fewer than two-thirds of healthcare facilities are equipped with hand hygiene stations, and 3 billion people lack soap and water at home'. Dr Poonam Khetrapal Singh, WHO Regional Director for South-East Asia, said that '**Effective infection prevention and control measures, including hand hygiene, are crucial to ensuring health facilities do not become hubs of COVID-19 transmission**'.

A **WHO COVID-19 mission has arrived in Tajikistan** to support the country's response to the pandemic.

Today also marks the **International Day of the Midwife**. Midwives provide life-saving services to pregnant women, ensuring healthy outcomes for women and their babies. As the Director-General said in his media briefing, '**They're risking their lives to give life to others.**' WHO Regional Office for Europe has released a news article of the **experiences of a midwife in Italy**.

Yesterday leaders from 40 countries around the world came together to support the **Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator**, a WHO initiative to support the development, production and equitable distribution of vaccines, diagnostics and therapeutics against COVID-19. Some €7.4 billion were pledged, in what the Director-General described as a '**powerful and inspiring demonstration of global solidarity**'.

Situation in numbers (by WHO Region)

Total (new cases in last 24 hours)

Globally	3 517 345 cases (81 454)	243 401 deaths (3797)
Africa	32 570 cases (2036)	1112 deaths (27)
Americas	1 477 447 cases (43 691)	79 590 deaths (1763)
Eastern Mediterranean	213 376 cases (7077)	8115 deaths (144)
Europe	1 566 684 cases (22 539)	145 602 deaths (1615)
South-East Asia	72 688 cases (5015)	2682 deaths (219)
Western Pacific	153 868 cases (1096)	6287 deaths (29)

World Health Organization

Coronavirus disease (COVID-19)

Situation Report – 107

Data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 6 May 2020

This report has been reformatted to improve accessibility for persons with visual impairment.

Highlights

It has been **20 years since the inception of the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)**, a close WHO partner which has responded to emergencies in 85 different countries, including the COVID-19 pandemic.

The WHO Regional Director for the Americas, Dr. Carissa F. Etienne, warned that reducing social distancing measures "**too soon could accelerate the spread of the virus and open the door for a dramatic upsurge or for spread to adjacent areas**".

In the **'Subject in Focus'**, we provide details on a webinar that WHO hosted yesterday to find out more about how young people are contributing to the COVID-19 response and how they see their future in a post-pandemic world.

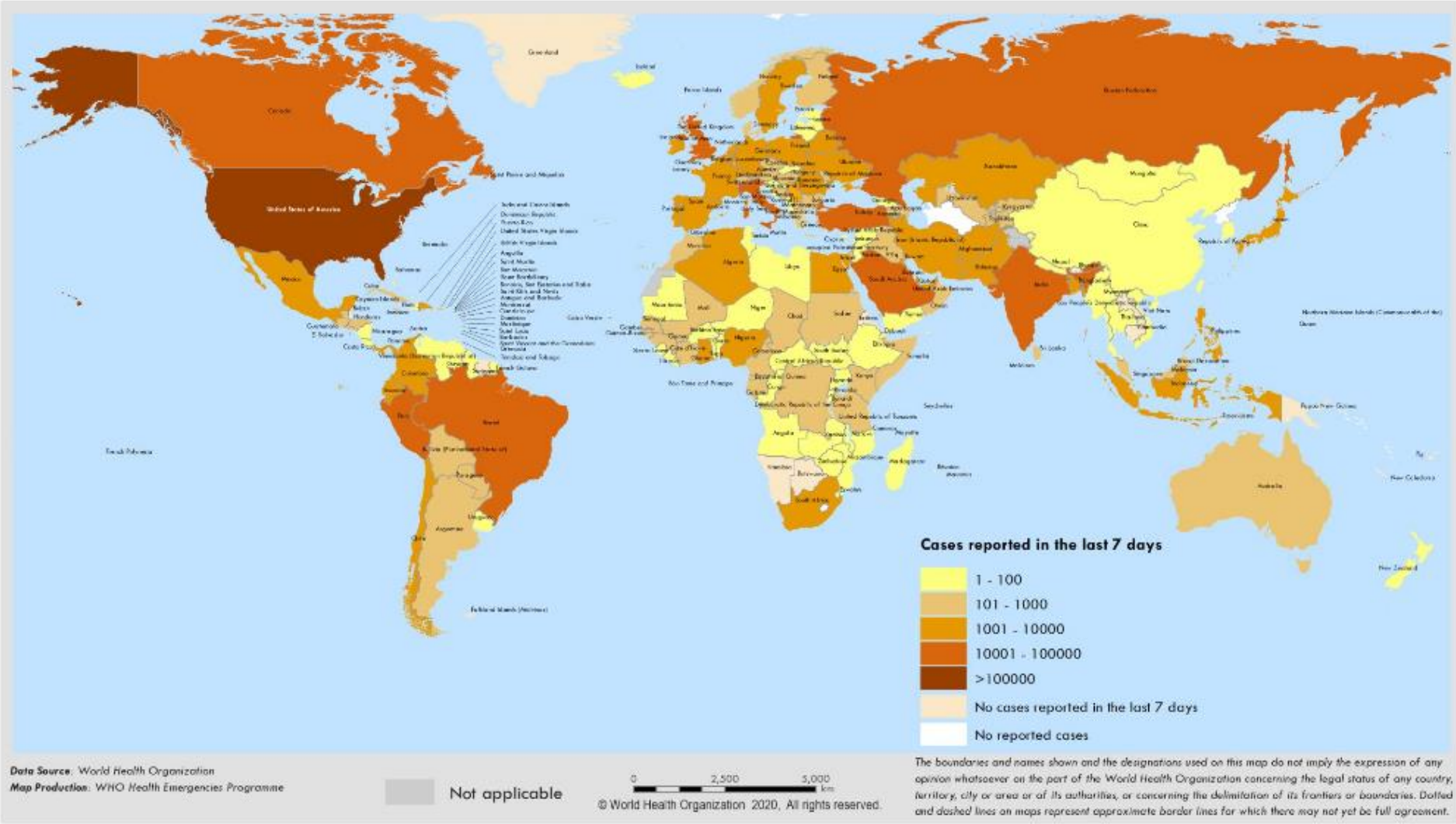
Situation in numbers (by WHO Region)

Total (new cases in last 24 hours)

Globally	3 588 773 cases (71 463)	247 503 deaths (4102)
Africa	33 973 cases (1403)	1202 deaths (90)
Americas	1 507 148 cases (29 701)	81 070 deaths (1480)
Eastern Mediterranean	221 230 cases (7854)	8290 deaths (175)
Europe	1 593 828 cases (27 179)	147 780 deaths (2178)
South-East Asia	76 998 cases (4310)	2821 deaths (139)
Western Pacific	154 884 cases (1016)	6327 deaths (40)

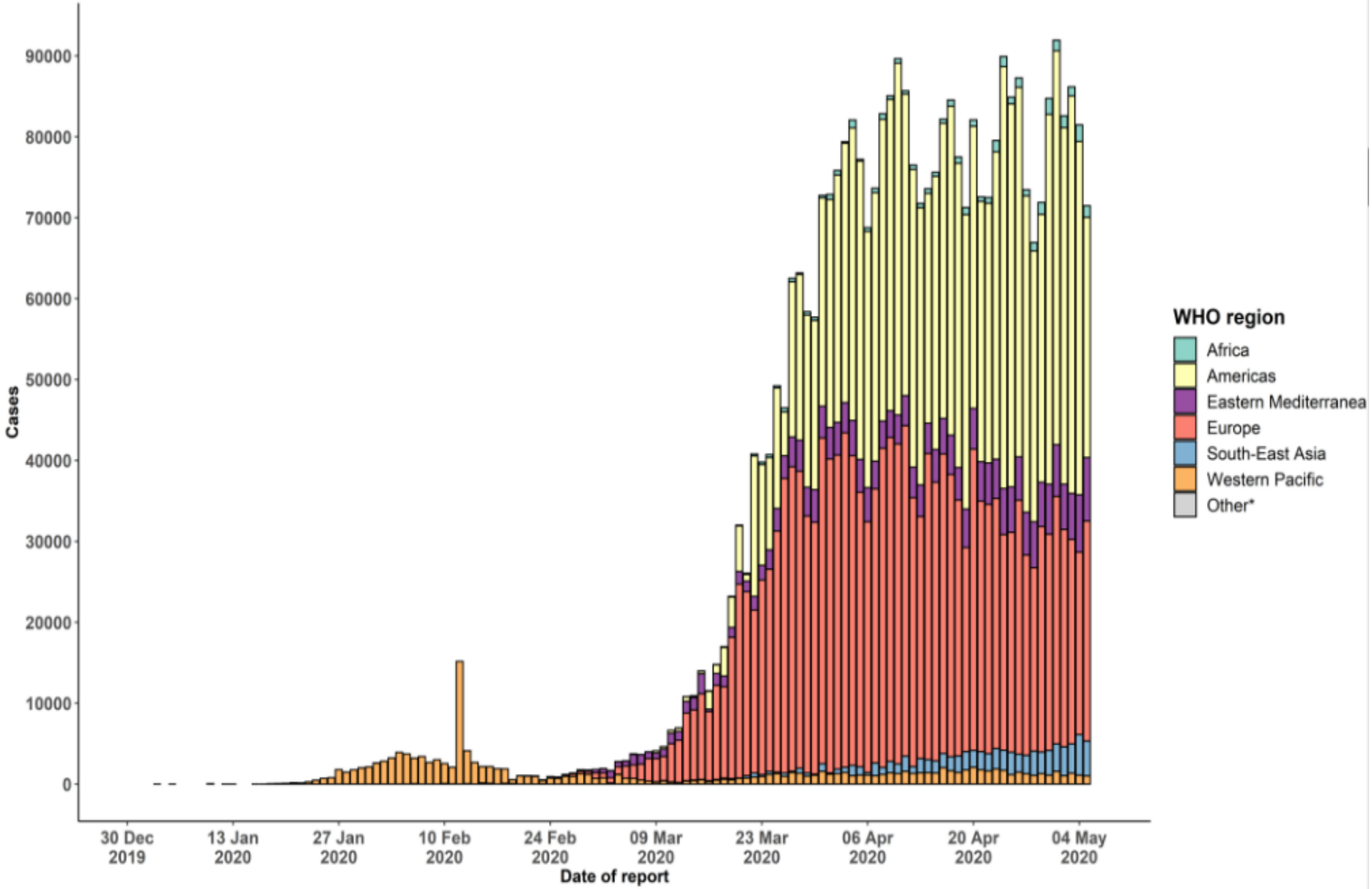
Surveillance

Figure 1. Number of confirmed COVID-19 cases reported in the last seven days by country, territory or area, 30 April to 6 May**



***See Annex 1 for data, table and figure notes.*

Figure 2. Number of confirmed COVID-19 cases, by date of report and WHO region, 30 December 2019 through 6 May 2020**



***See Annex 1 for data, table and figure notes.*

Reporting Country/ Territory/Area	Total confirmed cases	Total confirmed new cases	Total deaths	Total new deaths	Transmission classification[i]	Days since last reported case
Europe						
Spain	219 329	1318	25 613	185	Community transmission	0
Italy	213 013	1075	29 315	236	Community transmission	0
The United Kingdom	194 994	4406	29 427	693	Community transmission	0
Russian Federation	165 929	10 559	1537	86	Clusters of cases	0
Germany	164 897	1037	6996	165	Community transmission	0
France	131 292	1050	25491	326	Community transmission	0
Turkey	129 491	1832	3520	59	Community transmission	0
Belgium	50 509	242	8016	92	Community transmission	0
Netherlands	41 087	317	5168	86	Community transmission	0
Switzerland	29 926	28	1482	6	Community transmission	0
Portugal	25 702	178	1074	11	Community transmission	0
Sweden	23 216	495	2854	85	Community transmission	0
Ireland	21 983	261	1339	20	Community transmission	0
Belarus	19 255	1766	112	9	Clusters of cases	0
Israel	16 268	31	237	3	Pending	0
Austria	15 586	17	606	6	Community transmission	0
Poland	14 431	425	716	18	Community transmission	0
Romania	13 837	325	827	24	Community transmission	0
Ukraine	13 184	487	327	11	Community transmission	0
Denmark	9821	151	503	10	Pending	0
Serbia	9677	120	200	3	Pending	0
Norway	7903	56	209	1	Pending	0
Czechia	7896	77	257	5	Community transmission	0
Finland	5412	85	246	6	Pending	0

Coronavirus SARS-CoV-2

Informationen zum Aussetzen der Ausweisung der internationalen Risikogebiete/besonders betroffenen Gebiete in Deutschland

Stand: 10.4.2020

Seit dem 10.4.2020 weist das Robert Koch-Institut keine internationalen Risikogebiete oder besonders betroffenen Gebiete in Deutschland mehr aus.

COVID-19 ist inzwischen **weltweit verbreitet**. …

Ein Übertragungsrisiko besteht daher sowohl in Deutschland als in einer unübersehbaren Anzahl von Regionen weltweit. …

Daher ist es aus epidemiologischer Sicht sinnvoll, die Ausweisung von Risikogebieten auszusetzen.

… **Um sich und andere vor Ansteckungen zu schützen, wird aus dem Ausland zurückkehrenden deutschen Touristen weiterhin sehr dringlich geraten, unnötige Kontakte zu vermeiden und 14 Tage zu Hause zu bleiben.**

…

Risikobewertung zu COVID-19

Änderungen gegenüber der Version vom 17.3.2020: Abschnitt "Risikobewertung"

ROBERT KOCH INSTITUT

Situation in Deutschland

Inzwischen sind in allen Bundesländern Infektionsfälle mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) bestätigt worden. Fallzahlen sind unter www.rki.de/covid-19-fallzahlen abrufbar.

Coronavirus SARS-CoV-2

Risikobewertung

Die weltweite Ausbreitung von COVID-19 wurde am 11.03.2020 von der WHO zu einer Pandemie erklärt. Das Robert Koch-Institut erfasst kontinuierlich die aktuelle Lage, bewertet alle Informationen und schätzt das Risiko für die Bevölkerung in Deutschland ein. Es handelt sich weltweit und in Deutschland um eine sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation. Bei einem Teil der Fälle sind die Krankheitsverläufe schwer, auch tödliche Krankheitsverläufe kommen vor. Die Zahl der Fälle in Deutschland steigt weiter an.

Die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird derzeit insgesamt als hoch eingeschätzt, für Risikogruppen als sehr hoch. Die Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe nimmt mit zunehmendem Alter und bestehenden Vorerkrankungen zu. Diese Gefährdung variiert von Region zu Region. Die Belastung des Gesundheitswesens hängt maßgeblich von der regionalen Verbreitung der Infektion, den vorhandenen Kapazitäten und den eingeleiteten Gegenmaßnahmen (Isolierung, Quarantäne, soziale Distanzierung) ab und kann örtlich sehr hoch sein. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern.

Die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird derzeit insgesamt als

hoch

eingeschätzt.

COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit

Fallzahlen in Deutschland

Stand: 6.5.2020, 00:00 Uhr (online aktualisiert um 07:15 Uhr)

Bundesland	Elektronisch übermittelte Fälle			
	Anzahl	Differenz zum Vortag	Fälle/ 100.000 Einw.	Todesfälle
Baden-Württemberg	32.576	+94	294	1.481
Bayern	43.371	+209	332	2.001
Berlin	6.092	+50	163	159
Brandenburg	2.969	+29	118	127
Bremen	916	+21	134	31
Hamburg*	4.664	+20	253	190
Hessen	8.642	+57	138	386
Mecklenburg-Vorpommern	711	+8	44	19
Niedersachsen	10.453	+73	131	470
Nordrhein-Westfalen	33.977	+249	189	1.358
Rheinland-Pfalz	6.191	+31	152	187
Saarland	2.627	+9	265	141
Sachsen	4.784	+39	117	177
Sachsen-Anhalt	1.590	+5	72	46
Schleswig-Holstein	2.815	+16	97	119
Thüringen	2.429	+37	113	104
Gesamt	**164.807**	**+947**	**198**	**6.996**

COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit

Fallzahlen weltweit

Die tagesaktuellen Fallzahlen weltweit sind auf den Internetseiten der Weltgesundheitsorganisation und des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) abrufbar.

ROBERT KOCH INSTITUT

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

06.05.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

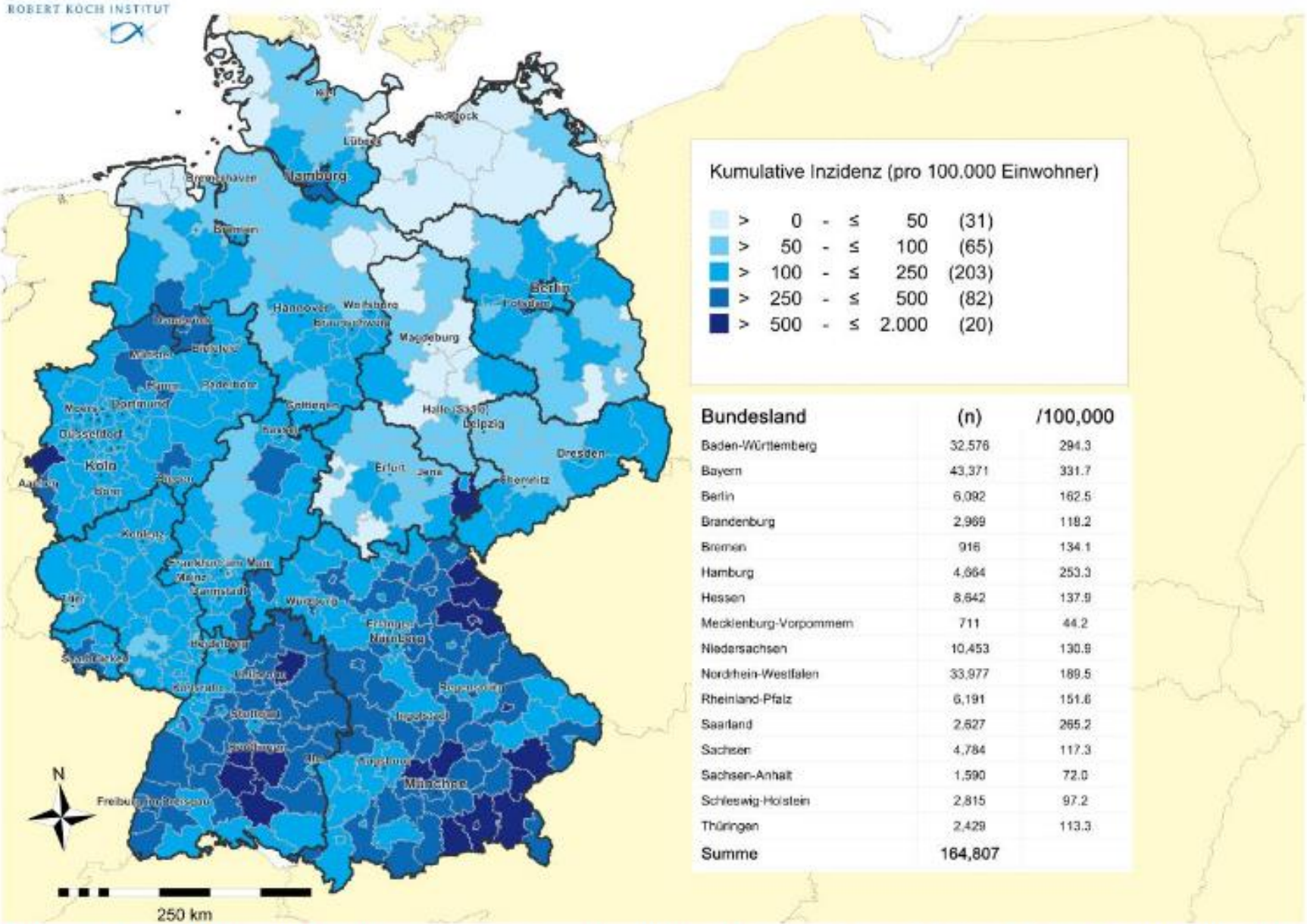
Bestätigte Fälle	Verstorbene	Anteil Verstorbene	Genesene
164.807 (+947*)	**6.996** (+165*)	**4,2%**	**ca. 137.400****

*Änderung gegenüber Vortag **geschätzte Werte

– Änderungen seit dem letzten Bericht werden im Text in Blau dargestellt –

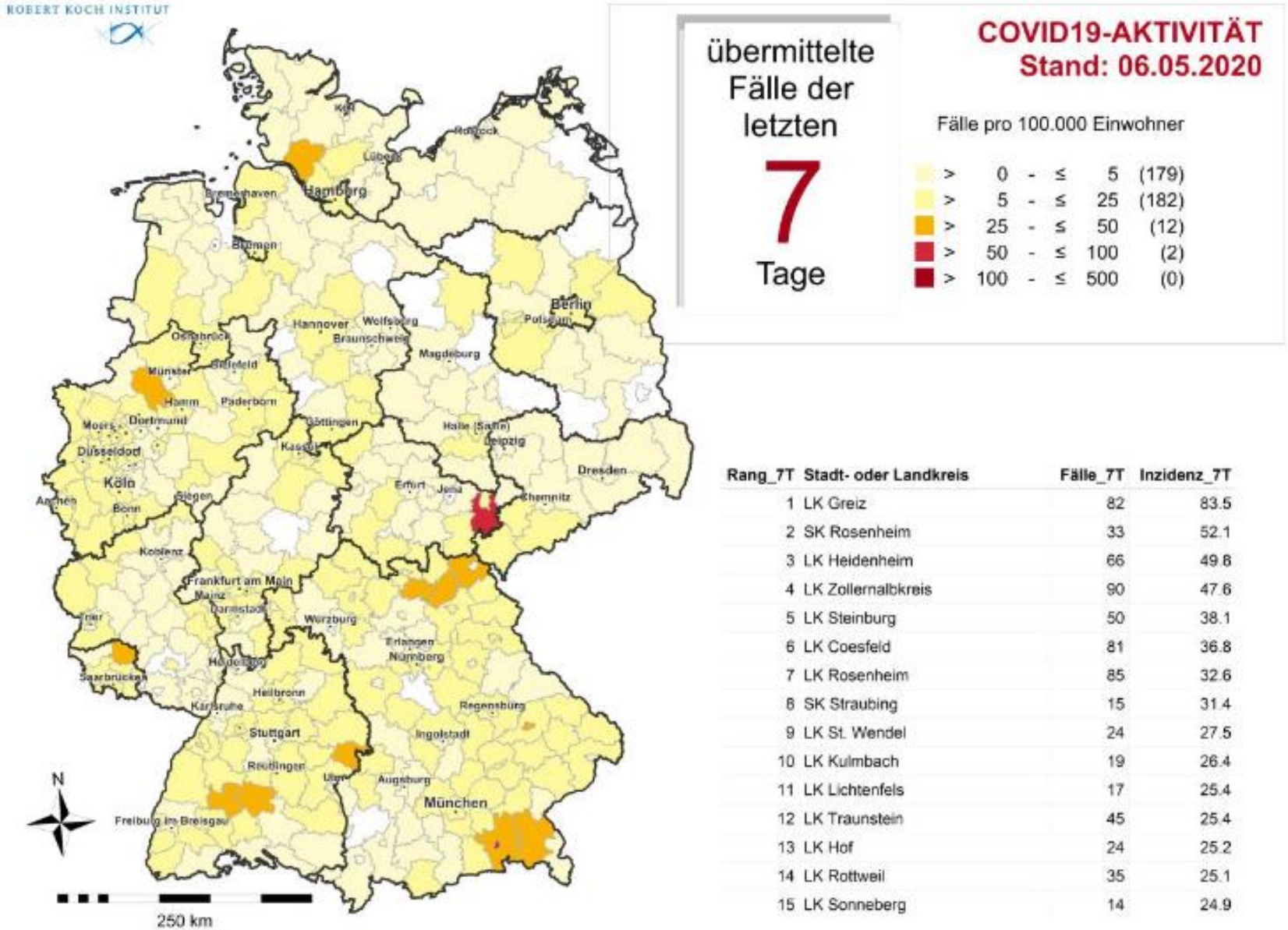
Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Insgesamt wurden in Deutschland 164.807 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, darunter 6.996 Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen.
- Bezogen auf die Einwohnerzahl (Fälle pro 100.000 Einwohner) wurden die höchsten Inzidenzen aus Bayern (332), Baden-Württemberg (294), dem Saarland (265) und Hamburg (253) übermittelt.
- Die meisten COVID-19-Fälle (66%) sind zwischen 15 und 59 Jahre alt. Insgesamt sind Frauen (52%) und Männer (48%) annähernd gleich häufig betroffen.
- 87% der Todesfälle und 19% aller Fälle sind 70 Jahre oder älter.
- COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern werden weiterhin berichtet. In einigen dieser Ausbrüche ist die Zahl der Verstorbenen vergleichsweise hoch.



Bundesland	(n)	/100,000
Baden-Württemberg	32.576	294.3
Bayern	43.371	331.7
Berlin	6.092	162.5
Brandenburg	2.969	118.2
Bremen	916	134.1
Hamburg	4.664	253.3
Hessen	8.642	137.9
Mecklenburg-Vorpommern	711	44.2
Niedersachsen	10.453	130.9
Nordrhein-Westfalen	33.977	189.5
Rheinland-Pfalz	6.191	151.6
Saarland	2.627	265.2
Sachsen	4.784	117.3
Sachsen-Anhalt	1.590	72.0
Schleswig-Holstein	2.815	97.2
Thüringen	2.429	113.3
Summe	164.807	

Abbildung 1: Übermittelte COVID-19-Fälle in Deutschland nach Landkreis und Bundesland (n= 164.807, 06.05.2020, 0:00 Uhr). Die Fälle werden nach dem Landkreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort, der nicht mit dem wahrscheinlichen Infektionsort übereinstimmen muss.



Rang_7T	Stadt- oder Landkreis	Fälle_7T	Inzidenz_7T
1	LK Greiz	82	83.5
2	SK Rosenheim	33	52.1
3	LK Heidenheim	66	49.8
4	LK Zollernalbkreis	90	47.6
5	LK Steinburg	50	38.1
6	LK Coesfeld	81	36.8
7	LK Rosenheim	85	32.6
8	SK Straubing	15	31.4
9	LK St. Wendel	24	27.5
10	LK Kulmbach	19	26.4
11	LK Lichtenfels	17	25.4
12	LK Traunstein	45	25.4
13	LK Hof	24	25.2
14	LK Rottweil	35	25.1
15	LK Sonneberg	14	24.9

Abbildung 2: Übermittelte COVID-19-Fälle der letzten 7 Tage in Deutschland nach Landkreis und Bundesland (n=5.979, 06.05.2020, 0:00 Uhr). Die Fälle werden nach dem Landkreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort, der nicht mit dem wahrscheinlichen Infektionsort übereinstimmen muss.

Zeitlicher Verlauf

Die ersten Erkrankungsfälle traten in Deutschland im Januar 2020 auf. Bei 54.924 Fällen ist der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. diese Fälle sind nicht symptomatisch erkrankt und es wird daher das Meldedatum angezeigt (s. Abbildung 3).

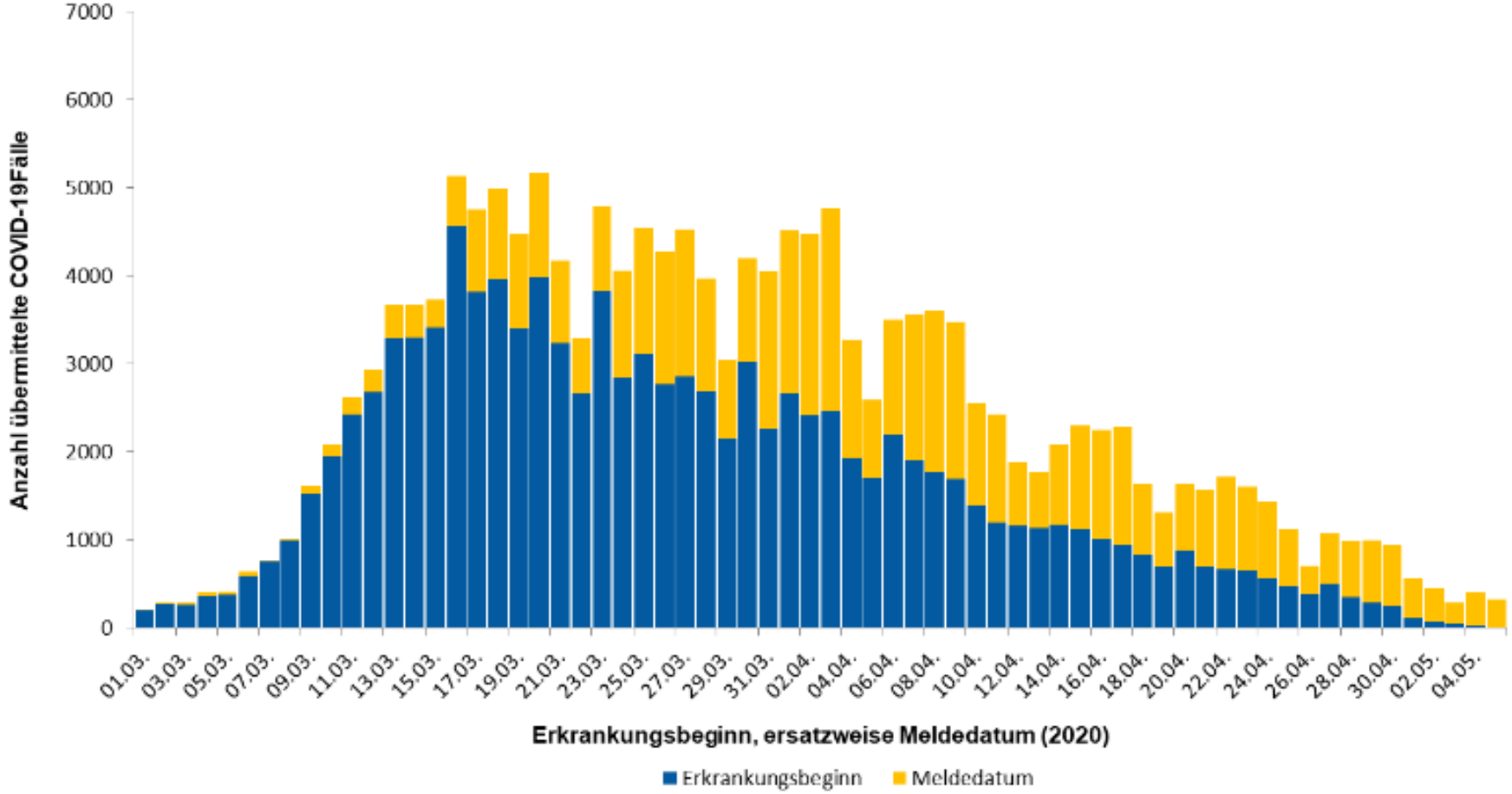


Abbildung 3: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (06.05.2020, 0:00 Uhr).

Demografische Verteilung

Von den Fällen sind 52% weiblich und 48% männlich. Insgesamt sind von den Fällen 2.931 Kinder unter 10 Jahren (1,8%), 6.959 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren (4,2%), 70.671 Personen im Alter von 20 bis 49 Jahren (43%), 52.636 Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren (32%), 26.746 Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren (16%) und 4.689 Personen im Alter von 90 Jahren und darüber (2,8%). Bei 174 Personen ist das Alter unbekannt. Der Altersdurchschnitt und -median liegen jeweils bei 50 Jahren. Die höchsten Inzidenzen finden sich in den Altersgruppen ab 90 Jahren (s. Abbildung 5).

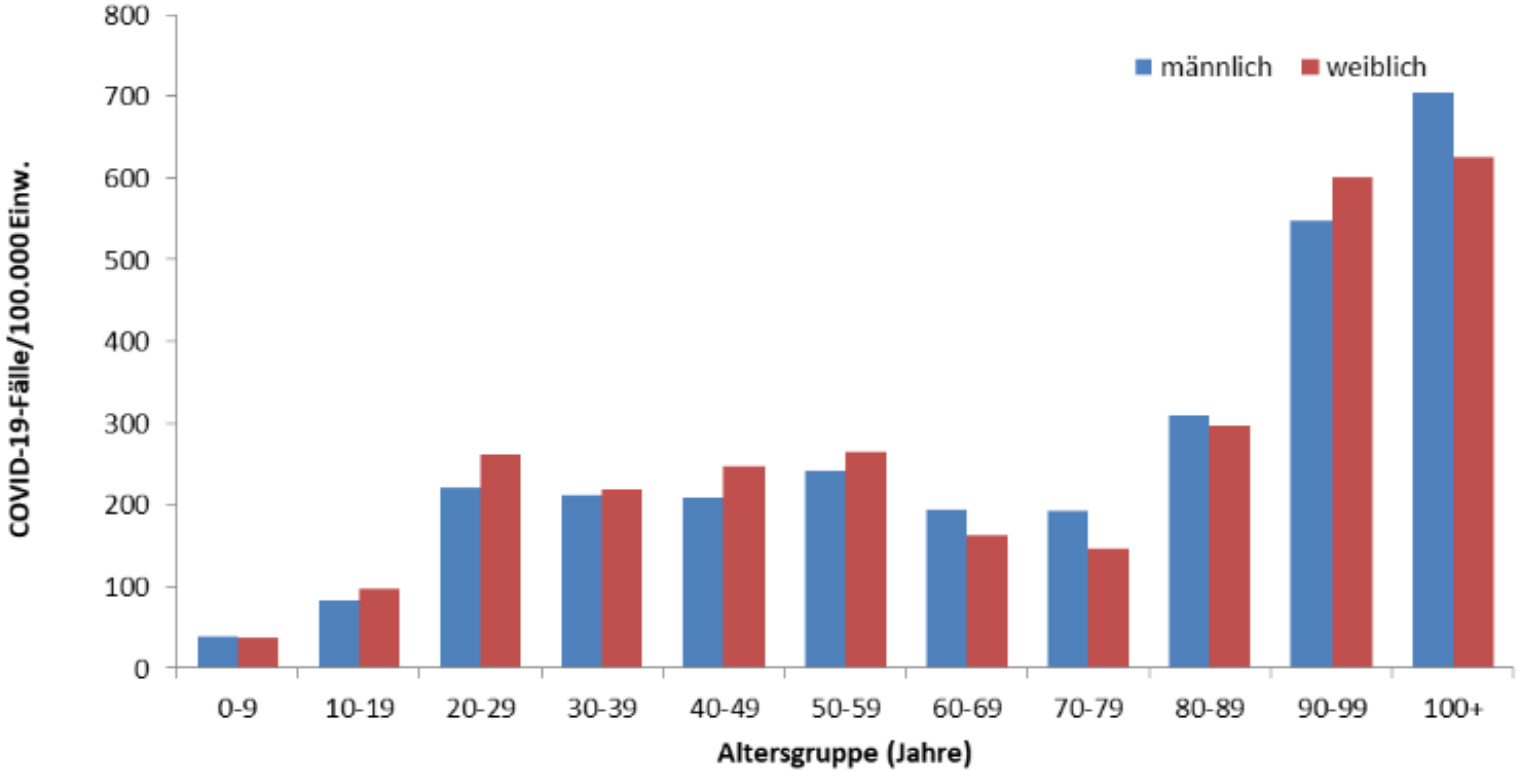


Abbildung 5: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppe und Geschlecht (n=164.220 Fälle, 06.05.2020, 0:00 Uhr). Die Differenz zur Gesamtfallzahl entsteht durch fehlende Werte zum Alter und Geschlecht.

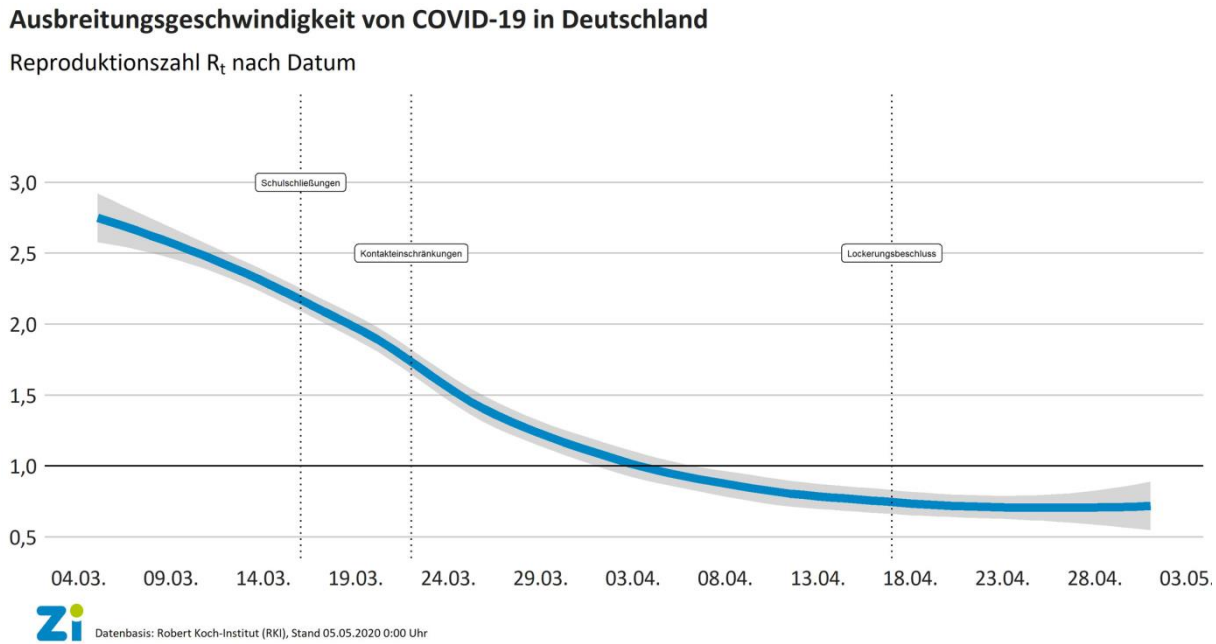
Politik

aerzteblatt.de

Sinkende Infektionszahlen bestätigen Maßnahmen gegen Pandemie

Dienstag, 5. Mai 2020

Berlin – ,,, „guten Nachrichten“ ,,,. Nach Angaben von Präsident Lothar H. Wieler **sinkt die Zahl der übermittelten Infektionsfälle** weiter ab. In der vergangenen Woche seien täglich zwischen 700 und 1.600 Fälle an das RKI gemeldet worden. Damit beträgt die Gesamtzahl der SARS-CoV-2 **Infizierten 163.860**, die der **Genesenen bei etwa 135.100**. Die Reproduktionsrate (**R**) werde auf **0,71** geschätzt.



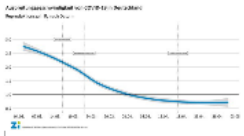
aerzteblatt.de

Sinkende Infektionszahlen bestätigen Maßnahmen gegen Pandemie

Dienstag, 5. Mai 2020

Notwendige Rückkehr zur medizinischen Regelversorgung

Angesichts der kontinuierlich sinkenden Infektionszahlen mahnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) heute die Rückkehr zur medizinischen Regelversorgung an. So lange die Reproduktionszahl unter dem Wert 1 bleibe, sei eine Überforderung der medizinischen Behandlungskapazitäten nicht zu befürchten.



Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in Deutschland

„Eine größere Bedrohung stellen andere Gesundheitsrisiken dar, wenn eine Rückkehr zur vertragsärztlichen Regelversorgung nicht zeitnah erreicht wird", sagte der KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen. So dürften Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung sowie regelmäßige Verlaufskontrollen bei behandlungsbedürftigen chronischen Krankheiten nicht länger ausgesetzt werden.

Dies gelte insbesondere für chronisch kranke Patienten, wie etwa 2,1 Millionen mit COPD, 2,5 Millionen mit Herzinsuffizienz, 7 Millionen mit Diabetes mellitus und 19 Millionen mit Hypertonie. Eine schrittweise Rückkehr zum Normalbetrieb in den Praxen sei ebenso zwingend erforderlich, wie im Alltagsleben der Bürger, so Gassen.

„Dies gilt umso mehr, als in den Praxen alles getan wurde, um eine separate Behandlung von COVID-Patienten zu organisieren, wie insbesondere durch vom normalen Praxisbetrieb getrennte sogenannte Infektionssprechstunden zum Schutz anderer Patienten und nicht zuletzt auch des Praxispersonals", sagte der stellvertretende Vorsitzende der KBV, Stephan Hofmeister.

Allerdings sei eine ausreichende Schutzausrüstung, wie insbesondere Mund-Nasen-Schutz sowie Schutzkittel für das Praxispersonal unabdingbare Voraussetzung für eine Rückkehr zum Normalbetrieb in den Praxen.

© *zyl/aerzteblatt.de*

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

Die ausgewiesenen Fallzahlen spiegeln den Verlauf der COVID-19-Neuerkrankungen nicht vollständig wider, da es unterschiedlich lange dauert, bis es nach dem Erkrankungsbeginn eines Falles zu einer COVID-19-Diagnose, zur Meldung und zur Übermittlung des Falls an das Robert Koch-Institut kommt. Es wird daher versucht, den tatsächlichen Verlauf der Anzahl von bereits erfolgten COVID-19-Erkrankungen nach ihrem Erkrankungsbeginn durch ein sogenanntes Nowcasting zu modellieren (Abbildung 7).

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, zum Beispiel auf der Basis des Nowcastings, schätzen. Das Nowcasting und die R-Schätzung beziehen alle übermittelten Fälle mit Erkrankungsbeginn bis 3 Tage vor Datenstand ein. Fälle mit neuerem Erkrankungsbeginn werden nicht berücksichtigt, da sie noch nicht in ausreichender Zahl übermittelt wurden und zu instabilen Schätzungen führen würden.

Die im Rahmen des Nowcastings geschätzte Anzahl der COVID-19-Neuerkrankungen wird als gleitendes 4-Tage-Mittel dargestellt, um Zufallseffekte einzelner Tage auszugleichen (Abbildung 7). Damit ergibt sich die Berechnung des Punktschätzers von R für einen bestimmten Tag als einfacher Quotient der Anzahl von Neuerkrankungen für diesen Tag geteilt durch die Anzahl von Neuerkrankungen 4 Tage davor. Mit Datenstand 06.05.2020 0:00 Uhr wird die Reproduktionszahl auf R= 0,65 (95%-Prädiktionsintervall: 0,53-0,77) geschätzt.

R = 0,65

DER TAGESSPIEGEL

Berechnungen von Harvard-Forschern

02.05.2020, 18:25 Uhr

20- bis 24-Jährige treiben die Corona-Pandemie in Deutschland an

Junge Erwachsene und Jugendliche halten sich seltener an das Kontaktverbot. So werden sie zu Treibern der Virus-Verbreitung in Deutschland, schreiben Forscher. VON SASCHA KARBERG

Es sind vor allem Über-50-Jährige und Vorerkrankte, die an Covid-19 schwer und mitunter auch tödlich erkranken. Aber welche Altersgruppe verbreitet das Virus in der Bevölkerung am aktivsten, wer ist der „Treiber“ der Pandemie? ,,,

Wenn die Kontaktrate der Altersgruppe A durch die Maßnahmen wie ein Abstandsgebot von 1,5 Metern weniger stark beeinflusst wird, etwa weil sie sich weniger daran hält, als die Kontaktrate von Altersgruppe B, dann wird sich nach Beginn der Distanzierungsmaßnahmen die Zahl der Fälle in den beiden Gruppen unterscheiden.

Merkel zu Corona-Lockerungen

"Erste Phase der Pandemie liegt hinter uns"

Stand: 06.05.2020 16:12 Uhr

Kanzlerin Merkel hat weitreichende Lockerungen in der Corona-Krise verkündet. Die erste Phase sei überstanden. Trotzdem müssten die Kontaktbeschränkungen bis 5. Juni verlängert werden - mit kleinen Änderungen.

Deutschland hat die erste Phase der Coronavirus-Pandemie nach Aussage von Bundeskanzlerin Angela Merkel hinter sich. Die Entwicklung der Zahlen von Neuinfektionen sei erfreulich, sagte sie nach den gemeinsamen Beratungen mit den Ministerpräsidenten der Länder: "Wir sind an einem Punkt, an dem wir sagen können, dass wir das Ziel erreicht haben, die Verbreitung zu verlangsamen und das Gesundheitssystem vor der Überforderung zu schützen."

Die derzeitige Situation habe es möglich gemacht, nun weitere Lockerungen zu beschließen, so Merkel. "Wir können uns ein Stück Mut leisten", sagte sie, "aber wir müssen vorsichtig bleiben." Deshalb war es ihr wichtig zu betonen, dass bei allen Schritten zur Öffnung Abstands- und Hygieneregeln weiter Bestand haben - also der Mindestabstand von 1,5 Metern sowie das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes in bestimmten Bereichen des öffentlichen Lebens. Diese Pflicht könne gegebenenfalls auf weitere Bereiche ausgeweitet werden.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Pharmakologie
4. Medizinische Versorgung
5. Masken
6. Reinigung und Desinfektion
7. Sonstiges

Politik

aerzteblatt.de

Merkel will offenbar Obergrenze für Neuinfektionen bei Lockerungen

Dienstag, 5. Mai 2020

DER TAGESSPIEGEL

Corona-Gipfel mit Me.....

UPDATE 06.05.2020, 22:22 Uhr

Was ist neu, was bleibt? Die Ergebnisse im Überblick

Bund und Länder verlängern die Kontaktbeschränkungen bis 5. Juni. Viele andere Beschränkungen fallen weg. Außerdem gibt es eine Infektions-„Notbremse". VON MICHAEL SCHMIDT

„„
Die Länder sollen sicherstellen, dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit mehr als **50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern in den letzten sieben Tagen** sofort wieder ein konsequentes Beschränkungskonzept umgesetzt wird,

„„
Derzeit liegt der Bundesschnitt bei zwölf Infektionen je 100.000 Einwohner

50/100 000/7

Corona-Lockerungen

Was sich ändert, was weiterhin gilt

Stand: 06.05.2020 17:37 Uhr

Angehörige aus zwei Haushalten dürfen sich künftig wieder treffen - auch im Restaurant, aber nicht im Stadion: Ein Überblick über die jüngsten Lockerungen und die Auflagen, die bestehen bleiben.

Kontaktbeschränkungen

Die Kontaktbeschränkungen werden grundsätzlich bis zum 5. Juni verlängert. Allerdings einigten sich Bund und Länder darauf, dass sich künftig wieder Angehörige von zwei Haushalten treffen dürfen - also etwa zwei Familien, zwei Paare oder die Mitglieder aus zwei Wohngemeinschaften. Sie müssen aber weiterhin einen Abstand von 1,50 Metern zueinander einhalten. In Sachsen-Anhalt dürfen sich auch außerhalb des gleichen Hausstandes bis zu fünf statt zwei Personen treffen - auch hier gilt das Abstandsgebot. Bestehen bleibt grundsätzlich die gebotene Vorsicht im Umgang mit älteren Menschen, die eine Risikogruppe für eine Covid-19-Erkrankung sind.

Maskenpflicht

In ganz Deutschland muss beim Einkaufen und im Öffentlichen Personennahverkehr ein Mund-Nasen-Schutz getragen werden. Diese Regelung könnte in den kommenden Tagen auf weitere Bereiche ausgeweitet werden.

Corona-Lockerungen

Was sich ändert, was weiterhin gilt

Stand: 06.05.2020 17:37 Uhr

Krankschreibung am Telefon

Arbeitnehmer mit Erkältungsbeschwerden können sich bis mindestens 18. Mai per Telefon vom Arzt krankschreiben lassen. Bei Corona-Symptomen sollen Bürger weiterhin nicht direkt zum Arzt fahren, sondern vorher telefonischen Kontakt mit der Praxis oder dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117 aufnehmen.

Schulen

Alle Schüler sollen vor dem Sommer möglichst noch mindestens einmal in die Schule gehen. Die Einzelheiten regeln die Länder. Schüler mit besonderem Unterstützungsbedarf etwa wegen der häuslichen Situation oder der technischen Ausstattung sollten "möglichst umgehend gezielte pädagogische Präsenzangebote an den Schulen erhalten". Abschlussklassen, ältere Grundschüler und Klassen, die nächstes Jahr Prüfungen ablegen, sind bereits vielerorts wieder an den Schulen. Einen Normalbetrieb wird es aber weiterhin noch nicht geben.

Corona-Lockerungen

Was sich ändert, was weiterhin gilt

Stand: 06.05.2020 17:37 Uhr

Kinderbetreuung

Um die schwierige Situation von Familien mit Kindern zu erleichtern, wird vom 11. Mai an eine erweiterte Notbetreuung in allen Bundesländern eingeführt. Dazu gehören unter anderem Kinder mit besonderem pädagogischen oder Sprachförderbedarf, Kinder, die in beengten Wohnverhältnissen leben - etwa wenn ein eigenes Kinderzimmer fehlt - sowie Kinder, die am Übergang zur Vorschule oder Schule stehen. Die Einzelheiten sollen die Länder regeln. Diese weiten die Notbetreuung bereits schrittweise aus und haben weitere Pläne angekündigt.

Geschäfte

Alle Geschäfte bundesweit dürfen wieder öffnen - ohne Quadratmeterbegrenzung, aber unter Auflagen: Sie müssen Hygienemaßnahmen, eine Steuerung des Zutritts und die Vermeidung von Warteschlangen gewährleisten. Schon seit dem 20. April sind kleine und mittlere Läden wieder geöffnet, bislang aber großteils nur bis zu einer Verkaufsfläche bis zu 800 Quadratmetern.

Gastronomie

Die Bundesländer sollen bei schrittweisen Öffnungen von Restaurants und Bars in eigener Verantwortung vorgehen - vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens sowie landesspezifischer Besonderheiten. Die Wirtschaftsminister der Länder hatten empfohlen, das Gastgewerbe zwischen dem 9. und 22. Mai wieder bundesweit zu öffnen.

Corona-Lockerungen

Was sich ändert, was weiterhin gilt

Stand: 06.05.2020 17:37 Uhr

Reisen

Für Auslandsreisen gilt bis mindestens Mitte Juni die weltweite Reisewarnung. Für Inlandsreisen gilt: Die Länder entscheiden selbst, inwieweit auch Hotels und Ferienwohnungen schrittweise und unter Auflagen wieder geöffnet werden.

Besuchsregeln in Wohnheimen

Für Kliniken, Pflegeheime und Behinderteneinrichtungen werden die Einschränkungen der Besuchsregeln bundesweit gelockert. Demnach soll jedem Patienten oder Bewohner wiederkehrender Besuch durch eine bestimmte Person ermöglicht werden.

Verhaltensregeln

Wie kann man eine Infektion mit Erregern und dem neuen Coronavirus vermeiden?

Hände waschen

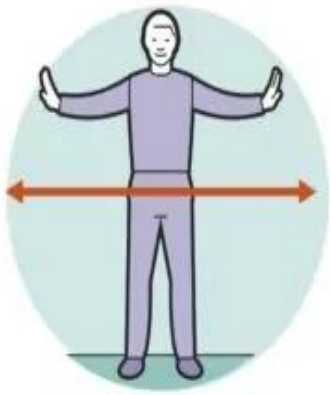
Waschen Sie Ihre Hände **regelmäßig und gründlich** mit Seife und trocknen Sie sie mit einem sauberen Tuch ab. Berühren Sie mit ungewaschenen Händen keine Lebensmittel und auch nicht Mund, Nase oder Augen.

Richtig husten und niesen

Um andere zu schützen, besser **in die Ellenbeuge – und nicht die Hand – niesen.** Benutzte Papiertaschentücher direkt in einen Mülleimer mit Deckel werfen.

Aufpassen beim Anfassen

Viren können an vielen **Oberflächen** haften. Zur Sicherheit den Fahrstuhlknopf lieber mit einem Stift drücken, die Türklinke mit dem Ellenbogen betätigen oder Handschuhe tragen. Geht das nicht, empfiehlt es sich, die Hände direkt zu waschen.



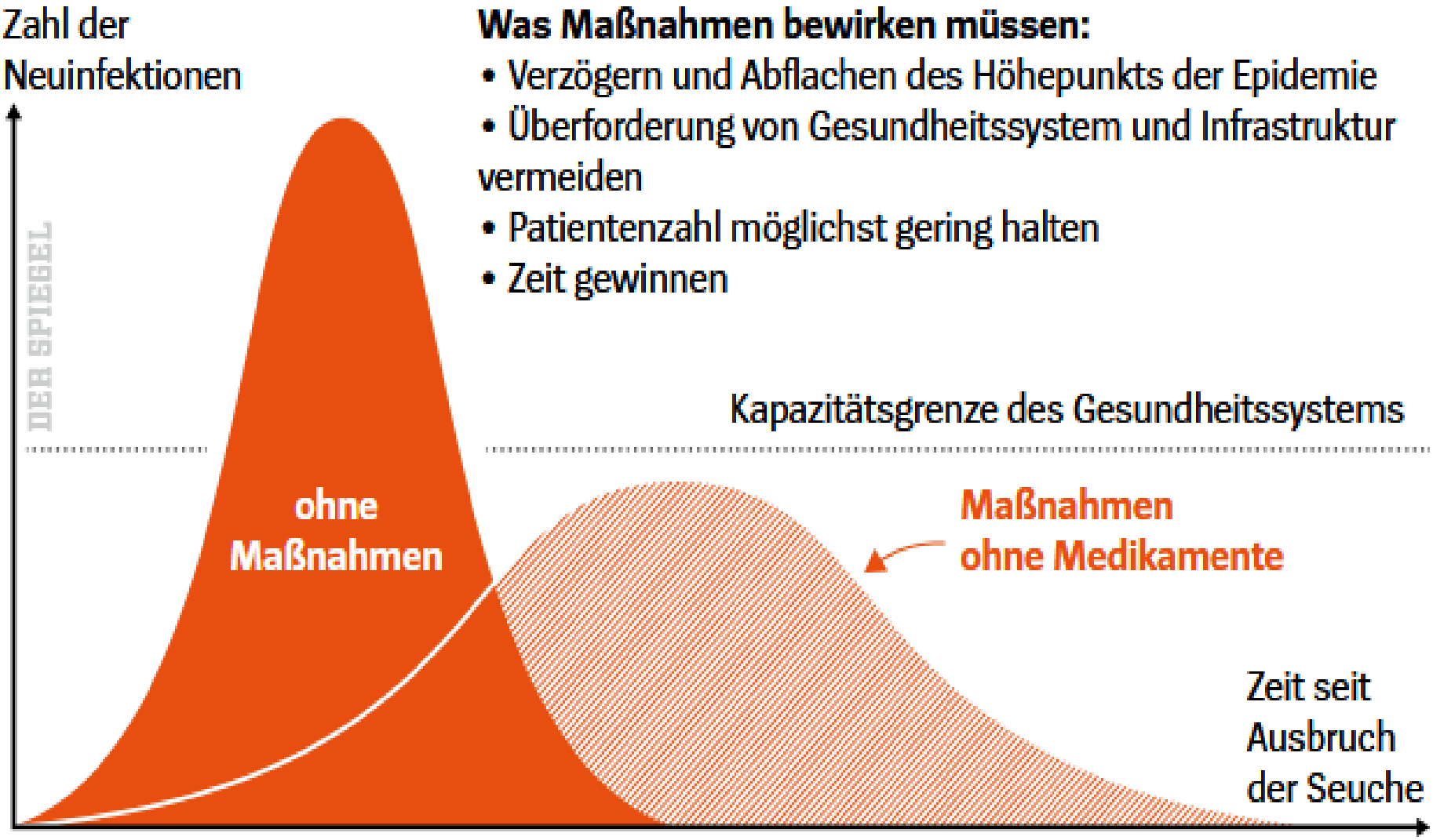
Auf Abstand gehen

Auch Infizierte, die sich gesund fühlen, können ansteckend sein. Deshalb heißt es: Abstand halten, **eineinhalb Meter sind ausreichend.**

ZEIT ONLINE

Verzögerter Verlauf

Wie Maßnahmen den Verlauf der Epidemie beinflussen



Quellen: ECDC; EID

Warum „Social Distancing“ jetzt so wichtig ist

Die Coronavirus-Ausbreitung kann durch die Reduktion sozialer Kontakte eingedämmt werden

Coronavirus: *Jetzt kommt es auf Sie an!*

Sie fühlen sich krank? Bleiben Sie zu Hause.

Halskratzen, Frösteln, Husten: Kurieren Sie sich aus, auch wenn Sie nur kränkeln. Wenn Sie keinen unmittelbaren Kontakt mit einem Menschen hatten, der positiv getestet wurde, brauchen Sie keinen Corona-Test.

Sie sind gesund? Halten Sie Abstand.

Arbeiten Sie im Homeoffice. Sagen Sie private Reisen ab. Gehen Sie ruhig an die frische Luft, aber keinesfalls unter viele Menschen. Misten Sie zu Hause aus, lesen Sie »Krieg und Frieden«. Schneiden Sie die Bonsais.

Sie müssen zur Arbeit? Nehmen Sie das Fahrrad oder das Auto.

In Bus und Bahn kann man sich leichter anstecken.

Sie sind unterwegs? Waschen Sie sich regelmäßig die Hände.

Fassen Sie sich nicht ins Gesicht. Niesen und Husten Sie in die Armbeuge. Geben Sie niemandem die Hand. Eine Verbeugung ist auch höflich.

Sie sind Arbeitgeber? Ermöglichen Sie Homeoffice.

Bitten Sie erkältete Mitarbeiter, zu Hause zu bleiben, sagen Sie persönliche Meetings möglichst ab.

Sie haben ältere Nachbarn? Bieten Sie Hilfe an.

Ältere Menschen sollten gerade möglichst wenig draußen sein. Wenn Sie den Einkauf erledigen, gießt beim nächsten Urlaub sicher jemand Ihre Blumen.

Stand: 17.3.2020

ZEIT ONLINE
www.zeit.de/coronavirus

Empfehlungen und Maßnahmen in Deutschland

Aktuelles

- Das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Nahverkehr und im Einzelhandel ist nun in allen Bundesländern verpflichtend.
- Das Paul-Ehrlich-Institut, Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, hat die erste klinische Prüfung eines Impfstoffs gegen COVID-19 in Deutschland genehmigt (Stand: 22.04.2020). https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2020/08-erste-klinische-pruefung-sars-cov-2-impfstoff-in-deutschland.html
- Für Deutsche, EU-Bürger, Bürger eines Schengen-assoziierten Staates oder langjährig in Deutschland wohnhafte Personen, die nach mindestens mehrtägigem Auslandsaufenthalt einreisen, gilt eine zweiwöchige Quarantäne: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/neue-einreiseregeln-1739634
- Regelungen und Informationen für Reisende und Pendler während der COVID-19-Epidemie: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-regelungen-1735032
    - Siehe dazu auch: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Transport/BMG_Merkblatt_Reisende_Tab.html
- Das Auswärtige Amt hat eine Reisewarnung für alle nicht notwendigen, touristischen Reisen ins Ausland ausgesprochen. Es werden umfangreiche Informationen für Reisende zur Verfügung gestellt: https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/covid-19/2296762
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI unterstützen lokal an mehreren Einsatzorten in verschiedenen Bundesländern Maßnahmen der Ausbruchseindämmung mit Fokus auf Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern.
- Zu aktuellen Entwicklungen und Maßnahmen informiert das Bundesgesundheitsministerium auf seinen Internetseiten: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html

Coronakrise

Söder hebt Ausgangsbeschränkungen für Bayern auf

"Corona ist unter Kontrolle": Ministerpräsident Söder hat einen vorsichtigen Exitplan für Bayern vorgestellt. Ab Mittwoch sind die Ausgangsbeschränkungen aufgehoben. Familienbesuche sind erlaubt.

05.05.2020, 12.17 Uhr

Konkret sieht der Plan eine schrittweise Öffnung von Hotels, Gastronomie und weiteren Teilen des öffentlichen Lebens vor.

- Schon ab dem morgigen 6. Mai sind Spielplätze in Bayern wieder geöffnet.
- Am 11. Mai wird die 800-Quadratmeter-Obergrenze im Einzelhandel aufgehoben - andere Regelungen bleiben, etwa Einlassregelungen. Ab diesem Datum soll auch kontaktloser Einzelsport im Freien wie Tennis oder Golf erlaubt sein.
- Ab dem 18. Mai soll Außengastronomie wieder möglich sein - bis 20 Uhr. Söder bezeichnete die Hygienekonzepte in der Gastronomie als große Herausforderung. Das werde "eine sportliche Sache werden", sagte er.
- Ab dem 25. Mai können Speiselokale - unter strengen Hygienevorschriften - wieder bis 22 Uhr öffnen.
- Ab dem 30. Mai sollen Hotels und andere touristische Angebote wie Ferienwohnungen oder Campingplätze wieder öffnen dürfen.

Coronakrise

Söder hebt Ausgangsbeschränkungen für Bayern auf

"Corona ist unter Kontrolle": Ministerpräsident Söder hat einen vorsichtigen Exitplan für Bayern vorgestellt. Ab Mittwoch sind die Ausgangsbeschränkungen aufgehoben, Familienbesuche sind erlaubt.

05.05.2020, 12.17 Uhr

Söder stellte auch die Planung für Kitas und Schulen vor.

- Bis Pfingsten sollen demnach 50 Prozent der Kinder wieder in Kitas gehen können. Ab kommendem Montag sollen sich bis zu drei Familien zu privaten Betreuungsgruppen zusammenschließen können. Auch Waldkindergärten dürfen wieder öffnen, Tagesmütter wieder bis zu fünf Kinder betreuen. Ab 25. Mai sollen Vorschulkinder dazukommen.
- Auch für Schulen gibt es einen Stufenplan: Ab 11. Mai sollen Vorabschlussklassen und 4. Klassen wieder in die Schule gehen. Es soll kein Corona-bedingtes Sitzenbleiben geben, jeder soll seinen Abschluss machen können. Ab 18. Mai und 25. Mai sollen dann auch die unteren Klassen der weiterführenden Schulen wieder allmählich in den Unterricht zurückkehren.

Im Unterricht soll es laut Söder keine Maskenpflicht geben, aber an der Schule, etwa im Pausenhof oder auf dem Gang. Wenn Eltern sich etwa zu Risikogruppen zählen, soll es die Möglichkeit geben, vorerst auf digitalen Unterricht zurückzugreifen. Ferien werden laut Söder nicht verkürzt.

Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2020 Nr. 240 5. Mai 2020

2126-1-8-G

Vierte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (4. BayIfSMV)

vom 5. Mai 2020

Auf Grund des § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Art. 1, 2 und 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, in Verbindung mit § 9 Nr. 5 der Delegationsverordnung (DelV) vom 28. Januar 2014 (GVBl. S. 22, BayRS 103-2-V), die zuletzt durch Verordnung vom 13. Januar 2020 (GVBl. S. 11) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege:

Teil 1
Allgemeine Regelungen

§ 1
Allgemeines Abstandsgebot, Mund-Nasen-Bedeckung

(1) [1]Jeder wird angehalten, die physischen Kontakte zu anderen Menschen außerhalb der Angehörigen des eigenen Hausstands auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren. [2]Wo immer möglich, ist ein Mindestabstand zwischen zwei Personen von 1,5 m einzuhalten.

(2) Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (Maskenpflicht), gilt:

1. Kinder sind bis zum sechsten Geburtstag von der Tragepflicht befreit.
2. Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung, aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, sind von der Trageverpflichtung befreit.
3. Das Abnehmen der Mund-Nasen-Bedeckung ist zulässig, solange es zu Identifikationszwecken oder zur Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung erforderlich ist.

Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2020 Nr. 240 5. Mai 2020

2126-1-8-G

Vierte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (4. BayIfSMV)

vom 5. Mai 2020

Auf Grund des § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Art. 1, 2 und 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, in Verbindung mit § 9 Nr. 5 der Delegationsverordnung (DelV) vom 28. Januar 2014 (GVBl. S. 22, BayRS 103-2-V), die zuletzt durch Verordnung vom 13. Januar 2020 (GVBl. S. 11) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege:

Teil 2
Allgemeine Kontaktbeschränkungen

§ 2
Kontaktbeschränkung im öffentlichen Raum

(1) Der Aufenthalt mehrerer Personen im öffentlichen Raum ist so zu gestalten, dass er höchstens den Kreis der Angehörigen des eigenen Hausstands, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, Verwandte in gerader Linie, Geschwister sowie eine weitere Person umfasst.

(2) Das Feiern und Grillen auf öffentlichen Plätzen und Anlagen ist unabhängig von den anwesenden Personen untersagt.

(3) Abs. 1 gilt nicht für berufliche und dienstliche Tätigkeiten, bei denen eine Zusammenkunft oder ein Zusammenwirken mehrerer Personen erforderlich ist.

§ 3
Kontaktbeschränkung im privaten Raum, Kinderbeaufsichtigung

[1]Der Teilnehmerkreis einer Zusammenkunft in privat genutzten Räumen und auf privat genutzten Grundstücken darf nur die Angehörigen des eigenen Hausstands, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, Verwandte in gerader Linie, Geschwister sowie eine weitere Person umfassen. [2]Abweichend von Satz 1 ist die wechselseitige, unentgeltliche, nicht geschäftsmäßige Beaufsichtigung Minderjähriger in festen, familiär oder nachbarschaftlich organisierten Betreuungsgemeinschaften zulässig, wenn sie Kinder aus höchstens drei Hausständen umfasst. [3]§ 4 bleibt unberührt.

§ 4
Spezielle Besuchsverbote

(1) Untersagt wird der Besuch von

1. Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt (Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Nr. 1 und 3 IfSG); ausgenommen hiervon sind Geburts- und Kinderstationen für engste Angehörige sowie Palliativstationen und Hospize,
2. vollstationären Einrichtungen der Pflege gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 2 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe über Tag und Nacht erbracht werden,
4. ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach Art. 2 Abs. 3 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes zum Zwecke der außerklinischen Intensivpflege (IntensivpflegeWGs), in denen ambulante Pflegedienste gemäß § 23 Abs. 6a IfSG Dienstleistungen erbringen,
5. Altenheimen und Seniorenresidenzen.

(2) [1]Abweichend von Abs. 1 darf jeder Patient oder Bewohner einmal täglich von einer Person aus dem Kreis der in § 3 Satz 1 genannten Familienangehörigen, bei Minderjährigen auch von den Eltern oder Sorgeberechtigten gemeinsam, oder einer weiteren festen Person während einer festen Besuchszeit besucht werden; alle Besucher müssen namentlich bei der Einrichtung registriert sein. [2]Weitere Ausnahmen von Abs. 1 sind zu medizinischen, rechtsberatenden oder seelsorgerischen Zwecken oder zur Erbringung sonstiger Dienstleistungen zulässig; sie sind von der Einrichtungsleitung vorab zu genehmigen. [3]Für die Besucher gilt eine Maskenpflicht und das Gebot, nach Möglichkeit durchgängig einen Mindestabstand von 1,5 m einzuhalten. [4]Die Einrichtung hat ein Schutz- und Hygienekonzept auszuarbeiten und auf Verlangen der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde vorzulegen. [5]Die zuständige Kreisverwaltungsbehörde kann im Einzelfall ergänzende Anordnungen erlassen, soweit es aus infektionsschutzrechtlicher Sicht erforderlich ist.

(3) Die Begleitung Sterbender durch den engsten Familienkreis ist abweichend von Abs. 1 und 2 jederzeit zulässig.

Teil 3
Öffentliches Leben

§ 5
Veranstaltungs-, Versammlungs- und Ansammlungsverbot

[1]Vorbehaltlich speziellerer Regelungen in dieser Verordnung sind Veranstaltungen, Versammlungen und Ansammlungen landesweit untersagt. [2]Ausnahmegenehmigungen können auf Antrag von der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde erteilt werden, soweit dies im Einzelfall aus infektionsschutzrechtlicher Sicht vertretbar ist.

Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2020 Nr. 240 5. Mai 2020

2126-1-8-G

Vierte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (4. BayIfSMV)

vom 5. Mai 2020

Auf Grund des § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Art. 1, 2 und 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, in Verbindung mit § 9 Nr. 5 der Delegationsverordnung (DelV) vom 28. Januar 2014 (GVBl. S. 22, BayRS 103-2-V), die zuletzt durch Verordnung vom 13. Januar 2020 (GVBl. S. 11) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege:

§ 6
Gottesdienste, Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften

[1]Öffentlich zugängliche Gottesdienste in Kirchen, Synagogen und Moscheen sowie die Zusammenkünfte anderer Glaubensgemeinschaften sind zulässig:

1. Bei Gottesdiensten und Zusammenkünften
   a) in Gebäuden bestimmt sich die zulässige Höchstteilnehmerzahl nach der Anzahl der vorhandenen Plätze, bei denen ein Mindestabstand von 2 m zu anderen Plätzen gewahrt wird; zwischen den Teilnehmern ist grundsätzlich ein Mindestabstand von 2 m einzuhalten.
   b) im Freien beträgt die Höchstteilnehmerzahl 50 Personen und es ist grundsätzlich ein Mindestabstand von 1,5 m zu wahren.
2. Für alle Teilnehmer besteht Maskenpflicht; ausgenommen hiervon ist das liturgische Sprechen und Predigen.
3. Der Gottesdienst oder die Zusammenkunft wird auf höchstens 60 Minuten beschränkt.
4. Es besteht ein Infektionsschutzkonzept für Gottesdienste oder Zusammenkünfte, das die je nach Glaubensgemeinschaft und Ritus möglichen Infektionsgefahren minimiert; das Infektionsschutzkonzept ist auf Verlangen der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde vorzulegen; die zuständige Kreisverwaltungsbehörde kann ergänzende Anordnungen erlassen, soweit es aus infektionsschutzrechtlicher Sicht erforderlich ist.

[2]§ 5 Satz 2 gilt entsprechend.

Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2020 Nr. 240 5. Mai 2020

2126-1-8-G

Vierte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung
(4. BayIfSMV)

vom 5. Mai 2020

Auf Grund des § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Art. 1, 2 und 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, in Verbindung mit § 9 Nr. 5 der Delegationsverordnung (DelV) vom 28. Januar 2014 (GVBl. S. 22, BayRS 103-2-V), die zuletzt durch Verordnung vom 13. Januar 2020 (GVBl. S. 11) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege:

Teil 4
Sport, Spiel, Freizeit

§ 9
Sport

(1) [1]Der Betrieb von Sporthallen, Sportplätzen, Sportanlagen und Sporteinrichtungen und deren Nutzung sind grundsätzlich untersagt. [2]Der Trainingsbetrieb von Individualsportarten im Breiten- und Freizeitbereich kann unter Einhaltung der folgenden Voraussetzungen aufgenommen werden:

1. Ausübung an der frischen Luft im öffentlichen Raum oder auf öffentlichen oder privaten Freiluftsportanlagen oder in Reithallen,
2. Einhaltung der Beschränkungen nach § 1 Abs. 1,
3. Ausübung allein oder in kleinen Gruppen von bis zu fünf Personen,
4. kontaktfreie Durchführung,
5. keine Nutzung von Umkleidekabinen,
6. konsequente Einhaltung der Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen, insbesondere bei gemeinsamer Nutzung von Sportgeräten,
7. keine Nutzung der Nassbereiche, die Öffnung von gesonderten WC-Anlagen ist jedoch möglich,
8. Vermeidung von Warteschlangen beim Zutritt zu Anlagen,
9. keine Nutzung von Gesellschafts- und Gemeinschaftsräumen an den Sportstätten; Betreten der Gebäude zu dem ausschließlichen Zweck, das für die jeweilige Sportart zwingend erforderliche Sportgerät zu entnehmen oder zurückzustellen, ist zulässig,
10. keine besondere Gefährdung von vulnerablen Personen durch die Aufnahme des Trainingsbetriebes und
11. keine Zuschauer.

(2) [1]Der Betrieb zu Trainingszwecken der Berufssportlerinnen und Berufssportler und von Sportlerinnen und Sportlern des olympischen und paralympischen Bundes- und Landeskaders ist zulässig, sofern bei der Durchführung der Trainingseinheiten sichergestellt ist, dass die unter Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 bis 11 aufgeführten Voraussetzungen eingehalten werden. [2]Trainingseinheiten dürfen ausschließlich individuell, zu zweit oder in kleinen Gruppen von bis zu fünf Personen erfolgen.

§ 10
Spielplätze

(1) [1]Spielplätze unter freiem Himmel sind für Kinder nur in Begleitung von Erwachsenen geöffnet. [2]Die begleitenden Erwachsenen sind gehalten, jede Ansammlung zu vermeiden und wo immer möglich auf ausreichenden Abstand der Kinder zu achten.

(2) Polizei und kommunale Sicherheitsbehörden sind gehalten, überfüllte Spielplätze vorübergehend ganz oder teilweise zu schließen.

§ 11
Freizeiteinrichtungen

[1]Vereinsräume, Tagungs- und Veranstaltungsräume, Clubs, Diskotheken, Badeanstalten, Thermen, Wellnesszentren, Saunas, Jugendhäuser, Freizeitparks, Stadtführungen, Fitnessstudios, Tanzschulen, Vergnügungsstätten, Bordellbetriebe und vergleichbare Freizeiteinrichtungen sind geschlossen. [2]Untersagt sind ferner touristische Reisebusreisen. [3]Satz 1 gilt nicht für die Durchführung von Prüfungen nach § 15 und von Aus- und Fortbildungen nach § 16 Abs. 3.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Pharmakologie
5. Kliniken und Intensiv
6. Masken
7. Pharmakologie
8. Sonstiges

RKI-Kriterien für die Testung

Egal, ob der Patient einen Arzt per Video oder Telefon konsultiert oder in die Praxis kommt, eine der häufigsten Fragen ist: Wer wird getestet? Die Entscheidung trifft der Arzt auf Basis der Kriterien des Robert Koch-Institutes (RKI). Danach sollte eine Testung nur bei Vorliegen von Krankheitssymptomen erfolgen und zwar in diesen Fällen:

1. Akute respiratorische Symptome und Kontakt zu einer infizierten Person in den letzten 14 Tagen
2. Klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie im Zusammenhang mit einer Fallhäufung in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern
3. Klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie ohne Hinweis auf eine andere Ursache
4. Akute respiratorische Symptome bei Risikogruppen (Alter über 60, immunsupprimiert, onkologische Behandlung etc.) oder Beschäftigten im Pflegebereich, in Arztpraxen oder Krankenhäusern
5. Nur bei ausreichender Testverfügbarkeit: akute respiratorische Symptomen ohne Risikofaktoren

Die Kassen übernehmen die Kosten, wenn der Arzt den Test für medizinisch notwendig erachtet.

Blick ins Labor

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.

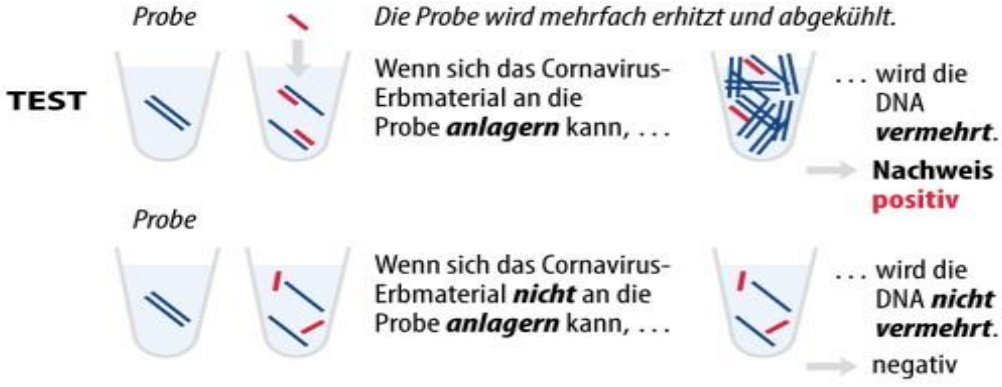
3. Wattestäbchen wird in Röhrchen zum Labor geschickt.

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



7. Ist der *Test positiv*, wird ein Bestätigungstest gemacht. → **Labor informiert Arzt und Gesundheitsamt**

dpa•100631 Quelle: u. a. Uniklinik Frankfurt, Institut für Medizinische Virologie

PCR

Erhebungen zu SARS-CoV-2-Labortestungen in Deutschland

Zur Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen werden deutschlandweit Daten von Universitätskliniken, Forschungseinrichtungen sowie klinischen und ambulanten Laboren wöchentlich am RKI zusammengeführt. Übermittelt werden diese über eine internetbasierte Umfrage des RKI über Voxco (RKI-Testlaborabfrage), vom Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), der am RKI etablierten Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) oder die Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands.

Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich KW 18/2020 wurden bisher 2.755.770 Labortests erfasst, davon wurden 186.331 positiv auf SARS-CoV-2 getestet.

Bis einschließlich KW 18 haben sich 208 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen übermittelnden Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlabfrage die Tests der vergangenen Kalenderwochen nachmelden können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich erhöhen. Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl der SARS-CoV-2-Testungen in Deutschland (05.05.2020, 18:00 Uhr)

KW	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Anzahl übermittelnde Labore
Bis einschl. 10	124.716	3.892 (3,1%)	90
11	127.457	7.582 (5,9%)	114
12	348.619	23.820 (6,8%)	152
13	361.515	31.414 (8,7%)	151
14	408.348	36.885 (9,0%)	154
15	379.233	30.728 (8,1%)	163
16	330.027	21.993 (6,7%)	167
17	357.876*	17.874* (5,0%)	175
18	317.979	12.143 (3,8%)	169
Summe	**2.755.770**	**186.331 (6,8%)**	

* Korrektur: Bei der Erhebung der Testzahlen für KW 17 wurden ursprünglich versehentlich mehr durchgeführte Tests (467.137) und positive Tests (25.222) gezählt (Lagebericht vom 29.04.2020). Die Zahlen wurden am 4.5.2020 korrigiert.

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testlaborabfrage und durch einen labormedizinischen Berufsverband Angaben zur täglichen Testkapazität abgefragt. Es gaben 137 Labore an, in der folgenden Woche (KW19) Kapazitäten für insgesamt 153.698 Tests pro Tag zu haben. Alle 137 übermittelnden Labore machten Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 4-7 Arbeitstagen lagen, daraus resultiert eine Testkapazität von 964.962 durchführbaren PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 in KW19 (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Testkapazitäten der übermittelnden Labore pro Tag und Kalenderwoche (05.05.2020, 18:00 Uhr)

KW, in der Angabe für die Folgewoche erfolgt ist	KW 10	KW11	KW12	KW13	KW14	KW15	KW16	KW17	KW18
Anzahl übermittelnde Labore	28	93	111	113	132	112	126	133	137
Testkapazität pro Tag	7.115	31.010	64.725	103.515	116.655	123.304	136.064	141.815	153.698
Neu ab KW15: wöchentliche Kapazität anhand von Wochenarbeitstagen	-	-	-	-	-	730.156	818.426	860.494	964.962

In KW 18 gaben 30 Labore einen Rückstau von insgesamt 3.790 abzuarbeitenden Proben an. 41 Labore nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien, hauptsächlich Extraktionskits und Abstrichtupfer und neu auch Pipettenspitzen.

Über diese aggregierte wöchentliche Erfassung von SARS-CoV-2-Labortestungen hinaus werden bei den an der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 beteiligten Laboren seit dem 01.01.2020 detailliertere Daten zu SARS-CoV-2-Testungen erhoben. Weitere Labore werden hierfür zudem noch rekrutiert (bei Interesse zur Teilnahme wenden Sie sich bitte an ars@rki.de).

Bei den derzeit 60 Laboren waren 69.481 (7,3%) der 956.016 übermittelten Testergebnisse positiv auf SARS-COV-2 (Datenstand 05.05.2020). In Abbildungen 7 und 8 werden die Ergebnisse über die Zeit genauer dargestellt.

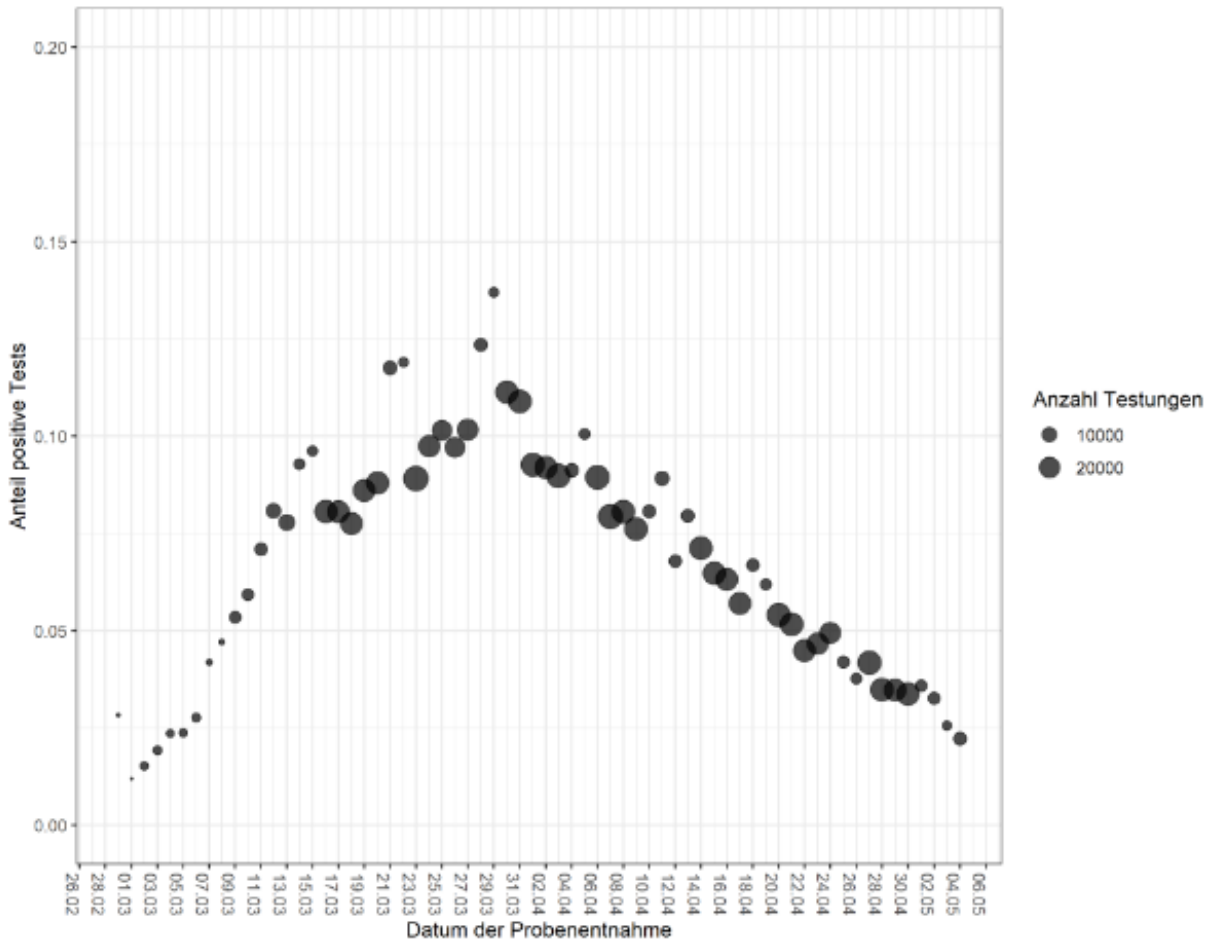


Abbildung 8: Anteil der positiven Testungen von allen Testungen nach dem Datum der Probenentnahme für Deutschland unter Berücksichtigung der Anzahl der Testungen. Die Punktgröße spiegelt die Anzahl der gesamtgetesteten Proben pro Tag wieder (Datenstand 05.05.2020)

aerzteblatt.de

Symptomatische Risikogruppen und Gesundheitsberufe systematisch testen

Mittwoch, 6. Mai 2020

Berlin – Eine **systematische Testung von symptomatischen Risikogruppen und Gesundheitsberufen** sowie eine konsequente Patientenseparierung sind zentrale Elemente eines künftigen COVID-19-Managements. Um das Pandemiegeschehen bei gelockerten Auflagen kontrollieren zu können, müssen **ausreichend Testkapazitäten** zur Verfügung stehen.

Konsequente Trennung der Patienten

Darüber hinaus schlagen Zi und DEGAM eine konsequente Dreiteilung der medizinischen Versorgung vor: Die Versorgung von Patienten ohne Verdacht auf COVID-19-Infektion, mit Verdacht auf eine COVID-19-Infektion oder in Quarantäne als Kontaktperson sowie mit bestätigter COVID-19-Infektion.

Personen ohne Verdacht auf eine COVID-19-Infektion sollten demnach für ihre nicht COVID-19-bezogenen Beschwerden die Leistungen der Regelversorgung in den von ihnen bisher konsultierten Praxen erhalten.

Patienten mit Verdacht auf eine COVID-19-Infektion oder in Quarantäne als Kontaktperson sollten nach den geltenden Kriterien getestet werden. Patienten mit bestätigter COVID-19-Infektion sollten während der üblicherweise 14-tägigen Quarantäneperiode laufend beobachtet werden.

Mit Beginn der Quarantäneperiode sollte unverzüglich der Hausarzt verständigt werden. Wenn dieser die Versorgung nicht leisten könne, bestehe für Patienten die Möglichkeit, einen Arzt über die Rufnummer 116117 zu finden, so Zi und DEGAM. Bei der Verlaufsbeobachtung sei je nach vorliegender Symptomatik eine Kombination aus telemedizinischem Monitoring und persönlichem Kontakt realisierbar.

aerzteblatt.de

Immunitätsnachweis durch Antikörpertest noch nicht möglich

Dienstag, 7. April 2020

Berlin – Häufig diskutiert wird in letzter Zeit die potenzielle Möglichkeit der **„Freitestung“** durch Antikörpertests, die eine überstandene SARS-CoV-2 Infektion nachweisen. Speziell im Gesundheitssektor würde sich dadurch vieles vereinfachen.
Doch die **Sensitivität** und **Spezifität** von Antikörpertests sei derzeit noch nicht ausreichend, um einer Person verlässlich Immunität gegenüber SARS-CoV-2 zu bescheinigen.

,,,
Zu unterscheiden seien diese Schnelltests von der ELISA-Untersuchung in akkreditierten medizinischen Laboren, die noch einmal gezielter nach spezifischen Oberflächenmerkmalen des Virus suchten, erklärte Jan Kramer, Vorstand im ALM und Sprecher der AG Versorgungsforschung. Hier gebe es erste Tests, einige wenige auch CE-zertifiziert, mit denen gerade in einigen medizinischen Labors Erfahrungen gesammelt würden.

Allerdings: Auch die Antikörpertests aus dem medizinischen Labor könnten (noch) nicht für eine Freitestung eingesetzt werden, ergänzte er, da noch zu häufig falsch positive Ergebnisse erzeugt würden. Grund dafür ist die aktuell noch sehr geringe Prävalenz der COVID-19-Erkrankung in der Bevölkerung.
„Die Krankheit ist so selten, dass die Testspezifika noch zu unsicher sind, um zuverlässig eine Auskunft über Immunität beziehungsweise das Vorhandensein von Antikörpern geben zu können.“

„Bei allen Antikörper-Testverfahren gibt es Kreuzreaktionen mit anderen Coronaviren“, sagte Michael Müller, 1. Vorsitzender des ALM. Ein positiver Antikörpertest gibt somit Hinweise auf einen zurückliegenden Erregerkontakt – kann aber nicht zu 100 Prozent beweisen, dass es sich um SARS-CoV-2 handelte. © nec/aerzteblatt.de

Medizin

aerzteblatt.de

Studie: Symptom-Screening kann Epidemie in Pflegeheimen nicht verhindern

Montag, 27. April 2020

Atlanta/Georgia – Die Aufarbeitung eines Ausbruchs in einer US-Pflegeeinrichtung zeigt, wie rasch sich SARS-CoV-2 unter älteren multimorbiden Heimbewohnern ausbreiten kann. Wesentlichen Anteil an der Dynamik hatte laut einem Bericht der US-Centers for Disease Control and Prevention (CDC) im *New England Journal of Medicine* (2020; DOI: 10.1056/NEJMoa2008457) der hohe Anteil von asymptomatischen und präsymptomatischen Infektionen unter den Bewohnern.

In dem Pflegeheim im King County im US-Staat Washington, dem ersten Epizentrum der Epidemie in den USA, wurde am 29. Februar begonnen, das Pflegepersonal auf mögliche Anzeichen und Symptome von COVID-19 hin zu untersuchen. Schon am nächsten Tag, dem 1. März, wurde ein Mitarbeiter positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Der Mitarbeiter litt seit dem 26. Februar unter Symptomen. Er war danach 2 Tage zur Arbeit erschienen. Melissa Arons und das COVID-19 Investigation Team der CDC aus Atlanta gehen davon aus, dass der Mitarbeiter das Virus eingeschleppt hat.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility

Melissa M. Arons, R.N., Kelly M. Hatfield, M.S.P.H., Sujan C. Reddy, M.D., Anne Kimball, M.D., Allison James, Ph.D., Jesica R. Jacobs, Ph.D., Joanne Taylor, Ph.D., Kevin Spicer, M.D., Ana C. Bardossy, M.D., Lisa P. Oakley, Ph.D., Sukarma Tanwar, M.Med., Jonathan W. Dyal, M.D., et al., for the Public Health–Seattle and King County and CDC COVID-19 Investigation Team*

RESULTS

Twenty-three days after the first positive test result in a resident at this skilled nursing facility, 57 of 89 residents (64%) tested positive for SARS-CoV-2. Among 76 residents who participated in point-prevalence surveys, 48 (63%) tested positive. Of these 48 residents, 27 (56%) were asymptomatic at the time of testing; 24 subsequently developed symptoms (median time to onset, 4 days). Samples from these 24 presymptomatic residents had a median rRT-PCR cycle threshold value of 23.1, and viable virus was recovered from 17 residents. As of April 3, of the 57 residents with SARS-CoV-2 infection, 11 had been hospitalized (3 in the intensive care unit) and 15 had died (mortality, 26%). Of the 34 residents whose specimens were sequenced, 27 (79%) had sequences that fit into two clusters with a difference of one nucleotide.

CONCLUSIONS

Rapid and widespread transmission of SARS-CoV-2 was demonstrated in this skilled nursing facility. More than half of residents with positive test results were asymptomatic at the time of testing and most likely contributed to transmission. Infection-control strategies focused solely on symptomatic residents were not sufficient to prevent transmission after SARS-CoV-2 introduction into this facility.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Pharmakologie
5. Kliniken und Intensiv
6. Masken
7. Pharmakologie
8. Sonstiges

DIENSTAG, 05. MAI 2020

Arznei für Schwerkranke

Deutsche Forscher finden Corona-Blocker

Die Suche nach Medikamenten und Impfstoffen gegen das neuartige Coronavirus läuft weltweit auf Hochtouren. Ein Forscherteam aus Niedersachsen testet 6000 künstlich hergestellte Antikörper an menschlichen Zellen und macht damit erstaunliche Fortschritte.

Bei der Erforschung des neuartigen Coronavirus haben Braunschweiger Wissenschaftler einem Medienbericht zufolge Antikörper nachweisen können, die das Virus am Eindringen in Zellen hindern. "Das ist eindeutig ein Durchbruch, der zeigt: Wir sind auf dem richtigen Weg für die Entwicklung eines Medikaments gegen Covid-19", sagte der Virologe Luka Cicin-Sain vom Braunschweiger Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) der "Braunschweiger Zeitung".

THE LANCET

CORRESPONDENCE | ONLINE FIRST

Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19

Nigel Curtis • Annie Sparrow • Tedros A Ghebreyesus • Mihai G Netea

Published: April 30, 2020 • DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31025-4

In addition to its specific effect against tuberculosis, the BCG vaccine has beneficial nonspecific (off-target) effects on the immune system that protect against a wide range of other infections and are used routinely to treat bladder cancer.

This has led to the suggestion that vaccination with BCG might have a role in protecting health-care workers and other vulnerable individuals against severe coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Randomised controlled trials have provided evidence that the BCG vaccine's immunomodulatory properties can protect against respiratory infections. In Guinea-Bissau, a high-mortality setting, BCG-Danish reduced all-cause neonatal mortality by 38% (95% CI 17–54), mainly because there were fewer deaths from pneumonia and sepsis.3

In South Africa, BCG-Danish reduced respiratory tract infections by 73% (95% CI 39–88) in adolescents.4

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is a single-stranded positive-sense RNA virus, and the BCG vaccine has been shown to reduce the severity of infections by other viruses with that structure in controlled trials. For example, the BCG vaccine reduced yellow fever vaccine viraemia by 71% (95% CI 6–91) in volunteers in the Netherlands,5

and it markedly reduced the severity of mengovirus (encephalomyocarditis virus) infection in two studies in mice.

THE LANCET

CORRESPONDENCE | ONLINE FIRST

Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19

Nigel Curtis • Annie Sparrow • Tedros A Ghebreyesus • Mihai G Netea

Published: April 30, 2020 • DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31025-4

Many of the mechanisms underlying the beneficial off-target effects of the BCG vaccine are now understood. The BCG vaccine and some other live vaccines induce metabolic and epigenetic changes that enhance the innate immune response to subsequent infections, a process termed trained immunity.8

The BCG vaccine might therefore reduce viraemia after SARS-COV-2 exposure, with consequent less severe COVID-19 and more rapid recovery.

Randomised controlled trials are underway in the Netherlands and Australia to assess whether BCG-Danish reduces the incidence and severity of COVID-19 in health-care workers, and the effect this has on time away from work (NCT04327206, NCT04328441). It is possible that BCG-Tokyo would be preferable to BCG-Danish.9

Until these trials are complete, there are four main reasons why it is very important to adhere to WHO's recommendation that the BCG vaccine is used for COVID-19 only in randomised controlled trials.10

First, the BCG vaccine is already in short supply, and indiscriminate use could jeopardise the supply needed to protect children against tuberculosis in high-risk areas. Second, whether BCG will be effective remains unknown: findings from the ecological studies suggesting less COVID-19 in countries with routine BCG immunisation are weak evidence because they are based on population rather than individual data and are prone to confounding.11

Also, it is unlikely that a BCG vaccine given decades ago in childhood will ameliorate COVID-19 now. One reason for this is that the beneficial off-target effects of the BCG vaccine might be altered by subsequent administration of a different vaccine.1

Third, if the BCG vaccine is not effective against COVID-19, BCG vaccination could engender a false sense of security. Fourth, careful safety monitoring in randomised trials is needed to guard against the remote possibility that up-regulation of immunity by BCG will exacerbate COVID-19 in a minority of patients with severe disease.

THE LANCET

CORRESPONDENCE | ONLINE FIRST

Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19

Nigel Curtis • Annie Sparrow • Tedros A Ghebreyesus • Mihai G Netea

Published: April 30, 2020 • DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31025-4

If the BCG vaccine or another inducer of trained immunity provides non-specific protection to bridge the gap before a disease-specific vaccine is developed, this would be an important tool in the response to COVID-19 and future pandemics.

SPIEGEL Wissenschaft

Suche nach Covid-19-Schutz

Der Tuberkulose-Trick

Impfungen mit lebenden Bakterien könnten das Immunsystem so trainieren, dass es möglicherweise auch das Coronavirus besser abwehrt. In den Niederlanden laufen bereits Studien mit einem Tuberkulose-Impfstoff.

Von **Irene Berres**
03.05.2020, 11.05 Uhr

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Medizinische Versorgung
   a. Ambulante Versorgung
   b. Kliniken
   c.Intensiv

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Anforderungen an die
Organisation der ambulanten hausärztlichen Versorgung während der COVID-19-Pandemie

Ausgangslage

1. Es zeigt sich, dass die Gesundheitssysteme bereits bei einem sehr geringen Durchseuchungsgrad an ihre Leistungsgrenzen geraten. Die resultierenden Berichte und Bilder führen weltweit zu massiven politischen Reaktionen. Die Folgen sind

   (1) eine gesellschaftspolitische Dynamik einschneidender Eingriffe in Freiheitsrechte mit dem Ziel, die Verbreitungsgeschwindigkeit der Infektion stark zu reduzieren.

   (2) eine starke und u. U. nachhaltige Eintrübung der Wirtschaftstätigkeit, die mittelfristig auch die finanziellen Grundlagen der sozialen Sicherung und der Krankenversicherung beeinträchtigen kann.

2. Im Rahmen sofort zu ergreifender Schutzmaßnahmen war die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Ausnahmezustand und die entsprechend veranlassten Notfallmaßnahmen zielführend. Zur Senkung der Verbreitungsgeschwindigkeit durch Kontaktverbote scheinen sie Wirkung zu zeigen und die Durchseuchung der Bevölkerung wirksam zu verzögern. Sie können aber weder bis zu dem Zeitpunkt aufrechterhalten bleiben, bis zu dem eine Durchimpfung der Bevölkerung oder zumindest der Hochrisikogruppen erreicht worden ist, noch können sie in vergleichbarer Weise wiederholt implementiert werden, falls – wie zu erwarten – die Infektionsrate nach einer (teilweisen) Aufhebung der Kontaktbeschränkungen wieder ansteigen sollte. Eine Öffnung der allgemeinen Kontakteinschränkungen erfordert daher ein alternatives Vorgehen in der Zukunft und einen kompensatorisch verstärkten Schutz der Hauptrisikogruppen. Im Rahmen der längerfristigen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wird ein weitergeführter Dirigismus von politischer Seite ebenso abgelehnt wie Parallelstrukturen, in denen Gesundheitsämter Aufgaben der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Die Arzt-Patient-Beziehung und Persönlichkeitsrechte müssen weiterhin gewahrt bleiben.

3. Überragende Ziele für ein solches, alternatives Vorgehen müssen sein, erstens, weiterhin die absolute Anzahl schwer und ggf. tödlich verlaufender COVID-19-Infektionen in einem Rahmen zu halten, der mit verfügbaren Kapazitäten der medizinischen Versorgung bewältigt werden kann, und zweitens, die ambulante medizinische Versorgung unter notwendigen Vorsichtsmaßnahmen im gewohnten Umfang sicher zu stellen.

Investition in ein Testprogramm

4. Sollen die Kontaktbeschränkungen gelockert werden, müssen neu entstehende Infektionscluster schnell gefunden und isoliert werden, um das Pandemiegeschehen zu kontrollieren und vulnerable Personengruppen schützen zu können.[8] Dies wird durch den hohen Anteil asymptomatischer und präsymptomatischer Infektionen erschwert.

5. Dazu muss in eine systematische Testung der Bevölkerung (keine Massentestungen, es gelten die Kriterien von RKI und DEGAM-Leitlinie) und der Gesundheitsberufe mit nach dem jeweiligen Stand der Evidenz geeigneten Tests investiert werden. Für die schnellstmögliche Erkennung akuter Infektionen steht derzeit nur der Erregernachweis mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) zur Verfügung. Antikörpertests sind weder geeignet, einen akuten Infekt nachzuweisen, noch stehen bei dem derzeit geringen Durchseuchungsgrad der Bevölkerung ausreichend sensitive und spezifische Antikörpertests zur Verfügung.[9]

6. Es sind prioritär ausreichende und zeitnahe Testungen symptomatischer Personen sowie des medizinischen Personals bzw. des Pflegepersonals sicherzustellen. Bei positiv getesteten Personen müssen auch die Kontaktpersonen einbezogen werden. Die Anzahl der unter Risiko stehenden Kontakte dürfte bei einer anzunehmenden Reproduktionszahl von 2 bei 20 Kontaktpersonen liegen und umfasst auch Personen, die den Infizierten nicht persönlich bekannt sind.

7. Eine Reproduktionszahl von 2 dürfte bei einer Lockerung der Kontaktbeschränkungen schnell wieder erreicht sein.[10] Wichtig ist, dass die Zahl der Neuinfektionen insgesamt klein bleibt. Aktuelle Daten zum Epidemieverlauf in Deutschland zeigen, dass die ursprünglich zwischen 3 und 4 liegende Reproduktionszahl für die meisten Altersgruppen mit Ausnahme der über 80-Jährigen auf einen Wert von 0,9 (Stand 20.04.2020)[11] gesunken ist. Nur für die über 80-Jährigen ist ein abweichender Verlauf festzustellen.[12] Deren Reproduktionszahl war zu Beginn der Epidemie niedriger als für Jüngere, sie nimmt aber auch nicht so stark ab und verharrt auf einem Wert nahe 2. Auch beim Testen sollte daher ein Fokus auf ältere vulnerable Bevölkerungsgruppen und mögliche nosokomiale Infektionen dieser Gruppe liegen.

8. Um die im Einzelfall unter Risiko stehenden Kontakte zutreffend und schnell ermitteln zu können, kann die freiwillige Verwendung einer Tracing-App sinnvoll sein, wenn sich eine ausreichende Zahl von Personen zuverlässig beteiligt. Sämtliche Kontaktpersonen können damit ggf. identifiziert und ebenfalls mindestens einmal getestet werden, um über deren Quarantäne zu entscheiden. Zur Erfassung der Kontaktpersonen wird technische Unterstützung, etwa durch eine Tracing-App, erforderlich sein. Zudem sollten sämtliche in der medizinischen und pflegerischen Versorgung berufstätigen Personen einmal wöchentlich getestet werden. Hierbei ist ein Pooling

möglich[13], eine Sensitivität des PCR-Tests wurde in Gruppen bis 32 Tests nachgewiesen[14] und auch in Deutschland schon mit guten Ergebnissen eingesetzt[15] und kann die Anzahl notwendiger Tests in kleineren Gruppen deutlich reduzieren.[16]

9. Um das Pandemiegeschehen bei gelockerten Auflagen kontrollieren zu können, müssen anhaltend ausreichend Testkapazitäten zur Verfügung stehen. Durch geeignetes Pooling könnte eine systematische Teststrategie verfolgt werden. Dennoch müssten die täglichen Testkapazitäten deutlich erweitert werden. Je nach Ausgestaltung des Testprogramms und des Pandemieverlaufs sind nach Berechnungen des Zi rd. 500.000 Tests pro Tag erforderlich, um die Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Infizierten und deren Kontaktpersonen in der Bevölkerung sowie die Bewohner von Pflegeheimen regelhaft zu testen.[17] Durch geeignetes Pooling könnte damit eine noch größere Anzahl von Personen erfasst werden.

10. Der Anteil schwerer Verläufe und Todesfälle unter allen Verläufen weist international eine hohe Schwankungsbreite auf[18], was auf unterschiedliche Testverfahren und -intensität, den Zugang zum Gesundheitswesen sowie die Versorgungsqualität, die Erfassung der Fälle und die Erfassung der Todesfälle sowie insbesondere die Erkrankungsrate der Risikopersonen zurück zu führen ist. Deutschland fällt dabei durch eine besonders niedrige Rate an Verstorbenen auf; die im internationalen Vergleich großzügig bemessenen stationären Versorgungskapazitäten[19], insbesondere Betten auf Intensivstationen und Beatmungsplätze, wurden bisher nur zu rd. 10 % ausgeschöpft[20]. Angesichts der im internationalen Vergleich sehr hohen Testhäufigkeiten bei einer niedrigen Rate positiver Ergebnisse ist von einer im internationalen Vergleich eher geringen Dunkelziffer auszugehen. Das oben beschriebene Vorgehen muss demnach als sinnvolle Fortsetzung des bisher in Deutschland beschriebenen Weges angesehen werden.

11. Anhand der beschriebenen Teststrategie kann auch ein System der Rückfallsicherung aufgebaut werden. Anhand der inzidenten und prävalenten Infektionen kann ein Frühwarnsystem aufgebaut werden, das zeigt, innerhalb welchen Zeitraums in der Zukunft bei einer Projektion des gegebenen Epidemieverlaufs die Versorgungskapazitäten der Praxen und Krankenhäuser erschöpft sind, um rechtzeitig durch ggf. wieder stärker kontakteinschränkende Maßnahmen gegensteuern zu können.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Medizinische Versorgung
   a. Ambulante Versorgung
   b. Kliniken
   c.Intensiv

Klinische Aspekte

Für 134.728 (82%) übermittelte Fälle liegen klinische Informationen vor. Häufig genannte Symptome waren Husten (50%), Fieber (41%) und Schnupfen (21%). Für 3.786 Fälle (2,8%) ist bekannt, dass sie eine Pneumonie entwickelt haben. Eine Hospitalisierung wurde bei 23.634 (18%) der 134.073 übermittelten COVID-19-Fälle mit diesbezüglichen Angaben angegeben. Seit der 17. KW können die Fälle in einer eigenen Übermittlungskategorie (für COVID-19) erfasst werden. Seitdem können auch Geruchs- und Geschmacksverlust als Symptom erfasst werden. Bei 667 von 4.408 neu in der COVID-19-Kategorie erfassten Fällen (15%) mit Angaben zur Klinik wurde mindestens eines dieser beiden Symptome angegeben.

Geschätzte 137.400 Personen sind von ihrer COVID-19-Infektion genesen. Ein genaues Datum der Genesung liegt für die meisten Fälle nicht vor. Daher wird ein Algorithmus zur Schätzung der Anzahl der Genesenen verwendet.

Insgesamt sind 6.996 Personen in Deutschland im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben (s. Tabelle 2). Es handelt sich um 3.907 (56%) Männer und 3.084 (44%) Frauen, für fünf Personen ist das Geschlecht unbekannt, für vier Personen das Alter. Der Altersdurchschnitt liegt bei 81 Jahren (Median: 82 Jahre). Von den Todesfällen waren 6.053 (87%) Personen 70 Jahre und älter. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nur 19%. Es wird weiterhin von COVID-19-bedingten Ausbrüchen in Alters- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern berichtet. In einigen dieser Ausbrüche ist die Zahl der Verstorbenen vergleichsweise hoch.

Tabelle 2: Die dem RKI übermittelten COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 6.987 Todesfälle; 06.05.2020, 0:00 Uhr)

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)										
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
männlich		1	5	11	37	176	466	1.073	1.681	452	4
weiblich	1		2	5	12	57	161	507	1.489	806	41
gesamt	**1**	**1**	**7**	**16**	**49**	**233**	**627**	**1.580**	**3.170**	**1.258**	**45**

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 Kriterum (max. 4)
■ Pneumonie-bedingte Verwirrtheit, Desorientierung	
■ Atemfrequenz ≥ 30/min	
■ Blutdruck diastol. ≤ 60 mmHg oder systol. < 90 mmHg	
■ Alter ≥ 65 Jahre	
▶ Stationäre Aufnahme: Ab 1 Punkt erwägen, ab 2 Punkten immer!	

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Medizinische Versorgung
   a. Ambulante Versorgung
   b. Kliniken
   c. Intensiv

DIVI-Intensivregister

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) führt gemeinsam mit dem RKI das DIVI-Intensivregister (https://www.intensivregister.de/#/intensivregister). Das Register erfasst intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Patienten und Bettenkapazitäten auf Intensivstationen von allen Krankenhäusern in Deutschland und gibt einen Überblick darüber, in welchen Kliniken aktuell wie viele Kapazitäten auf Intensivstationen zur Verfügung stehen. Seit dem 16.04.2020 ist die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend.

Mit Stand 06.05.2020 (9:15 Uhr) beteiligen sich 1.222 Klinikstandorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden 31.893 Intensivbetten registriert, wovon 19.627 (62%) belegt sind; 12.266 (38%) Betten sind aktuell frei. Im Rahmen des DIVI-Intensivregisters wird außerdem die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle erfasst (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (06.05.2020, 9:15 Uhr)

	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortrag
In intensivmedizinischer Behandlung	1.884		-53
- davon beatmet	1.311	70%	-35
Abgeschlossene Behandlung	10.312		+138
- davon verstorben	2.923	28%	+24

aerzteblatt.de

Bundesärztekammer stellt Orientierungshilfe für Triage vor

Dienstag, 5. Mai 2020

,,, Grundsatz müsse aber immer sein, dass **kein Menschenleben mehr wert sei als ein anderes**, stellt die BÄK ausdrücklich klar. „**Es verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von zum Beispiel Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status**."

Die Therapieentscheidungen im Triagefall seien „**stets einzelfallbezogene Entscheidungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten**", betont die Bundesärztekammer. Entscheidungen dürften **nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden.**

Grundsätzlich seien alle Patienten, die einen entsprechenden Behandlungsbedarf haben, einzubeziehen unabhängig davon, ob ihr Bedarf auf eine infektiöse Erkrankung (SARS-CoV-2) oder eine andere (intensiv-)medizinisch behandlungsbedürftige Krankheit zurückgehe.

aerzteblatt.de

Bundesärztekammer stellt Orientierungshilfe für Triage vor

Dienstag, 5. Mai 2020

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Auch nach Überzeugung der Bundesärztekammer handeln Ärztinnen und Ärzte rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existentieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsordnung und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen treffen.

Musterberufsordnung

„Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten ...“(§ 1 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä).

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren“(§7 Abs. 1 MBO-Ä).

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. ... Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. ... Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen ...“(§§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 und Abs. 4 MBO-Ä).

Dabei sollen die nachfolgenden <u>Grundsätze</u> besonders beachtet werden.

- **Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten müssen gewahrt bleiben**
- **Kein Menschenleben ist mehr wert als ein anderes – es gilt der Grundsatz der Gleichbehandlung**
- **Zentrale Kriterien für die Entscheidungen: Indikation, Patientenwille und klinische Erfolgsaussichten**
- **Kritische Prüfung der Indikation zur Fortführung einer Intensiv- und/oder Beatmungstherapie**

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Es sind stets einzelfallbezogene Entscheidungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten. Entscheidungen dürfen nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden.

Die Indikation zu medizinischen Maßnahmen richtet sich nach dem üblichen klinischen Vorgehen. **Nach den Prinzipien des Wohltuns (Benefizienz) und Nichtschadens ist zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung eine realistische Erfolgsaussicht hat und sich ein vom Patienten gewolltes Behandlungsziel erreichen lässt.**

Die Beurteilung der Erfolgsaussicht ergibt sich nicht aus dem Vorliegen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren (z. B. Schweregrad der akuten Erkrankung, Komorbiditäten, allgemeiner Gesundheitszustand/Gebrechlichkeit), die im Einzelfall jeweils integriert zu berücksichtigen sind.

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Anlage

Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie

I *Festlegung von Entscheidungswegen und Verantwortlichkeiten innerhalb der stationären Einrichtung* (Aufgabe der Klinikleitung)

1. Sind die Organisation und Ablaufprozesse der stationären Patientenaufnahme einschließlich der klinikinternen Zuteilung (ambulanter Verbleib, Normalstation, Intensivstation) festgelegt?
2. Haben sich Klinik und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über die Einweisungsmodalitäten und die Möglichkeiten einer kurzfristigen Abstimmung im Einzelfall verständigt und sind die entscheidenden Ansprechpartner bekannt?
3. Liegen in der Aufnahmestation der Klinik alle erforderlichen Informationen zur Entscheidungsfindung (Festlegungen zum Patientenwillen, Anamnese, Vorbefunde, aktuelle medizinische Befunde) vor?
4. Sind die Verantwortlichkeiten für organisatorische und medizinische Fragen sowie Entscheidungen festgelegt? Das betrifft sowohl die stationäre Aufnahme als auch Entscheidungen im Behandlungsverlauf. Ist hierzu die Beratung in einem interprofessionellen Team bezüglich Aufgaben und Zusammensetzung des Teams definiert?
5. Besteht die Möglichkeit der zeitnahen Einbeziehung eines Ethik-Komitees?
6. Sind die Kriterien für die Entscheidungsfindung beschrieben (Indikation, Patientenwille, klinische Erfolgsaussichten)?
7. Ist festgelegt, wer getroffene Entscheidungen gegenüber dem Patienten und den Angehörigen transparent macht und erläutert?
8. Sind diese Festlegungen und Prozeduren in einer klinikinternen SOP schriftlich niedergelegt und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich und bekannt gemacht? Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften verfügbar und bekannt?

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Anlage

Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie

II Bei der Entscheidung im Einzelfall vom Letztverantwortlichen zu klärenden Fragen

1. Liegen alle entscheidenden Informationen zum Patientenwillen sowie zu den medizinischen Befunden vor?
2. Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigt?
3. Ist die Möglichkeit einer Verlegung geprüft?
4. Sind die Beratungsergebnisse des interprofessionellen Teams sowie gegebenenfalls eines Ethik-Komitees in die Entscheidungsfindung mit eingeflossen?
5. Ist sichergestellt, dass die Entscheidung nicht allein aufgrund der Zugehörigkeit der Patientin/des Patienten zu einer bestimmten Gruppe (z. B. Alter, soziale Kriterien, Behinderung) getroffen wird?
6. Ist sichergestellt, dass die Entscheidung nicht schematisiert, sondern einzelfallbezogen erfolgt?

aerzteblatt.de

Ressourcen in der Intensivmedizin: Orientierung an Erfolgsaussicht

Dtsch Arztebl 2020; 117(14): A-698 / B-592

Richter-Kuhlmann, Eva

Entscheidungen über die Aufnahme auf Intensivstation

Schritt 1: Abklärung der intensivmedizinischen Behandlungsnotwendigkeit

Schritt 2: Einschätzung der Erfolgsaussicht im Sinne des Überlebens der Intensivtherapie oder der Erreichung eines realistischen Therapieziels

Schritt 3: Einwilligung in die Intensivtherapie prüfen (aktueller, vorausverfügter, zuvor geäußerter oder mutmaßlicher Patientenwille)

Schritt 4: Priorisierung (nur bei unzureichenden Ressourcen)

- nach Einschätzung der Erfolgsaussichten der möglichen Intensivtherapie
- im Hinblick auf ein realistisches patientenzentriertes Therapieziel
- im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für andere Patienten
- unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten

Quelle: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie", 26. März 2020

aerzteblatt.de

Intensivmediziner verteidigen Behandlung von COVID-19-Patienten

Dienstag, 5. Mai 2020

Nürnberg – Fachgesellschaften für Intensivmedizin in Deutschland wehren sich gegen Kritik an der Behandlung von Patienten mit COVID-19. Die Versuche einzelner Ärzte, in den Medien Angst vor einer Beatmung zu schüren, führten zu einer unnötigen Verunsicherung der Patienten, erklärten unter anderen der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) sowie die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

„Der implizite und explizite Vorwurf, dass in Deutschland COVID-19-Patienten zu früh und/oder zu häufig intubiert und dadurch vermehrt versterben würden, ist schlichtweg falsch“, heißt es in der gemeinsamen Erklärung weiter. Vielmehr zeigten vorliegende Daten, dass rund 70 Prozent der Intensivpatienten mit COVID-19 die Behandlung auf einer Intensivstation überlebten.

Die Mediziner verweisen auf im Vergleich zu anderen Ländern deutlich höhere Überlebensraten. Das sei auf eine den Leitlinien entsprechende gute Behandlungsqualität sowie ein „gut vorbereitetes und hochwertiges Gesundheitssystem sowie einen guten Zugang der gesamten Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen“ zurückzuführen.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Medizinische Versorgung
5. Masken
6. Sonstiges

Maskentyp / Eigenschaften	1. „Community-Maske“	2. Mund-Nasen-Schutz	3. Filtrierende Halbmasken
Abkürzung/Synonym	DIY-Maske; Behelfs-Mund-Nasen-Maske	MNS / Operations-(OP)Maske	FFP2 / FFP3-Maske
Verwendungszweck	Privater Gebrauch	Fremdschutz	Eigenschutz / Arbeitsschutz
Medizinprodukt bzw. Schutzausrüstung	Nein	Ja	Ja
Testung und Zertifizierung / Zulassung	Nein	Ja, Norm DIN EN 14683:2019-6 CE-Zertifikat[1]	Ja, Norm DIN EN 149:2001-10 CE-Zertifikat[1]
Schutzwirkung	i.d.R. nicht nachgewiesen; durch das Tragen können Geschwindigkeit des Atemstroms oder Speichel-/Schleim-Tröpfchenauswurfs reduziert werden und die Masken können das Bewusstsein für „social distancing“ sowie gesundheitsbezogenen achtsamen Umgang mit sich und anderen unterstützen	Schutz vor Tröpfchenauswurf des Trägers	Schutz des Trägers vor festen und flüssigen Aerosolen

aerzteblatt.de

„Nicht für jeden ist das Tragen einer Maske unbedenklich“

Montag, 27. April 2020

Nicht für jeden Menschen ist das Tragen einer Maske unbedenklich. Das gilt für alle Patienten mit einer symptomatischen und instabilen Angina pectoris und einer **symptomatischen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)** beziehungsweise eingeschränkter Lungenfunktion.

Bei starker körperlicher Anstrengung besteht bei ihnen die Gefahr der **Hyperkapnie**. Kann das Kohlendioxid (CO2) aufgrund des erhöhten Luftwiderstands in der Maske nicht richtig abgeatmet werden, könnte es sich im Blut anreichern und den pH-Wert im Blut senken. Der erhöhte CO2-Partialdruck würde dann zu einer respiratorischer Azidose führen

Anfängliche Symptome einer Hyperkapnie sind **Kopfschmerzen, Schwindel, Hautrötung, Muskelzuckungen, kardiale Extrasystolen.** Im fortgeschrittenen Stadium können **Panik, Krampfanfälle und Bewusstseinsstörungen auftreten**. Ein hyperkapnisches Atemversagen findet man bei einer plötzlichen Verschlechterung einer COPD.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Kliniken und Intensiv
5. Masken
6. Reinigung und Desinfektion
7. Sonstiges

Der Bundesfeuerwehrarzt informiert…

DEUTSCHER FEUERWEHR VERBAND

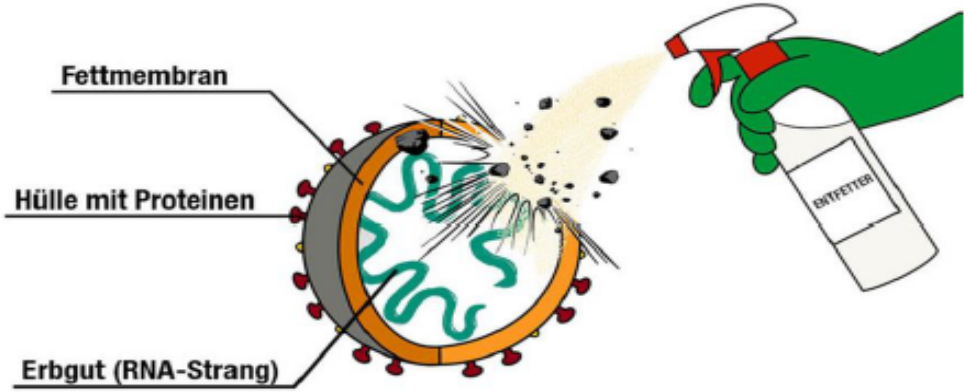
Information vom 3. Mai 2020

Das Corona-Virus (Ergänzung IX): Hygiene: reinigen – waschen – desinfizieren

Prävention der Ansteckung über Tröpfchen – Aerosole – Schmierinfektion:
Mindestens 1,5 m Abstand halten – Verzicht auf Händeschütteln – Kontakt zu suspekten Oberflächen meiden – weniger Körperkontakte – Menschenansammlungen meiden – ÖPNV vor allem in Stoßzeiten meiden (gegebenenfalls Homeoffice) – Händewaschen (mit Seife und Wasser, mindestens 20 bis 30 Sekunden) – Händedesinfektion – Infektionsschutzhandschuhe – Mundschutz nach gesetzlicher Grundlage – Husten- und Niesetikette – Papiertaschentücher richtig entsorgen – Hände weg vom Gesicht – Arbeitsplatz sauber halten – Lüften – bei Beschwerden zuhause bleiben

Was ist nun bei SARS-CoV 2 notwendig und sinnvoll?

Das Coronavirus besteht aus 3 Anteilen, nämlich aus Eiweiß, Erbmaterial und einer Hülle aus Fett. Ohne diese Hülle kann das Virus nicht existieren. „Tensidhaltige Reiniger enthalten Substanzen, die genau diesen Effekt auch auf das Coronavirus haben. Das ist ein Grund, weshalb Handseife und ein intensives Händewaschen das Ansteckungsrisiko für Covid-19 reduzieren. Besonders Spülmittel hat eine hohe fettlösende Eigenschaft. Daher eignet sich das Reinigungsmittel besonders gut gegen Coronaviren ...“ *(Prof. Dr. Ulrike Protzer)*



Daher gilt grundsätzlich:

Wertigkeit:

Waschen vor desinfizieren

1. Reinigen der Hände

Auch hier gilt der **Grundsatz** **waschen vor desinfizieren**.
Ein gründliches Waschen der Hände, insbesondere nach einem Einsatz, vor und nach dem Wechsel der Mund-Nasen-Bedeckung, nach dem Ausziehen der Einsatzkleidung oder zuhause, ist ausreichend.
Hierfür sollten wir uns **20 -30 sec Zeit** nehmen und dies in 5 Schritten machen:

Sie können hierfür eine normale Seife oder Seifenlösung verwenden.

Hatten sie allerdings Kontakt zu Personen oder Gegenständen, welche denkbar als infektiös zu betrachten sind, oder nach medizinischen Maßnahmen, dann sollten sie ...

Ablauf:

Desinfizieren vor waschen

Hierzu können sie ein **zugelassenes Hände- und Hautdesinfektionsmittel** verwenden, welches mindestens **begrenzt viruzid** ist.

Beachten Sie den richtigen Vorgang einer Händedesinfektion, um auch die Problembereiche der Hände zu erreichen und die Einwirkzeit.

Vergessen Sie nicht eine gute Hautpflege und die Verwendung von Hautpflegemitteln, **cremen Sie die Hände** danach ein.

2. Reinigen von Oberflächen, Fahrzeuge, Einsatzmittel

Grundsätzlich sollten alle BOS-Einrichtungen einen **Hygieneplan** erstellt haben.

Auch hier gilt der **Grundsatz** **waschen vor desinfizieren**, d.h. die Verwendung von **tensid-haltigen Reinigungsmittel** hat Vorrang vor einer Desinfektion.

Diese Tenside brauchen eine gewisse Zeit um die Lipidhülle des Virus zu zerstören (Einwirkzeit!).
Es „steht die Reinigung von Oberflächen im Vordergrund. Dies gilt auch für Oberflächen, welchen antimikrobielle Eigenschaften zugeschrieben werden, da auch hier Sekrete und Verschmutzungen mechanisch entfernt werden sollen." *(RKI 04.04.2020)*
„Eine routinemäßige Flächendesinfektion in häuslichen und öffentlichen Bereichen, auch der häufigen Kontaktflächen, wird auch in der jetzigen COVID-Pandemie nicht empfohlen. Hier ist die angemessene Reinigung das Verfahren der Wahl." *(RKI 04.04.2020)*
Beachten Sie auch die ungewollte Schädigung von Oberflächen, Einsatzmitteln oder Funkgeräten durch Desinfektionsmittel.
Bedenken Sie also, dass antibakterielle Reinigungsmittel oder Putztüche aus dem Supermarkt keine Vorteile bringen und auch Desinfektionsmittel keine Reinigung ersetzen, da sie keinen Schmutz entfernen.

Die Desinfektion von Oberflächen ist unbenommen, wenn Kontakt mit einer infektiösen oder erkrankten Person bestand.
Hier wäre eine **Wischdesinfektion** für den **Kontaktbereich** und in einem **Umkreis** von ca 2 Meter (Tröpfchen, Aerosole) angezeigt.
„Eine Sprühdesinfektion, d.h. die Benetzung der Oberfläche ohne mechanische Einwirkung, ist weniger effektiv ..." *(RKI 04.04.2020)*
„Coronaviren sind ... relativ gut empfindlich gegen viele Desinfektionsmittel. Für die Desinfektion können Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen behüllte Viren („begrenzt viruzid") verwendet werden. Mittel mit erweitertem Wirkbereich gegen Viren wie "begrenzt viruzid PLUS" oder "viruzid" können ebenfalls verwendet werden. Geeignete Mittel sind u.a. in der Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren (RKI-Liste) ... aufgeführt. Die Anwendung von alkoholbasierten Produkten ist aus Brandschutzgründen auf kleine Flächen zu beschränken." *(RKI 04.04.2020)*

Eine **Desinfektion muss entsprechend dokumentiert** werden.

Beachten Sie die Sicherstellung eines **adäquaten Hautschutzes!**

3. Reinigen von Einsatzkleidung

Einsatzkleidung ist regelmäßig zu wechseln.
Einsatzkleidung ist grundsätzlich hygienisch aufzubereiten.
Die Wäsche sollte generell bei mindestens **60 Grad** gewaschen werden, um Viren abzutöten. Auf Hygienespüler können Sie verzichten.
Verschmutzte Kleidung sollte nicht ausgeschüttelt werden.
Nach Kontakt mit kontaminierter Wäsche müssen die Hände gewaschen werden.
Ein Vollwachmittel wird als ausreichend betrachtet.

Im **Rettungsdienst** ist häufig der Infektionsstatus der Patienten unbekannt.
Die Wäsche sollte daher mindestens mit einem chemothermischen Verfahren mit einem gelisteten desinfizierenden Waschmittel, ggf. eine Wäscheaufbereitung nach RAL 992/2, gereinigt werden.

Grundsätzlich sind qualifizierte **Mund-Nasen-Bedeckungen** (MNB) Einmalartikel und sollten nach einmaliger Benutzung verworfen werden.
Allerdings werden zunehmend Community-masks oder DIY mehrfach verwendet. Auch hier ist die Hygiene als Ziel zu formulieren, ein Waschen mit mind. 60° mit anschließendem Bügeln ist denkbar.

Nach dem Einsatz: Gesund bleiben dank Desinfektion

rettungsdienst.de
NEWS / FORTBILDUNG / MEINUNG / PRAXIS

von rm-mediaservice, 6. Mai 2020

Arbeitskleidung, Arbeitsschuhe, Aufenthaltsräume, Smartphones

Kontrollieren Sie vor dem Betreten der Wache Ihre Kleidung. Wechseln Sie diese bei sichtbarer Kontamination sofort. Ist Ihre Schicht beendet, gehören Oberteile und Hose in die Wäsche.

Sichtbare und unsichtbare Kontaminationen auf Arbeitsschuhen entfernen Sie schnell mit gebrauchsfertigen Desinfektionstüchern, z. B. mit *Bacillol® 30 Tissues*. Deren Wirkstoff ist besonders materialverträglich und ***begrenzt viruzid***. Ebenfalls sinnvoll: Überschuhe zur Einmalverwendung, beispielsweise *Valachauss®*. Streifen Sie diese vor dem Betreten der Wache über die Arbeitsschuhe.

Auch in Aufenthaltsräumen zeigen Abklatschuntersuchungen die Erreger-Besiedlung von Sitzmöbeln. Nutzen Sie dort ausschließlich Möbel, die mit den extragroßen und *Bacillol® 30 Tissues XXL* wisch-desinfizierbar sind.

Die Zahlen sind eindeutig: 94,5 % der Handys von Klinik-Mitarbeitenden sind bakteriell kontaminiert, sogar mit dem gefährlichen *S. aureus*. Für die Rettungsdienste dürfte ähnliches gelten. Stoppen Sie Kontaminationsrisiken durch die regelmäßige Reinigung des Gerätes mit niedrig-alkoholischen Desinfektionstüchern. *Bacillol® 30 Tissues* schonen das Material – desinfizieren jedoch effizient.

Schwarz-Weiß-Zonen

Denken Sie nach der Reinigung Ihrer PSA und dem Verstauen der Arbeitskleidung in geeigneten Behältnissen auch an eine hygienische Händedesinfektion. So ist Ihr Rundumschutz gesichert.

Nach dem Einsatz:
Hygienetipps für die Rettungswache

Bei Rückkehr in die Rettungswache lauern typische Hygieneschwachstellen, die eine Verbreitung von Krankheitserregern in den Räumlichkeiten begünstigen. Darauf sollten Sie achten:

Arbeitskleidung

TIPP: Bei Kontamination muss die Kleidung direkt gewechselt werden. Vor Betreten der Räumlichkeiten sollte immer geprüft werden, ob die Kleidung unbemerkt mit potenziell infektiösem Material kontaminiert wurde. Oberteile und Hose mindestens täglich nach Beendigung der Schicht wechseln.

Arbeitsschuhe

TIPP 1: Arbeitsschuhe nach jedem Dienst und bei Kontamination mit besonders materialverträglichen gebrauchsfertigen Desinfektionstüchern reinigen (z. B. Bacillol 30 Tissues).

TIPP 2: Überschuhe zur Einmalverwendung können vor Betreten der Räumlichkeiten über die Arbeitsschuhe gezogen werden und schützen vor einer Keimverschleppung (z. B. Valachauss).

Desinfektionsmittel vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformation lesen.

Aufenthaltsraum

Abklatschuntersuchungen zeigen: Sitzmöbel in Aufenthaltsräumen sind häufig mit Erregern kolonisiert:

TIPP 1: Wisch-desinfizierbare Sessel und Sofas bevorzugen.

TIPP 2: Regelmäßige Wisch-Desinfektion mit den extragroßen Bacillol 30 Tissues XXL.

Schwarz-Weiß-Zonen

Die Schwarz-Weiß-Zonen bzw. unreine/reine Bereiche berücksichtigen:

TIPP: Nach dem Ablegen der Arbeitskleidung an die hygienische Händedesinfektion denken. Die abgelegte Arbeitskleidung in ausreichend widerstandsfähigen und dichten Behältnissen sammeln.

Smartphones

94,5 % der Mitarbeiterhandys in Kliniken sind bakteriell kontaminiert und auf jedem 4. Handy wurde *S. aureus* nachgewiesen. Auch im Rettungsdienst bestehen Kontaminationsrisiken durch Smartphones.

TIPP: Mit niedrig-alkoholischen Desinfektionstüchern (z. B. Bacillol 30 Tissues) lassen sich Smartphones materialverträglich und effizient desinfizieren.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten
2. Strategie
3. Labor und Testung
4. Kliniken und Intensiv
5. Masken
6. Sonstiges

Ausbreitung von Corona verlangsamen:
Gemeinsam entschlossen handeln.