

Aktuelle Information über Coronavirus



2020-05-05

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 32 ff)
3. Labor und Testung (Folie 38 ff)
4. Pharmakologie (Folie 42 ff)
5. Medizinische Versorgung (Ambulant (Folie 46 ff), Kliniken (Folie 47 ff), Intensiv (Folie 50 ff))
6. Masken (Folie 57 ff)
7. Reinigung und Desinfektion (Folie 62 ff)
8. Sonstiges (Folie 70 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**



Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland

Schlussfolgerungen

Von jetzt an und in den nächsten Wochen sind maximale Anstrengungen erforderlich um die COVID-19-Epidemie in Deutschland zu verlangsamen, abzuflachen und letztlich die Zahl der Hospitalisierungen, intensivpflichtigen Patienten und Todesfälle zu minimieren.

Verlauf der Infektion in Tagen

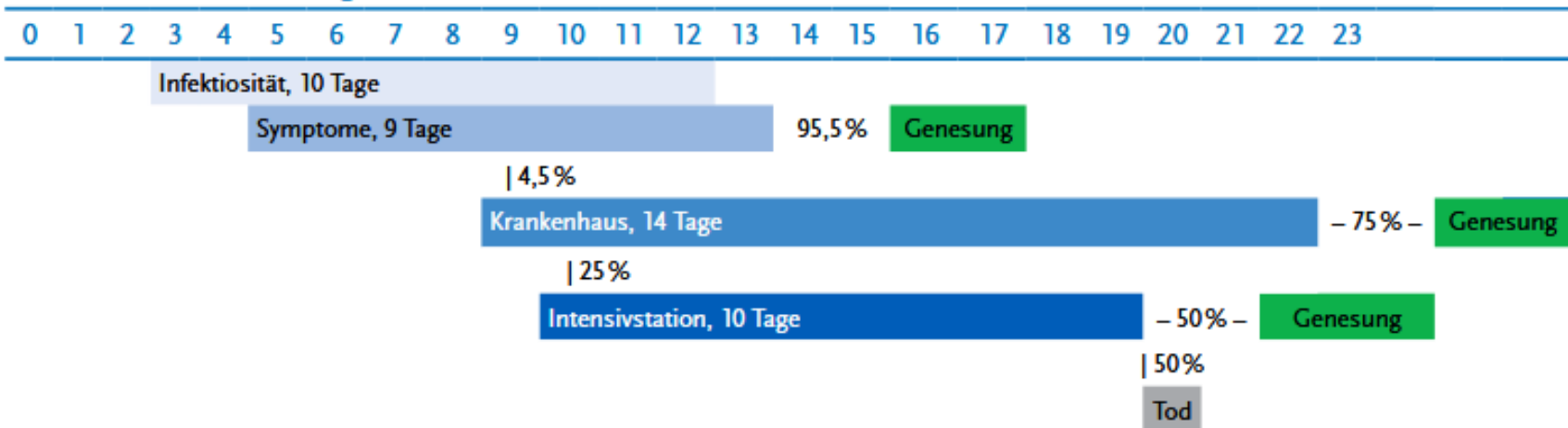


Abb. 1 | Angenommene Parameter im Modell für die durchschnittliche Dauer der Erkrankungsphasen und die Übergangswahrscheinlichkeiten in Prozent

Coronavirus disease (COVID-19)

Situation Report – 104

Data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 3 May 2020

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

Highlights

WHO has recently updated the document on **Country Preparedness and Response Status for COVID-19**. The document highlighted that all countries are at risk and need to prepare for and respond to COVID-19. Each country is encouraged to plan its preparedness and response actions in line with the global Strategic Preparedness and Response Plan.

As Yemen confirms its first cases of COVID-19, **WHO's Regional Office for the Eastern Mediterranean issued a statement**, stressing that collective action and commitment is the only way to mitigate the pandemic. "As long as even one case is unidentified and not properly treated, isolated and contacts traced, COVID-19 will continue to pose a significant threat to the Yemeni people and the country's struggling health system".

WHO has recently published **FAQs for COVID-19 Supply Portal**. The COVID-19 Supply Portal is a purpose-built tool to facilitate national authorities and all implementing partners supporting COVID-19 National Action Plans to request critical supplies.

Since 15 April, WHO is providing **weekly update on COVID-19**, with the latest update published on 1 May. The report complements the daily situation reports, in addition to providing details on WHO funding mechanism.

Coronavirus disease (COVID-19)

Situation Report – 105

Data as received by WHO from national authorities by 10:00CEST, 4 May 2020

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

Highlights

WHO has delivered additional medicines to the Islamic Republic of Iran as part of the Solidarity Trial, a global effort to find an effective treatment for COVID-19. Find more on this [here](#).

Polio disease surveillance teams are reaching into the most far-flung places of the globe to address the COVID-19 pandemic. An article on polio teams working in Somalia is available [here](#).

An update of WHO partner coordination is today's 'Subject in Focus' below.

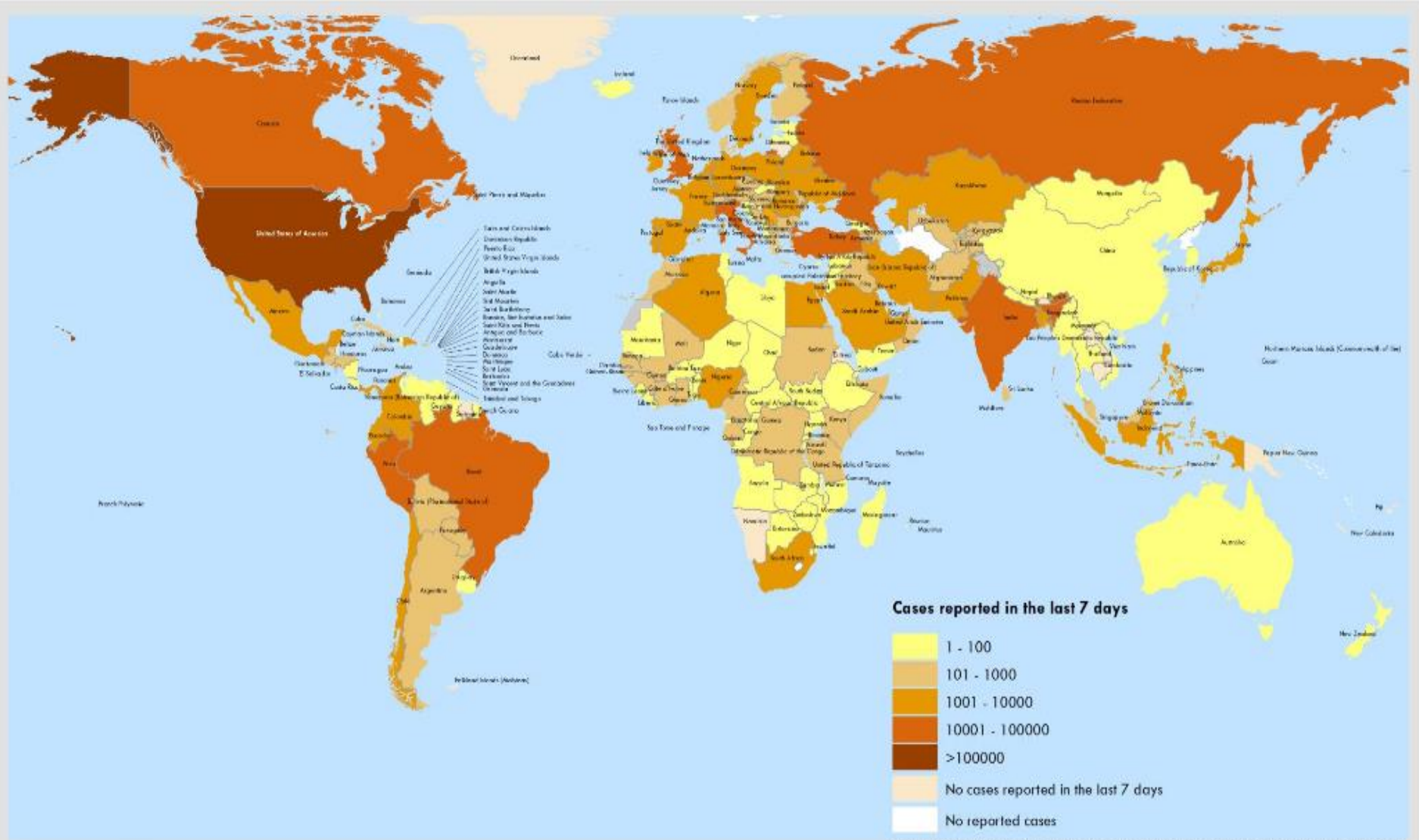
Situation in numbers (by WHO Region)

Total (new cases in last 24 hours)

Globally	3 435 894 cases (86 108)	239 604 deaths (976)
Africa	30 536 cases (1098)	1085 deaths (21)
Americas	1 433 756 cases (49 115)	77 827 deaths (-582)
Eastern Mediterranean	206 299 cases (5690)	7971 deaths (100)
Europe	1 544 145 cases (25 250)	143 987 deaths (1320)
South-East Asia	67 673 cases (3626)	2463 deaths (88)
Western Pacific	152 773 cases (1329)	6258 deaths (29)

Surveillance

Figure 1. Number of confirmed COVID-19 cases reported in the last seven days by country, territory or area, 28 April to 4 May**



Data Source: World Health Organization
 Map Production: WHO Health Emergencies Programme

Not applicable

0 2,500 5,000 km
 © World Health Organization 2020. All rights reserved.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

**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 4 May 2020**

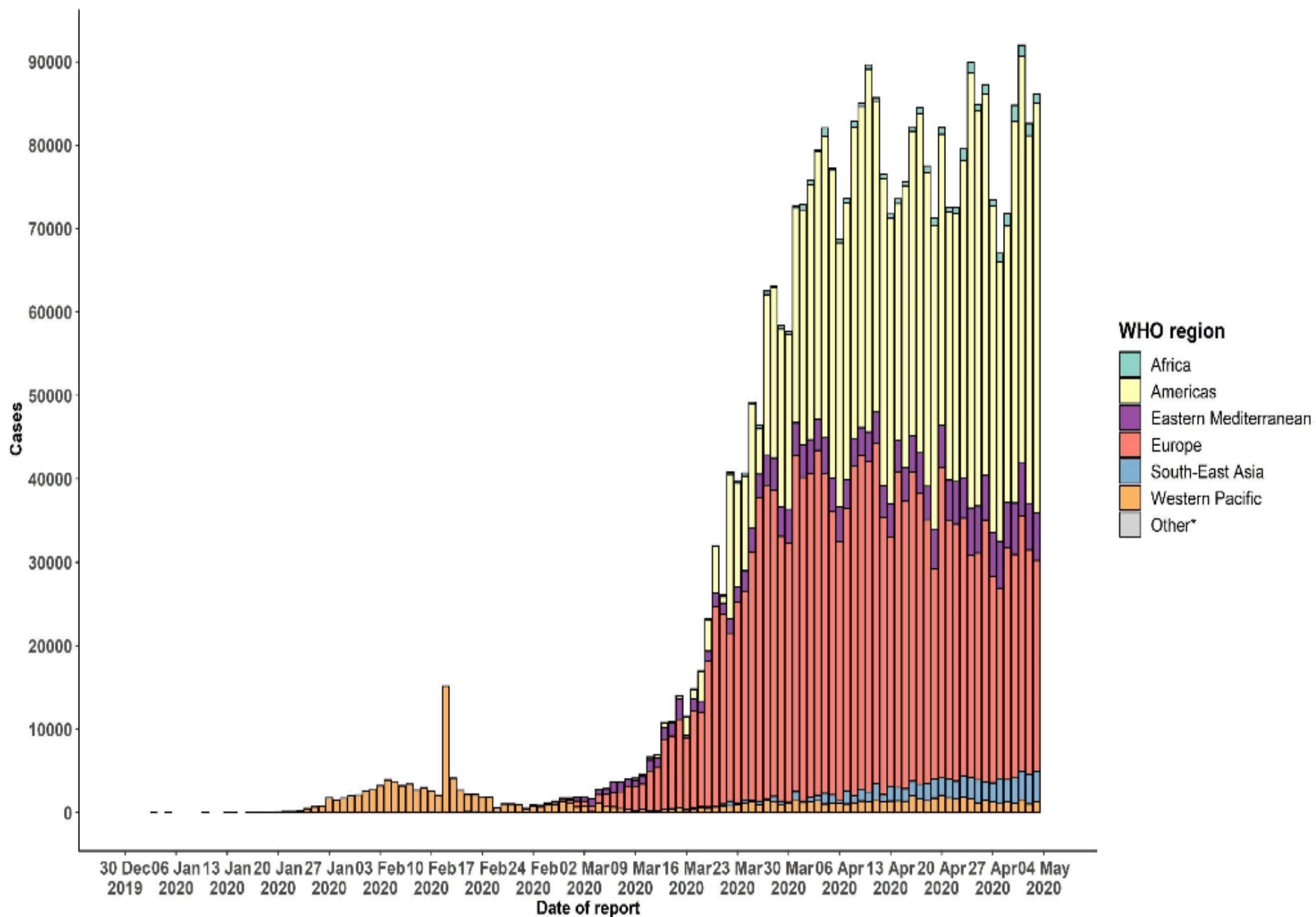


Table 1. Countries, territories or areas with reported laboratory-confirmed COVID-19 cases and deaths, by WHO region. Data as of 10 AM CEST, 4 May 2020**

Reporting Country/ Territory/Area	Total confirmed cases	Total confirmed new cases	Total deaths	Total new deaths	Transmission classification ¹	Days since last reported case
Europe						
Spain	217466	884	25264	164	Community transmission	0
Italy	210717	1389	28884	174	Community transmission	0
The United Kingdom	186603	4339	28446	315	Community transmission	0
Germany	163175	679	6692	43	Community transmission	0
Russian Federation	145268	10581	1356	76	Clusters of cases	0
France	129708	250	24859	135	Community transmission	0
Turkey	126045	1670	3397	61	Community transmission	0
Belgium	49906	389	7844	79	Community transmission	0
Netherlands	40571	335	5056	69	Community transmission	0
Switzerland	29822	88	1472	6	Community transmission	0
Portugal	25282	92	1043	20	Community transmission	0
Sweden	22317	235	2679	10	Community transmission	0
Ireland	21506	330	1303	38	Community transmission	0
Belarus	17489	1661	103	6	Clusters of cases	0
Israel	16152	0	227	0	Pending	2
Austria	15597	39	598	2	Community transmission	0
Poland	13693	318	678	14	Community transmission	0
Romania	13163	431	780	9	Community transmission	0
Ukraine	12331	418	303	15	Community transmission	0
Denmark	9523	116	484	9	Pending	0
Serbia	9464	102	193	4	Pending	0
Norway	7809	50	208	4	Pending	0
Czechia	7781	26	248	3	Community transmission	0

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"

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.

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.



Coronavirus SARS-CoV-2

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: 4.5.2020, 00:00 Uhr (online aktualisiert um 08:00 Uhr)

Bundesland	Elektronisch übermittelte Fälle			
	Anzahl	Differenz zum Vortag	Fälle/100.000 Einw.	Todesfälle
Baden-Württemberg	32.411	+120	293	1.421
Bayern	42.997	+205	329	1.926
Berlin	6.010	+34	160	154
Brandenburg	2.914	+9	116	122
Bremen	893	+18	131	30
Hamburg	4.636	+5	252	166
Hessen	8.549	+25	136	372
Mecklenburg-Vorpommern	699	+1	43	18
Niedersachsen	10.325	+42	129	456
Nordrhein-Westfalen	33.560	+132	187	1.290
Rheinland-Pfalz	6.150	+17	151	177
Saarland	2.608	+3	263	139
Sachsen	4.702	+6	115	167
Sachsen-Anhalt	1.578	+2	71	45
Schleswig-Holstein	2.788	+50	96	113
Thüringen	2.355	+10	110	96
Gesamt	163.175	+679	196	6.692



Coronavirus SARS-CoV-2

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.



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

04.05.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Bestätigte Fälle	Verstorbene	Anteil Verstorbene	Genesene
163.175 (+679*)	6.692 (+43*)	4,1%	ca. 132.700**

**Änderung gegenüber Vortag; **geschätzter Wert*



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

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Insgesamt wurden in Deutschland **163.175** laborbestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt, darunter **6.692** Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen.
- Bezogen auf die Einwohnerzahl (Fälle pro 100.000 Einwohner) wurden die höchsten Inzidenzen aus Bayern (**329**), Baden-Württemberg (**293**), dem Saarland (263) und Hamburg (252) übermittelt.
- Die meisten COVID-19-Fälle (67%) 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.

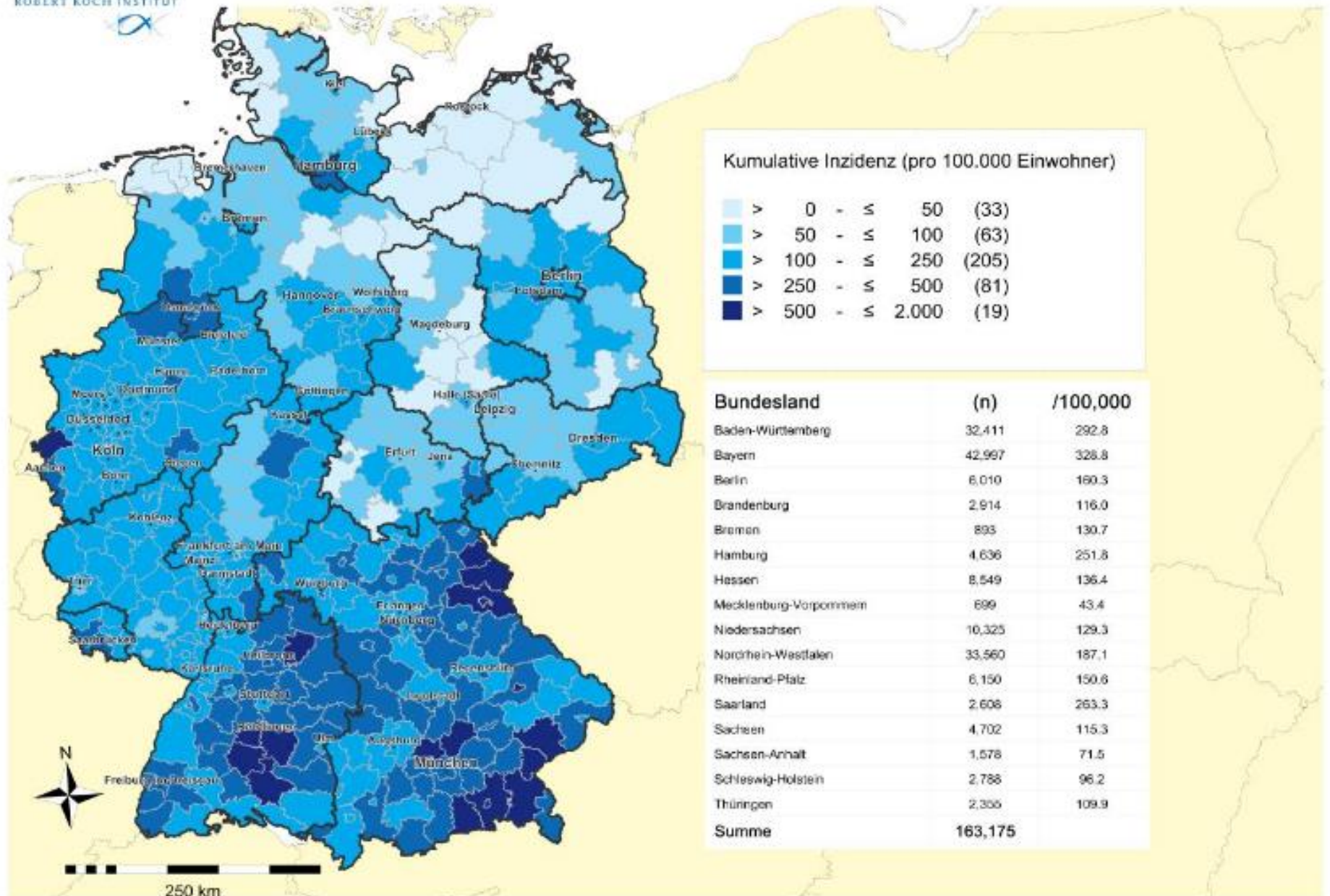
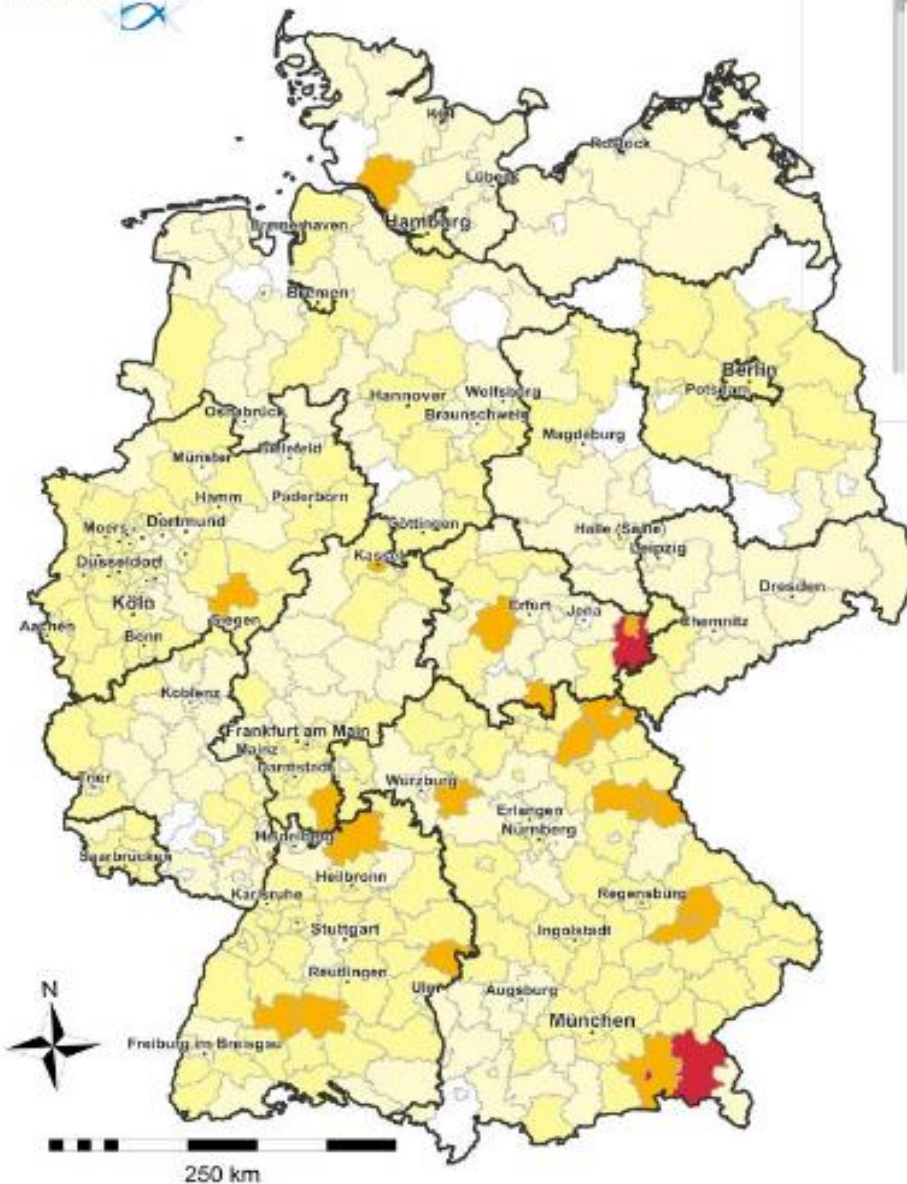


Abbildung 1: Übermittelte COVID-19-Fälle in Deutschland nach Landkreis und Bundesland (n= 163.175, 04.05.2020, 0:00 Uhr). Die Fälle werden nach dem Landkreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort, der nicht mit dem wahrscheinlichen Infektionsort übereinstimmen muss.



übermittelte
Fälle der
letzten
7
Tage

COVID19-AKTIVITÄT Stand: 04.05.2020

Fälle pro 100.000 Einwohner

< 0.0	- ≤ 5.0	(159)
> 0.0	- ≤ 25.0	(194)
> 25.0	- ≤ 50.0	(20)
> 50.0	- ≤ 100.0	(3)
> 100.0	- ≤ 500.0	(0)

Rang_7T	Stadt- oder Landkreis	Fälle_7T	Inzidenz_7T
1	LK Greiz	57	58.1
2	LK Traunstein	97	54.8
3	SK Rosenheim	33	52.1
4	LK Heidenheim	66	49.8
5	LK Zollernalbkreis	92	48.7
6	LK Odenwaldkreis	39	40.3
7	LK Rosenheim	104	39.8
8	LK Steinburg	50	38.1
9	SK Straubing	18	37.7
10	SK Weiden i.d.OPf.	16	37.6
11	LK Gotha	50	36.9
12	LK Kitzingen	32	35.2
13	LK Rottweil	47	33.7
14	LK Kulmbach	24	33.4
15	LK Sonneberg	16	28.5

Abbildung 2: Übermittelte COVID-19-Fälle der letzten 7 Tage in Deutschland nach Landkreis und Bundesland (n=6.989, 04.05.2020, 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.



Heinsberg-Studie zu Coronavirus

1,8 Millionen Infizierte in Deutschland?

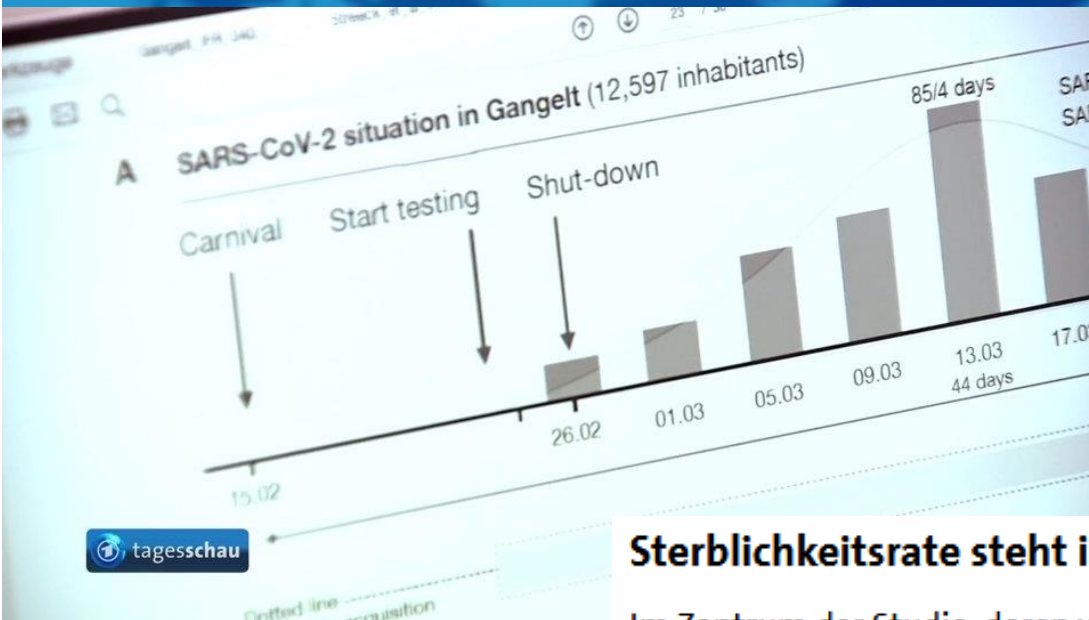
Stand: 04.05.2020 18:28 Uhr



Gangelt im Kreis Heinsberg war ein Coronavirus-Hotspot. Dazu liegt nun eine Studie vor. Aufgrund der Zahlen wird die Dunkelziffer für ganz Deutschland auf das Zehnfache geschätzt. Doch das ist umstritten.

In Deutschland könnten sich nach Ergebnissen der sogenannten Heinsberg-Studie mittlerweile möglicherweise 1,8 Millionen Menschen mit dem Coronavirus infiziert haben. Dies ergebe eine Schätzung auf der Grundlage einer Modellrechnung, teilte die Universität Bonn mit.

Die Forscher um den Virologen Hendrik Streeck zogen für ihre Schätzung die Dunkelziffer der Infizierten in der untersuchten Gemeinde Gangelt im Kreis Heinsberg und die dort errechnete Sterblichkeitsrate bei einer Corona-Infektion heran. Die Forscher gehen davon aus, dass in Gangelt 0,37 Prozent der Infizierten gestorben sind. Allerdings flossen in die Berechnung der Sterblichkeitsrate nur sieben Todesfälle ein.



Sterblichkeitsrate steht im Zentrum

Im Zentrum der Studie, deren wissenschaftliches Publikationsverfahren mit einer Überprüfung durch Experten noch aussteht, stand laut Uni Bonn die Sterblichkeitsrate. Diese Infektionssterblichkeit (Infection Fatality Rate, IFR) gibt den Anteil der Todesfälle unter den Infizierten an und gelte im Vergleich zur sogenannten Fallsterblichkeit als der verlässlichere Parameter, hieß es. Laut der Studie waren in Gangelt 15 Prozent der Menschen infiziert - die Infektionssterblichkeit liege bei 0,37 Prozent.

"0,37 Prozent ist ein Anhaltspunkt, aber es ist kein definitiver Wert", sagte Streeck der ARD. "Wir können nicht sagen, dass die Dunkelziffer definitiv zehnfach höher liegt." Bisher sei man von einem Spektrum von 0,2 bis 1,5 Prozent Sterblichkeitsrate ausgegangen, die Weltgesundheitsorganisation WHO habe sogar von 3,4 Prozent gesprochen. "Diese Spannweite können wir durch diese Studie jetzt verringern auf einen sehr viel kleineren Fehlerbereich."



Keine Symptome bei 22 Prozent der Infizierten

Den Ergebnissen zufolge zeigten in Gangelt 22 Prozent der Infizierten "gar keine Symptome". Sie wussten bis zum Test teilweise nicht, dass sie überhaupt krank waren. Martin Exner, Leiter des Instituts für Hygiene und öffentliche Gesundheit und Co-Autor der Studie, sagte laut Mitteilung: "Jeder vermeintlich Gesunde, der uns begegnet, kann unwissentlich das Virus tragen. Das müssen wir uns bewusst machen und uns auch so verhalten." Dies bestätige die Wichtigkeit der allgemeinen Abstands- und Hygieneregeln in der Corona-Pandemie.

Ein weiterer Punkt, der für die Praxis interessant sein könnte, sei die starke Verbindung mit der Karnevalssitzung, sagte Streeck. Auffallend war, dass Personen häufiger Corona-Symptome hatten, die an der Karnevalssitzung teilgenommen hatten. Im Raum steht daher die Frage, ob körperliche Nähe zu anderen Feiernden und eine erhöhte Tröpfchenbildung durch lautes Sprechen und Singen zu einem stärkeren Krankheitsverlauf beigetragen haben. Dazu plane man weitere Untersuchungen, erklärte Gunther Hartmann, Co-Autor der Studie und Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie an der Uni Bonn.

Zeitlicher Verlauf

Die ersten Erkrankungsfälle traten in Deutschland im Januar 2020 auf. Bei 55.057 Fällen ist der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. diese Fälle sind nicht symptomatisch erkrankt und es wird daher das Meldedatum angezeigt (s. Abbildung 3).

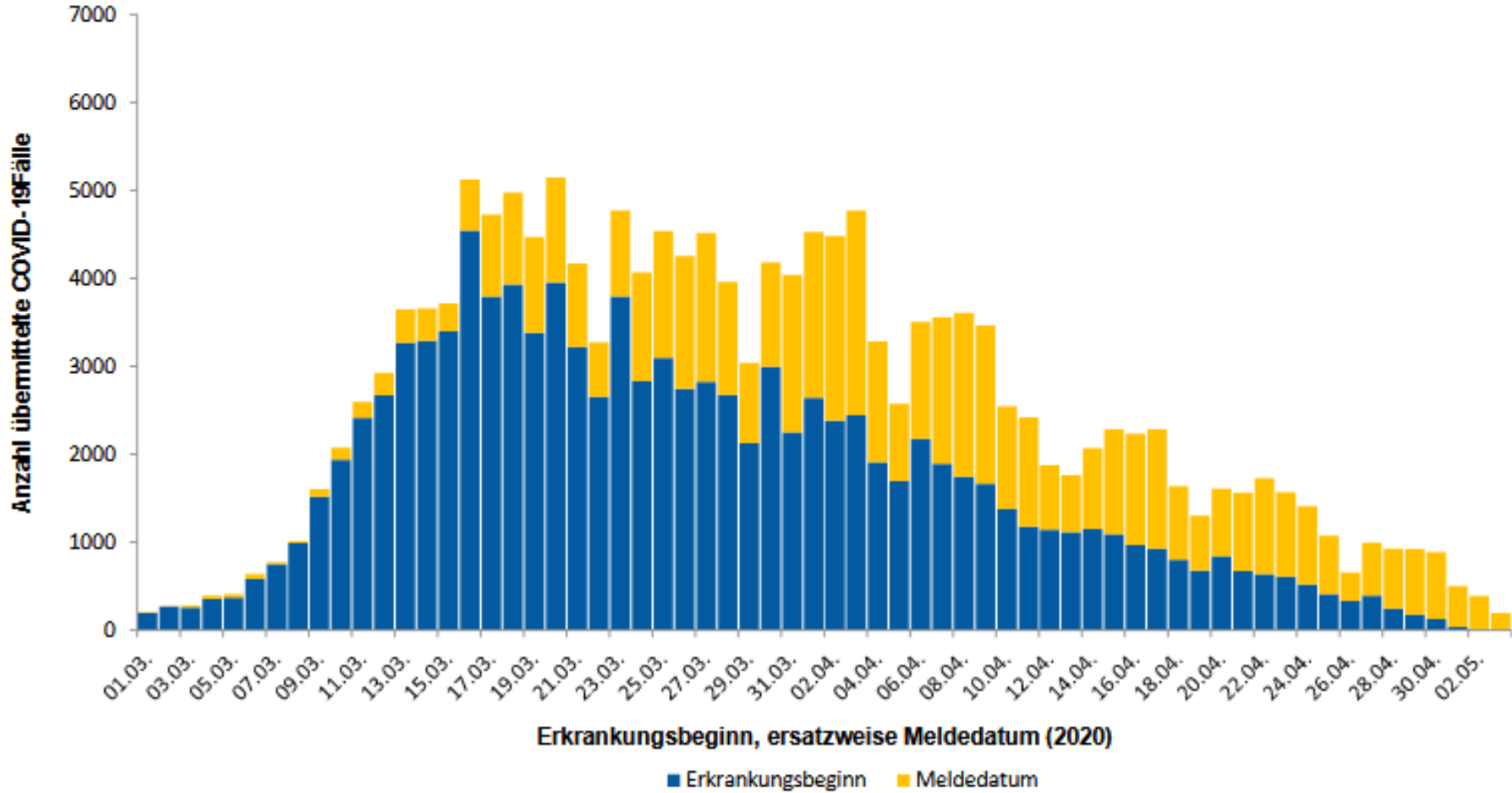


Abbildung 3: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (04.05.2020, 0:00 Uhr).

Demografische Verteilung

Von den Fällen sind 52% weiblich und 48% männlich. Insgesamt sind von den Fällen 2.871 Kinder unter 10 Jahren (1,8%), 6.877 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren (4,2%), 69.964 Personen im Alter von 20 bis 49 Jahren (43%), 52.172 Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren (32%), 26.474 Personen im Alter von 70 bis 89 Jahren (16%) und 4.629 Personen im Alter von über 90 Jahren (2,8%). Bei 187 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).

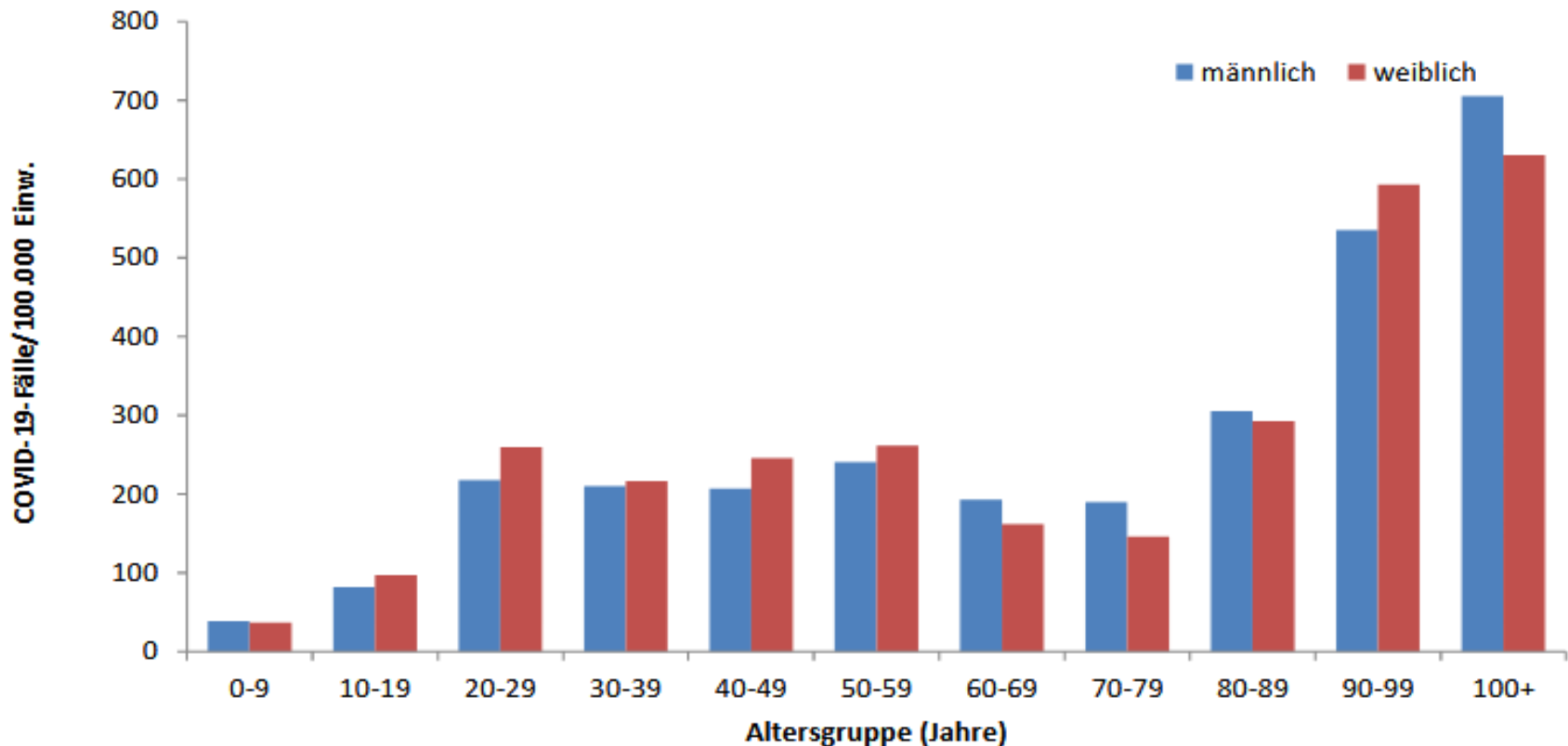


Abbildung 5: Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppe und Geschlecht (n=162.553 Fälle, 04.05.2020, 0:00 Uhr). Die Differenz zur Gesamtfallzahl entsteht durch fehlende Werte zum Alter und Geschlecht.

Kinder mit SARS-CoV-2-Infektion vermutlich ebenso ansteckend wie Erwachsene

Donnerstag, 30. April 2020

Berlin – Kinder sind einer Analyse der Berliner Charité zufolge in der gegenwärtigen SARS-CoV-2-Pandemie vermutlich im gleichen Maß infektiös wie Erwachsene. Die Viruslast in den Atemwegen unterscheidet sich bei verschiedenen Altersgruppen nicht, berichten Forscher um den Virologen Christian Drosten. Die Wissenschaftler warnen aufgrund ihrer Ergebnisse vor einer uneingeschränkten Öffnung von Schulen und Kindergärten in Deutschland.

Hohe Viruslast auch bei geringen Symptomen

Eine weitere wichtige Erkenntnis im Hinblick auf Diskussionen über Kita- und Schulöffnungen: In einer Subgruppenauswertung hatten nicht die asymptomatischen Kinder die geringste Viruslast, sondern vielmehr diejenigen mit Symptomen. Das Argument, dass Kinder, die Symptome aufwiesen – und damit womöglich ansteckend sind –, sowieso nicht zur Kita oder Schule gehen würden, sei damit vom Tisch, so Drosten.

„Um verlangen zu können, dass die Kitas wieder öffnen, müsste man schon sagen können, dass im Rachen eines Kindes sehr viel weniger Virus ist als bei einem Erwachsenen“, sagte Drosten. Doch den vorliegenden Ergebnissen zufolge sei es „gut möglich“, dass Kinder ebenso ansteckend seien wie Erwachsene.

Auch der Präsident des Robert-Koch-Instituts, Lothar Wieler, betonte heute, dass Kinder für die Ausbreitung wohl dieselbe Rolle spielten wie Erwachsene. „Sie können angesteckt werden, sie können das Virus ausscheiden und andere anstecken“, sagte er. Dabei spiele ihr Sozialverhalten eine größere Rolle als bei Erwachsenen. Kinder seien weniger gut darin, sich an Abstandsregeln zu halten.

Kinder mit SARS-CoV-2-Infektion vermutlich ebenso ansteckend wie Erwachsene

Donnerstag, 30. April 2020

An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age

Terry C. Jones^{1,2}, Barbara Mühlemann^{1,3}, Talitha Veith^{1,3}, Marta Zuchowski⁴, Jörg Hofmann⁴, Angela Stein⁴, Anke Edelmann⁴, Victor Max Corman^{1,3}, Christian Drosten^{1,3}

Abstract

Data on viral load, as estimated by real-time RT-PCR threshold cycle values from 3,712 COVID-19 patients were analysed to examine the relationship between patient age and SARS-CoV-2 viral load. Analysis of variance of viral loads in patients of different age categories found no significant difference between any pair of age categories including children. In particular, these data indicate that viral loads in the very young do not differ significantly from those of adults. Based on these results, we have to caution against an unlimited re-opening of schools and kindergartens in the present situation. Children may be as infectious as adults.


SARS-CoV-2: Wie Reiseverbote und Kontaktsperrren die Epidemie in China gestoppt haben

aerzteblatt.de
nature

Donnerstag, 30. April 2020

Population flow drives spatio-temporal distribution of COVID-19 in China

| Published: 29 April 2020

Jayson S. Jia, Xin Lu, Yun Yuan, Ge Xu, Jianmin Jia  & Nicholas A. Christakis

SARS-CoV-2: Wie Kontaktsperren gestoppt haben

Donnerstag, 30. April 2020

Population flow temporal distribution in China

Jayson S. Jia, Xin Lu, Yun Yuan, et al.

Abstract

Sudden, large-scale, and diffuse human migration can amplify localized outbreaks into widespread epidemics.¹⁻⁴ Rapid and accurate tracking of aggregate population flows may therefore be epidemiologically informative. Here, we use mobile-phone-data-based counts of 11,478,484 people egressing or transiting through the prefecture of Wuhan between 1 January and 24 January 2020 as they moved to 296 prefectures throughout China. First, we document the efficacy of quarantine in ceasing movement. Second, we show that the distribution of population outflow from Wuhan accurately predicts the relative frequency and geographic distribution of COVID-19 infections through February 19, 2020, across all of China. Third, we develop a spatio-temporal “risk source” model that leverages population flow data (which operationalizes risk emanating from epidemic epicenters) to not only forecast confirmed cases, but also to identify high-transmission-risk locales at an early stage. Fourth, we use this risk source model to statistically derive the geographic spread of COVID-19 and the growth pattern based on the population outflow from Wuhan; the model yields a benchmark trend and an index for assessing COVID-19 community transmission risk over time for different locations. This approach can be used by policy-makers in any nation with available data to make rapid and accurate risk assessments and to plan allocation of limited resources ahead of ongoing outbreaks.

SARS in Singapore--predictors of disease severity.

Leong HN¹, Earnest A, Lim HH, Chin CF, Tan C, Puhaindran ME, Tan A, Chen MI, Leo YS.

RESULTS: Clinical (temperature, FiO₂) and laboratory [leukocyte, lymphocyte, neutrophil, platelet, lactate dehydrogenase (LDH), albumin] trends in groups with and without an adversarial event were presented. Fifty patients experienced an adverse event. On univariate analysis, male gender, advanced age, presence of comorbidities, neutrophilia, lymphopaenia, hyponatraemia, hypoalbuminaemia, transaminitis and elevated LDH or C-reactive protein were found to be significant predictors. On multivariate analysis, predictors of poor outcome were increased age [odds ratio (OR) 1.73 for every 10-year increase; 95% CI, 1.35 to 2.21], neutrophilia (OR 1.06 for every 1×10^9 /L increase; 95% CI, 1.02 to 1.11) and high LDH (OR 1.17 for every 100 U/L increase; 95% CI, 1.02 to 1.34). None of the 12 paediatric patients had an adverse event.

CONCLUSION: Advanced age, neutrophilia and high LDH predict poor outcomes in patients with SARS.

Clinical and laboratory findings of SARS in Singapore.

Leong HN¹, Chan KP, Oon LL, Koay E, Ng LC, Lee MA, Barkham T, Chen MI, Heng BH, Ling AE, Leo YS.

RESULTS: The mean age of patients was 21 years, 31.6% of patients were males and 41.8% were healthcare workers. At presentation, the common symptoms were fever, myalgia, cough and headache; rhinorrhoea was uncommon. On admission, 21% had leukopenia, 18% had thrombocytopaenia, 29% had hyponatraemia, 31% had hypokalaemia, 21% had transaminitis. Polymerase chain reaction (PCR) testing of respiratory and stool samples provided the best yield at the end of the first week of illness. Thirty-two patients were initially not recognised as probable SARS and were reclassified when the serology test results were available. The chief reasons for not identifying these patients early were persistently normal chest X-rays (68.8%), very mild presentation (43.8%) and the presence of a concomitant illness (12.5%). Overall, 12% of the patients were probable SARS with atypical presentations. Overall mortality was 11.8%.

CONCLUSION: Patients infected with the SARS coronavirus had a wide clinical presentation with non-specific symptoms.

Severe acute respiratory syndrome in children.

Stockman LJ¹, Massoudi MS, Helfand R, Erdman D, Siwek AM, Anderson LJ, Parashar UD.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Severe acute respiratory syndrome (SARS) is a febrile, respiratory tract illness caused by infection with the newly identified SARS-associated coronavirus. A notable feature of the 2003 global SARS outbreak was the relative paucity of cases reported among children. We reviewed the epidemiologic and clinical features of SARS in children and discuss implications of these findings for diagnosis, treatment and prevention of SARS.

METHODS: We performed a literature search to identify reports of pediatric (younger than 18 years of age) patients meeting the World Health Organization case definitions for SARS and abstracted relevant clinical and epidemiologic information.

RESULTS: We identified 6 case series reporting 135 pediatric SARS patients (80 laboratory-confirmed, 27 probable and 28 suspect) from Canada, Hong Kong, Taiwan and Singapore. Among laboratory-confirmed and probable SARS cases, the most common symptoms included fever (98%), cough (60%) and nausea or vomiting (41%); 97% had radiographic abnormalities. The clinical presentation of SARS in patients older than 12 years of age was similar to that in adults. However, patients 12 years of age or younger had milder disease and were less likely than older children to be admitted to an intensive care unit, receive supplemental oxygen or be treated with methylprednisolone. No deaths were reported among children or adolescents with SARS, and at 6 months after illness only mild residual changes were reported in exercise tolerance and pulmonary function. There is only 1 published report of transmission of SARS virus from a pediatric patient.

CONCLUSIONS: Children and adolescents are susceptible to SARS-associated coronavirus infection, although the clinical course and outcome are more favorable in children younger than 12 years of age compared with adolescents and adults. Transmission of SARS from pediatric patients appears to be uncommon but is possible.

Severe acute respiratory distress syndrome (SARS): a critical care perspective.

Manocha S¹, Walley KR, Russell JA.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: To review the epidemiology, clinical features, etiology, diagnosis, and management of severe acute respiratory syndrome (SARS) from a critical care perspective.

DATA SOURCES: A MEDLINE search was performed using the following terms: severe acute respiratory syndrome and SARS virus. Additional information and references were obtained from the Web sites for the Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization, and Health Canada.

STUDY SELECTION: Recent case series were used to develop a review of the epidemiology, clinical features, outcomes, and management of patients with SARS from an intensive care unit (ICU) perspective. This was supplemented by epidemiology information obtained from other Web-based sources. Recent published studies describing the etiology of SARS were also included.

DATA SYNTHESIS: SARS has rapidly spread from Southeast Asia to numerous countries, including Canada and the United States. A new coronavirus has been isolated and detected from many affected patients. The mortality rate worldwide is approximately 10.5%. From five cohorts, the ICU admission rate ranged from 20% to 38%. Fifty-nine percent to 100% of the ICU patients required mechanical ventilatory support. The mortality rate of SARS patients admitted to the ICU ranged from 5% to 67%. The most common clinical symptoms and signs are fever, cough, dyspnea, myalgias, malaise, and inspiratory crackles. Common laboratory abnormalities included mild leukopenia, lymphopenia, and increased aspartate transaminase, alanine transaminase, lactic dehydrogenase, and creatine kinase. The chest radiograph pattern ranged from focal infiltrates to diffuse airspace disease. Management consisted of isolation, strict respiratory and contact precautions, ventilatory support as needed, empiric broad-spectrum antibiotics, ribavirin, and corticosteroids. Predictors of mortality included advanced age, the presence of comorbidities, and a high lactic dehydrogenase or high neutrophil count at admission.

CONCLUSIONS: SARS is a highly contagious, infectious process that can advance to significant hypoxemic respiratory failure requiring ICU monitoring and support. Early recognition is critical for effective management and containment of this disease.

Tobacco-Use Disparity in Gene Expression of ACE2, the Receptor of 2019-nCov

 [Guoshuai Cai](#) *

Version 1 : Received: 3 February 2020 / Approved: 5 February 2020 / Online: 5 February 2020 (02:56:53 CET)

Version 2 : Received: 12 February 2020 / Approved: 14 February 2020 / Online: 14 February 2020 (04:32:49 CET)

Version 3 : Received: 27 February 2020 / Approved: 2 March 2020 / Online: 2 March 2020 (01:38:52 CET)

How to cite: Cai, G. Tobacco-Use Disparity in Gene Expression of ACE2, the Receptor of 2019-nCov. *Preprints* 2020, 2020020051 (doi: 10.20944/preprints202002.0051.v1). [Copy](#)

Abstract

In current severe global emergency situation of 2019-nCov outbreak, it is imperative to identify vulnerable and susceptible groups for effective protection and care. Recently, studies found that 2019-nCov and SARS-nCov share the same receptor, ACE2. In this study, we analyzed four large-scale datasets of normal lung tissue to investigate the disparities related to race, age, gender and smoking status in ACE2 gene expression. No significant disparities in ACE2 gene expression were found between racial groups (Asian vs Caucasian), age groups (>60 vs <60) or gender groups (male vs female). However, we observed significantly higher ACE2 gene expression in smoker samples compared to non-smoker samples. This indicates the smokers may be more susceptible to 2019-nCov and thus smoking history should be considered in identifying susceptible population and standardizing treatment regimen.

Inhalt

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

Gemeinsame Strategie bei der Bekämpfung der Pandemie

- Nach den Regeln, die Kirchen- und Religionsgemeinschaften gemeinsam ausgearbeitet haben, sollen wieder Gottesdienste und Gebetsversammlungen möglich sein.
- Unter Auflagen sollen auch Spielplätze wieder öffnen können.
- Ebenfalls unter Auflagen sollen auch Kultureinrichtungen, Museen, Ausstellungen, Galerien, Gedenkstätten oder zoologische und botanische Gärten öffnen können.
- Ein etwas größerer Teil der Krankenhauskapazitäten soll wieder für planbare Operationen freigegeben werden. Diese waren in den vergangenen Wochen größtenteils verschoben worden. Aktuell werden etwa 40 Prozent der Intensivbetten - bei finanziellem Ausgleich - freigehalten. Die aktuelle Entwicklung der Infektionszahlen und die präzise Übersicht durch das Intensivregister lasse diesen Schritt zu, heißt es in dem Beschluss.

Next

DAY OF DECISION

06.05.2020

Verhaltensregeln

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

mindestens 20 Sekunden einseifen



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.

einseifen bis zum Handgelenk



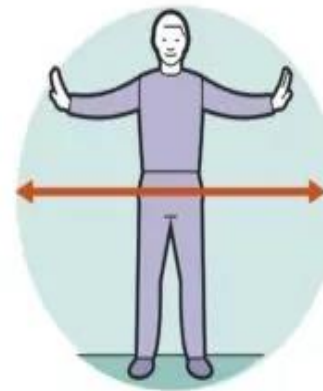
Aufpassen beim Anfassen

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.



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.



mindestens 1,5 Meter
Sicherheitsabstand

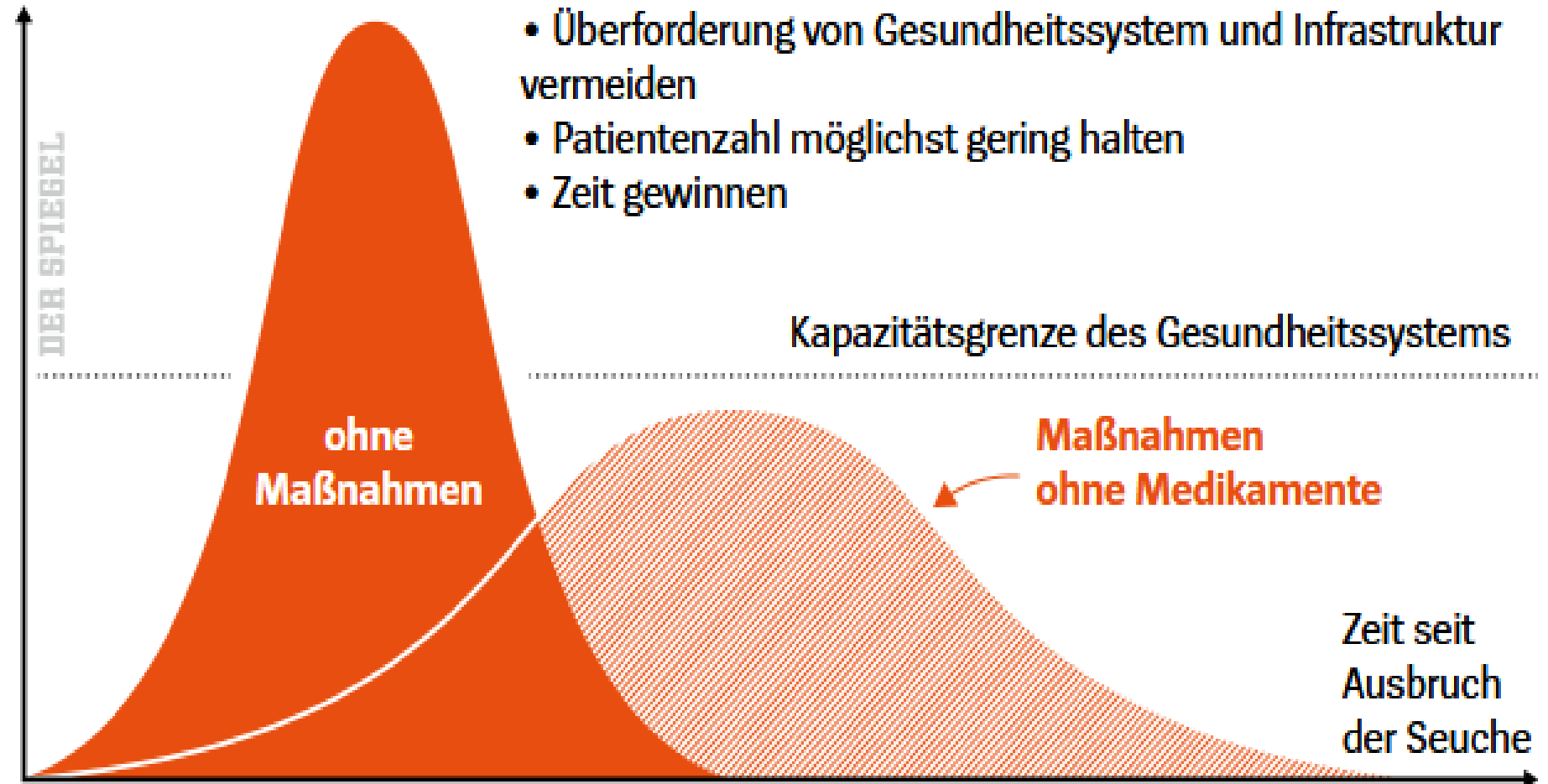
Auf Abstand gehen

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

Verzögerter Verlauf

Wie Maßnahmen den Verlauf der Epidemie beeinflussen

Zahl der
Neuinfektionen



Was Maßnahmen bewirken müssen:

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

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.

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.

Wie der Coronavirus-Test funktioniert

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

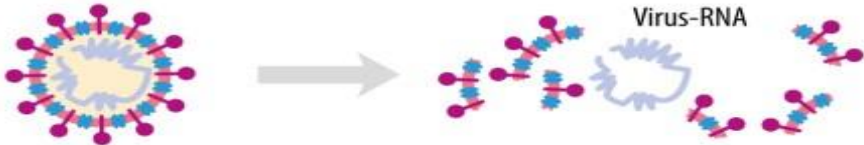


2 Arzt macht für Probe tiefen Rachenabstrich und ggf. tiefen Nasenabstrich.

3 Wattestäbchen wird in Röhrchen zum Labor geschickt.



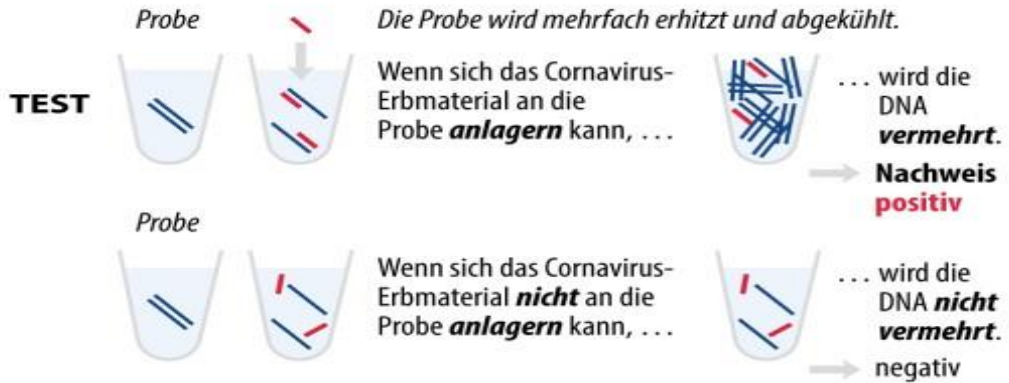
4 Das Virus ist eine Art Kugel. Um an das Erbgut (RNA) im Inneren zu gelangen, muss im Labor die äußere Hülle entfernt werden.



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

PCR



Corona in Deutschland

Drei Millionen Antikörpertests auf dem Weg

Stand: 04.05.2020 18:22 Uhr

Drei Millionen Corona-Antikörpertests - diese Menge will ein Schweizer Pharmaunternehmen an Deutschland liefern. Das vereinbarte Gesundheitsminister Spahn mit dem Konzern. Die Tests könnten den Weg für Lockerungen ebnen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat mit dem Schweizer Pharmakonzern Roche eine Vereinbarung über die Lieferung von drei Millionen Corona-Antikörpertests getroffen. Das sagte Spahn nach einem Besuch des Roche-Standorts im oberbayerischen Penzberg.

"Eine wichtige Wegmarke"

"Der neue Test ist eine wichtige neue Wegmarke im Kampf gegen das Virus", so der CDU-Politiker. Die Bluttests sollten noch im Mai an Gesundheitseinrichtungen in Deutschland ausgeliefert werden. Für die kommenden Monate seien je fünf Millionen Tests zur Auslieferung nach Deutschland vereinbart.

"Antikörpertests helfen uns, zu wissen, wer eine Corona-Infektion schon durchgemacht hat. So gewinnen wir Erkenntnisse über das tatsächliche Ausbruchsgeschehen", sagte Spahn. Sobald gesicherte Erkenntnisse über eine mögliche Immunität nach durchgemachter Infektion vorlägen, würden die Tests noch größere Bedeutung gewinnen.

Mit der Auslieferung an die Labore stehe der Test grundsätzlich jedem zu Verfügung, aber nicht für jeden übernehme die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten, so der Gesundheitsminister. In welchen Fällen die Krankenversicherung zahle, werde in einem Gesetz geregelt, das diese Woche in erster Lesung im Bundestag behandelt wird.

"Neues Qualitätsniveau"

Roche hatte zuvor nach eigenen Angaben die Notzulassung der US-Arzneimittelbehörde FDA für einen Corona-Antikörpertest erhalten. Diese ist einem Sprecher zufolge für alle Länder gültig, die die CE-Kennzeichnung für Produkte akzeptieren. Das seien unter anderem alle Länder innerhalb der Europäischen Union. Durch die CE-Kennzeichnung bestätigt ein Hersteller, dass sein Produkt allen für dieses Produkt relevanten europäischen Qualitäts- und Sicherheitsrichtlinien entspricht.

Der Test hat den Angaben zufolge eine Sensitivität von 100 Prozent und eine Spezifität von 99,8 Prozent. Erstere gibt den Prozentsatz der Betroffenen an, bei denen die Infektion tatsächlich erkannt wird. Letztere sagt aus, wie viele Gesunde von dem Test auch tatsächlich als gesund erkannt werden. Roche-Präsident Franz sprach von einem völlig "neuen Qualitätsniveau".

Der Nachweis, dass eine Person bereits eine Infektion durchgemacht und Antikörper gegen das Virus gebildet hat, gilt als entscheidender Faktor für mögliche Lockerungen der Anti-Corona-Maßnahmen.

Inhalt

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



Coronavirus-Medikament

US-Ausnahmegenehmigung für Remdesivir

Stand: 02.05.2020 04:31 Uhr



Die USA haben eine Sondergenehmigung für das Medikament Remdesivir erteilt, das in einer Studie die Zeit bis zur Genesung von Corona-Patienten verkürzt hat. Der Hersteller kündigte an, 1,5 Millionen Dosen zu spenden.

Von Torsten Teichmann, ARD-Studio Washington

Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat das Medikament nicht regulär zugelassen, sondern eine Ausnahmegenehmigung erteilt. Damit können Krankenhäuser in den USA den anti-viralen Wirkstoff Remdesivir bei einzelnen Patienten gegen die Lungenkrankheit Covid-19 einsetzen; also auch außerhalb klinischer Versuche.

US-Präsident Trump hatte die Entscheidung gestern zusammen mit dem Chef des biopharmazeutischen Unternehmens Gilead, Daniel O'Day, im Weißen Haus verkündet:

"Das ist eine vielversprechende Situation. Wir haben mit der Arzneimittelbehörde, dem Institut für Infektionskrankheiten und Gilead zusammengearbeitet, als Speerspitze dieser Kooperation von Behörden und privatem Sektor; damit alles sehr schnell geht."

Mittel gegen Pandemie

Wer findet den Corona-Impfstoff?

Stand: 03.05.2020 09:55 Uhr

Viele Schritte, genaue Prüfung

So vielversprechend solche Ansätze wirken: Die Zulassung wird akribisch geprüft. Beim zuständigen Paul-Ehrlich-Institut wurde gerade die erste klinische Prüfung für eine ähnliche Technik der Mainzer Firma BioNTech auf den Weg gebracht.

Bis zum Impfstoff scheint es jedoch noch weit. Klaus Cichutek, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts, beschreibt die Herausforderung so: "Wir haben bei den genehmigten klinischen Prüfungen Hunderte von Probanden, die angesprochen werden müssen, gefunden werden müssen, aufgeklärt werden müssen. Dann geht es natürlich darum, dass auch Untersuchungen vor der Erstanwendung am Menschen durchgeführt werden müssen. Erst dann folgen die entsprechenden klinischen Prüfungen." Es dauere bis eine Immunreaktion aufgebaut werde und tatsächlich im Labor untersucht werden könne, machte Cichutek abschließend deutlich.

Bis zu 17 Jahre Entwicklungszeit

Dieser Prozess dauert in der Regel viele Jahre. Für Forschung, vorklinische Untersuchungen in Tierversuchen sowie die drei Phasen der klinischen Tests an Menschen werden in der Impfstoffentwicklung acht bis 17 Jahre gerechnet.



Globale Impfallianz

Mit Gavi gegen Covid-19

Stand: 04.05.2020 11:12 Uhr

7,5 Milliarden Euro sollen bei einer internationalen Geberkonferenz zusammenkommen, um einen Corona-Impfstoff zu entwickeln. Wichtiger Akteur ist die globale Impfallianz Gavi. Wer ist das?

Von Dietrich Karl Mäurer, ARD-Studio Zürich

Ghana in Westafrika vor einem Jahr: Erstmals werden in einem Pilotversuch Kleinkinder gegen das von Stechmücken übertragene Tropenfieber Malaria geimpft, an dem laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) alle zwei Minuten ein Kind stirbt. Drei Jahrzehnte dauerte die Entwicklung des Impfstoffs. Finanziert wurde das Mittel unter anderem von Gavi, der globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung.

Gegründet wurde die Allianz im Jahr 2000 auf dem Weltwirtschaftsforum im Schweizer Davos. Damals stagnierten in den ärmsten Ländern der Welt die Impfraten oder waren gar rückläufig, erzählt Gavi-Geschäftsführer Seth Berkley: "Da waren wirksame neue Impfstoffe verfügbar, die aber nicht die Menschen erreichten, bei denen sie die größte Wirkung gehabt hätten - Menschen in Entwicklungsländern, die keinen Zugang zu medizinischer Behandlung und anderen Möglichkeiten zur Vermeidung von Infektionen hatten."

Inhalt

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

Inhalt

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



Klinische Aspekte

Für 132.649 (81%) übermittelte Fälle liegen klinische Informationen vor. Häufig genannte Symptome waren Husten (50%), Fieber (41%) und Schnupfen (21%). Für 3.689 Fälle (2,8%) ist bekannt, dass sie eine Pneumonie entwickelt haben. Eine Hospitalisierung wurde bei 23.140 (18%) der 132.004 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 in der Meldesoftware angegeben werden. Bei 543 von 3.571 neu in der COVID-19-Kategorie erfassten Fällen (15%) mit Angaben zur Klinik wurde mindestens eines dieser beiden Symptome angegeben.

Geschätzte 132.700 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 6.692 Personen in Deutschland im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben (s. Tabelle 2). Es handelt sich um 3.751 (56%) Männer und 2.935 (44%) Frauen, für sechs Personen ist das Geschlecht unbekannt, für vier Personen das Alter. Der Altersdurchschnitt liegt bei 81 Jahren (Median: 82 Jahre). Von den Todesfällen waren 5.796 (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 6.682 Todesfälle; 04.05.2020, 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*	1	4	9	37	167	446	1.035	1.609	437	4
weiblich	1	0	2	5	11	54	152	484	1.427	759	37
gesamt	2	1	6	14	48	221	598	1.519	3.036	1.196	41

*Hinweise auf Fehleingabe des Alters im Gesundheitsamt

Schwerkranke

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

Schweregrad einer Pneumonie mit CRB-65-Index abschätzen:

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

Inhalt

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

Krankenhausgesellschaft: 2.500

Intensivbetten freihalten [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de)

Mittwoch, 29. April 2020

Heidelberg – Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, begrüßt das Vorhaben von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), die Zahl der Intensivbetten für Coronapatienten zu reduzieren. „Die Situation hat sich entspannt“, sagte er der *Rhein-Neckar-Zeitung* heute. Auch bei einer zweiten Infektionswelle hätte man noch „großes Potenzial, Patienten aufzunehmen“.

Gaß riet jedoch zugleich zur Vorsicht: „Wir sollten jetzt aus dieser ersten Phase lernen. Es gilt, mindestens 2.500 Intensivbetten freizuhalten.“ Sollte es zu einem deutlichen Anstieg der Infektionszahlen innerhalb einer zweiten Welle kommen, müsse man neu beurteilen, ob noch mehr Betten frei bleiben sollten.

Zudem empfahl er, eine Balance zwischen COVID-19-Bereitschaft und der regulären Versorgung zu organisieren. Denn Menschen mit Risiko zum Herzinfarkt oder Schlaganfall würden sich in Zeiten von Corona oft nicht trauen, die Notaufnahmen aufzusuchen. „Die Menschen mit solchen Symptomen sollten aber den Weg ins Krankenhaus suchen“, so Gaß.

Angesichts des abgeschwächten Verlaufs der Coronapandemie hatte Bundesgesundheitsminister Spahn gestern die Länder aufgefordert, die Zahl der in den Krankenhäusern für Infizierte reservierten Intensivbetten herunterzufahren und die Kliniken schrittweise wieder für die Versorgung anderer Patienten zu öffnen.

Die Entwicklung bei den Neuinfektionen lasse es zu, „ab Mai einen Teil der Krankenhauskapazitäten auch wieder für planbare Operationen zu nutzen“, heißt es in einem gestern vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Konzept.

Konkret empfiehlt Spahn den Ländern, dass die Kliniken bis auf Weiteres nur noch 25 statt bisher 50 Prozent der Intensivbetten für COVID-19-Patienten freihalten. Die OP-Kapazitäten sollen in einem ersten Schritt zu 70 Prozent für planbare Operationen geöffnet werden. Die Rate soll dann je nach Infektionsverlauf alle zwei Wochen um zehn Prozent angehoben werden.

Um zu klären, welche Patienten nun vorrangig behandelt werden sollen, hat Spahn medizinische Fachgesellschaften um einen Kriterienkatalog gebeten. Nach den bereits vorliegenden Empfehlungen sollen beispielsweise Operationen bei schnell fortschreitenden Erkrankungen bevorzugt werden. Infrage kommt daher insbesondere die Behandlung von Krebskranken.

© [kna/aerzteblatt.de](https://www.kna/aerzteblatt.de)



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 04.05.2020 (9:15 Uhr) beteiligen sich **1.199** Klinikstandorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden **31.334** Intensivbetten registriert, wovon **18.596** (59%) belegt sind; **12.738** (41%) 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 (04.05.2020, 9:15 Uhr)

	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortrag
In intensivmedizinischer Behandlung	1.949		-30
- davon beatmet	1.396	72%	-45
Abgeschlossene Behandlung	9.729		+217
- davon verstorben	2.826	29%	+91

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 geäußelter 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

COVID-19: Hohes Sterberisiko trotz maschineller Beatmung

arztblatt.de

Mittwoch, 15. April 2020

London – Eine mechanische Beatmung kann das Leben von Patienten mit COVID-19 nicht immer retten. Von den Patienten, die in Großbritannien auf Intensivstationen beatmet werden, konnte nach den vom britischen „Intensive Care National Audit and Research Center“ (ICNARC) über Ostern veröffentlichten [Ergebnissen](#) nur jeder 3. später lebend entlassen werden. Die Behandlungsergebnisse scheinen damit ungünstiger zu sein als bei anderen Virusneumonien.

Laut ICNARC sind in England, Wales und Nordirland bisher 2.883 Patienten mit bestätigter COVID-19 auf einer Intensivstation behandelt worden. Von diesen sind bisher 871 Patienten gestorben, während 818 Patienten lebend entlassen werden konnten. Die übrigen 2.194 Patienten wurden bei der Datenanalyse noch auf Intensivstation behandelt.

Die 30-Tages-Sterblichkeit in der Gesamtgruppe liegt bei 51,6 %. Sie ist damit deutlich ungünstiger als in einer Vergleichsgruppe von Patienten, deren Pneumonie durch andere Viren verursacht wurde. Dort betrug die 30-Tages-Sterblichkeit 22,0 %.

Die Überlebenschancen der COVID-19-Patienten sind deutlich besser, wenn sie keine Beatmung benötigen. In dieser Gruppe betrug die Sterberate 19,4 %. Bei den beatmeten Patienten lag sie dagegen bei 66,3 %.

Der wichtigste Risikofaktor für einen tödlichen Ausgang ist das Lebensalter. Von den über 80 Jahre alten Patienten verließen nur 27,1 % lebend die Intensivstation. In der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen überlebten 31,3 %, bei den 60- bis 69-Jährigen waren es 43,6 %, bei den 50 bis 59-Jährigen 58,9 %. Diese Zahlen betreffen die Gesamtgruppe der beatmeten und nicht-beatmeten Patienten.

SARS-CoV-2 kann plötzlichen Herzstillstand auslösen

Montag, 4. Mai 2020

Pavia – Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann offenbar auch einen plötzlichen Herzstillstand auslösen. Ein Patientenregister aus der Lombardei registrierte laut einem Bericht im *New England Journal of Medicine* (2020: [doi: 10.1056/NEJMc2010418](https://doi.org/10.1056/NEJMc2010418)) während der Epidemie einen Anstieg der meist tödlich endenden kardialen Ereignisse.

Das Register „Lombardia CARE“ sammelt seit dem Jahr 2014 alle Fälle eines plötzlichen Herzstillstands, die in der Region außerhalb der Klinik auftreten. In diesem Frühjahr ist es parallel zu COVID-19 zu einem signifikanten Anstieg gekommen.

Wie ein Team um Simone Savastano von der Policlinico San Matteo in Pavia berichtet, wurden zwischen dem 21. Februar und dem 1. April in den Provinzen Lodi, Cremona, Pavia und Mantua insgesamt 362 plötzliche Herzstillstände registriert. Das sind 113 Patienten oder 58 % mehr als im vergangenen Jahr.

Bei 103 Patienten wurde eine Infektion mit SARS-CoV-2 vermutet (87 Patienten) oder bestätigt (16 Patienten). Insgesamt wurden in der Region im gleichen Zeitraum 9.806 COVID-19-Erkrankungen registriert.

Die Studie bestätigt die Bedeutung von kardialen Komplikationen im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung. Die Patienten mit plötzlichem Herzstillstand wiesen zu 6,5%-Punkten häufiger medizinische Vorerkrankungen auf als im Vorjahr.

Der plötzliche Herzstillstand ereignete sich zu 7,3%-Punkten häufiger zuhause und es gab zu 11,3%-Punkten häufiger keine Augenzeugen. Dies erklärt auch, warum eine Laienreanimation zu 15,6%-Punkten seltener als in den Vorjahren.

Diese war auch zu 14,9%-Punkten seltener erfolgreich. Nur 11,3 % der Patienten überlebten den plötzlichen Herzstillstand gegenüber 22,6 % im Vorjahr.

SARS-CoV-2 kann plötzlichen Herzstillstand auslösen

Montag, 4. Mai 2020



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in
Italy

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. Schutzrüstung	Nein	Ja	Ja
Testung und Zertifizierung / Zulassung	Nein	Ja, Norm <u>DIN EN</u> 14683:2019-6 <u>CE-Zertifikat</u> ¹	Ja, Norm <u>DIN EN</u> 149:2001-10 <u>CE-Zertifikat</u> 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

Falsches CE-Zeichen: Charité ruft Schutzmasken zurück

aerzteblatt.de

Montag, 4. Mai 2020

Berlin – Wegen befürchteter Mängel hat die Charité Universitätsklinik Berlin Personal zur Rückgabe bestimmter Schutzmasken aufgerufen. „Die Charité hat FFP2-Masken am vergangenen Donnerstag zurückgerufen, da ein falsches CE-Zertifikat vorlag“, teilte die Sprecherin des Universitätsklinikums, Manuela Zingl, auf Anfrage mit.

Was das für die Schutzwirkung der Masken bedeutet, war zunächst offen: „Aktuell werden die besagten Masken in einem unabhängigen Labor geprüft“, erklärte Zingl. Zudem prüfe die Charité eine Strafanzeige gegen den Lieferanten.

Mit dem Anbringen des CE-Zeichens dokumentieren Hersteller in eigener Verantwortung, dass ihr Produkt EU-Richtlinien erfüllt, zum Beispiel an die Sicherheit. Alle betroffenen Stationen seien „umgehend informiert und die Masken binnen weniger Stunden aus dem Verkehr gezogen und gegen ein anderes Fabrikat ausgetauscht“ worden, hieß es.

Mangelnde Schutzausstattung





Coronavirus

Kritik an Masken-Spende aus Ankara

Stand: 04.05.2020 20:05 Uhr

An mehrere Länder spendet die Türkei Schutzausrüstungen - und informiert darüber mit einer offensiven PR-Kampagne. Auch nach Deutschland wurden Masken geliefert. Das sorgt in beiden Ländern für Ärger.

Von Oliver Mayer-Rüth, ARD-Studio Istanbul

"Die Türkei ist der drittgrößte Bereitsteller humanitärer Hilfe während der Covid-19-Pandemie", heißt es in einer Pressemitteilung des türkischen Präsidialamtes vom vergangenen Mittwoch. Man habe dem NATO-Verbündeten USA unter anderem eine halbe Million Mund-Nasen-Schutzmasken und 40.000 Schutzanzüge gespendet, um die US-Bürger im Kampf gegen das Coronavirus zu unterstützen.

56 Ländern habe die Türkei medizinische Schutzausrüstung kostenfrei zur Verfügung gestellt, lässt der Präsidentenpalast in Ankara einen Tag später verkünden. Jeder solle sich daran erinnern, mahnt Fahrettin Altun, Kommunikationsdirektor des türkischen Präsidialamtes, dass die Türkei schon vor der Pandemie im Verhältnis zu ihrem Bruttoinlandsprodukt in Sachen humanitäre Hilfe weltweit führend gewesen sei.

Inhalt

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

Information vom 3. Mai 2020

Das Corona-Virus (Ergänzung IX):

Hygiene: reinigen – waschen – desinfizieren

Prävention der Ansteckung über Tröpfchen – Aerosole – Schmierinfektion:

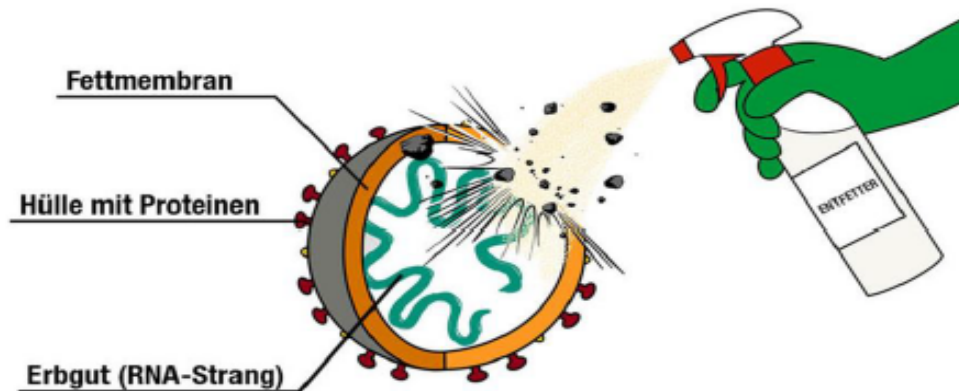
Mindestens 1,5 m Abstand halten – Verzicht auf Händeschütteln – Kontakt zu suspekten Oberflächen meiden – weniger Körperkontakte – Menschenansammlungen meiden – ÖPNV vor allem in Stoßzeiten meiden (gegebenenfalls Homeoffice) – Händewaschen (mit Seife und Wasser, mindestens 20 bis 30 Sekunden) – Händedesinfektion – 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, Erbgutmaterial 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 öffentlicher 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 Putztücher 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 Sprühdeseinfektion, 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 Wirkungsbereich 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 **Rettenngsdienst** 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.

Tabelle 1

Risikobereiche zur Festlegung von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen

(Die Aufzählung von Risikobereichen innerhalb der Spalten ist beispielhaft zu verstehen)

Bereiche ohne Infektionsrisiko ^a	Bereiche mit möglichem Infektionsrisiko	Bereiche mit besonderem Infektionsrisiko	Bereiche mit Patienten, die Erreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht	Bereiche, in denen v. a. für das Personal ein Infektionsrisiko besteht ^b
Treppenhäuser, Flure, Verwaltung, Büros, Speiseräume, Hörsäle, Unterrichtsräume, technische Bereiche	Allgemeinstationen, Ambulanzbereiche, Radiologie, Physikalische Therapie, Sanitärräume, Dialyse, Entbindung, Intensivtherapie/-überwachung	OP-Abteilungen, Eingriffsräume, Einheiten für: <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Intensivtherapie, z. B.: (Langzeitbeatmete (>24 h), Schwerstbrandverletzte) • Transplantationen (z. B. KMT, Stammzellen) • Hämato-Onkologie (z. B. Patienten unter aggressiver Chemotherapie), Frühgeborene 	Isolierbereiche/-pflege, Funktionsbereiche, in denen die o. g. Patienten behandelt werden	Mikrobiolog. Laboratorien, Pathologie, Entsorgung, Unreine Bereiche von: <ul style="list-style-type: none"> • Wäschereien • Funktionseinheiten, z. B. ZSVA

^aIn Bezug auf das allgemeine Risiko in der Bevölkerung.

^bNähere Angaben zur Risikobewertung enthalten die Technischen Regeln Biologische Arbeitsstoffe (z. B. TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege“ [75])

Tabelle 2

Reinigungs- bzw. Desinfektionsmaßnahmen in verschiedenen Risikobereichen

Bereiche ohne Infektionsrisiko ^a	Bereiche mit möglichem Infektionsrisiko	Bereiche mit besonderem Infektionsrisiko	Bereiche mit Patienten, die Erreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht	Bereiche, in denen v. a. für das Personal ein Infektionsrisiko besteht ^b
Alle Flächen: Reinigung	Flächen mit häufigem Hand-/Hautkontakt: Desinfektion (Kat. II), Fußböden: Reinigung, sonst. Flächen: Reinigung	Flächen mit häufigem Hand-/Hautkontakt: Desinfektion (Kat. IB), Fußböden: Desinfektion (Kat. II), sonst. Flächen: Reinigung	Flächen mit häufigem Hand-/Hautkontakt: Desinfektion (Kat. IB), Fußböden: Desinfektion (Kat. II), sonst. Flächen: Reinigung	Siehe TRBA ^b (Kat. IV)

Bei der Entscheidung, ob routinemäßig eine Reinigung oder eine reinigende Flächendesinfektion durchgeführt werden soll, müssen auch die Praktikabilität und sichere Durchführbarkeit berücksichtigt werden.

^a*In Bezug auf das allgemeine Risiko in der Bevölkerung.*

^b*Nähere Angaben zur Risikobewertung enthalten die Technischen Regeln Biologische Arbeitsstoffe (z. B. TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege“ [75])*

Inhalt

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

Berliner Coronaklinik nach vier Wochen

Bauzeit fertig

aerzteblatt.de

Donnerstag, 30. April 2020

Berlin – Das Corona-Notfall-Krankenhaus auf dem Berliner Messegelände ist fertig. Das teilte Gesundheitssenatorin Dilek Kalayci gestern im Abgeordnetenhaus mit.

Damit habe der Aufbau der Einrichtung gerade mal vier Wochen gedauert. Angesichts der großen Hilfsbereitschaft, des Engagements und Herzbluts aller Beteiligten habe sie „Gänsehaut bekommen“, so die SPD-Politikerin.

Das Krankenhaus soll zunächst Platz für 500 Betten bieten, 100 davon sind mit Beatmungsgeräten ausgestattet. Bei Bedarf kann die Kapazität auf bis zu 1000 Betten aufgestockt werden.

Gedacht ist der zusätzliche Standort laut Kalayci als Reservekrankenhaus, wenn andere Kliniken keine Patienten mehr aufnehmen können. Das sei in der Pandemie ein weiterer Baustein für die Hauptstadt.

Berlins Ärztekammerpräsident Günther Jonitz hatte bei einer Ortsbegehung Anfang April gesagt, dass die Halle am Ende vielleicht gar nicht gebraucht werde. „Aber es ist wichtig, dass wir es machen.“

In Berlin wurden bis heute Abend 5821 Corona-Fälle registriert. Laut Gesundheitssenatsverwaltung liegen derzeit 604 Patienten in Krankenhäusern, 157 von ihnen werden intensivmedizinisch behandelt.

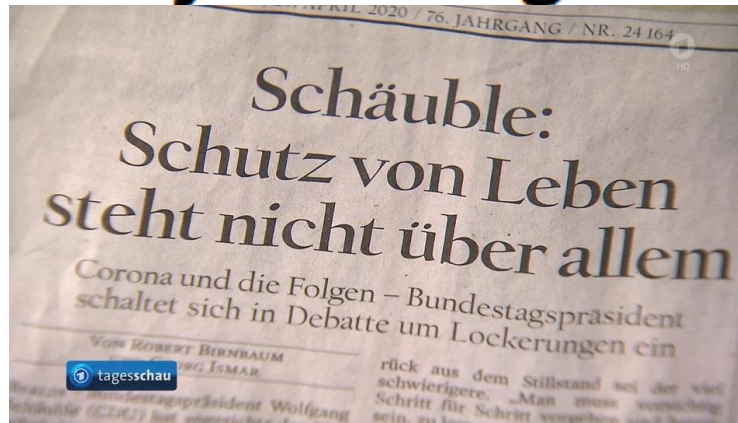
An Berlins Krankenhäusern seien aktuell 31 Prozent der Intensivbetten frei, sagte Kalayci. 11 Prozent seien mit Covid-19-Patienten belegt, 58 Prozent mit Patienten mit anderen Erkrankungen. © *dpa/aerzteblatt.de*



Konsequenzen aus Corona-Krise

Schäuble fordert Neujustierungen

Stand: 26.04.2020 12:07 Uhr



Bundestagspräsident Schäuble sieht in der Corona-Krise eine Chance, Fehler zu korrigieren, die durch "diese Art der Globalisierung" und die Marktwirtschaft entstanden seien. Das sagte er in einem Zeitungsinterview.

In einem Interview mit dem Berliner "Tagesspiegel" zur Corona-Krise hat Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble gemahnt, aus der Pandemie Konsequenzen für wirtschafts- und sozialpolitische Veränderungen zu ziehen.

Nicht nur die Pandemie sei ein Problem, sondern auch "der Klimawandel, der Verlust an Artenvielfalt, all die Schäden, die wir Menschen und vor allem wir Europäer durch Übermaß der Natur antun". Zu den Maßnahmen, um die Wirtschaft nach der Krise wieder in Gang zu bringen, sagte Schäuble: "Hoffentlich werden uns nicht wieder nur Abwrackprämien einfallen, die es der Industrie ermöglichen, weiter zu machen wie bisher."



Konsequenzen aus Corona-Krise

Schäuble fordert Neujustierungen

Stand: 26.04.2020 12:07 Uhr

Schäuble fordert soziale "Ausgleichsmechanismen"

Es sei gut, dass man durch die Corona-Krise entdeckt habe, dass nicht nur die Industrie, sondern ebenso Pflegekräfte, Verkäufer und Erntehelfer systemrelevant seien. Der Abstand zwischen gut Verdienenden und Menschen mit kleinen Löhnen sei in den vergangenen Jahrzehnten größer geworden. Schäuble fragte dazu: "Warum sollte das bei steigendem Wohlstand eigentlich unvermeidlich sein?" Es sei kein Fehler, falsche Entwicklungen der Vergangenheit zu korrigieren.

Schäuble brachte eine Rückbesinnung auf die Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft ins Gespräch. Man müsse das Verhältnis von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft jetzt "neu justieren", so der CDU-Politiker. Er wolle das marktwirtschaftliche System des Wettbewerbs nicht abschaffen, zur sozialen Marktwirtschaft gehöre aber auch, dass man "in dieser Lage" über stärkere Ausgleichs- und Begrenzungsmechanismen sprechen müsse.

Mit Blick auf in Deutschland fehlende Erntehelfer, die wegen der Corona-Pandemie nicht einreisen können, sagte Schäuble, diese Menschen hätten bisher Arbeiten gemacht, "die wir nicht machen wollten, zu Löhnen, die wir nie akzeptiert hätten. Jetzt müssen sie uns zeigen, wie man Spargel überhaupt sticht". Diese Art der Globalisierung sei "unfair" und man habe sie "wahrscheinlich übertrieben".

Schutz von Leben nicht verabsolutieren

Schäuble äußerte sich auch zu den Einschränkungen der Grundrechte durch die Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus. Er warnte davor, dem Schutz von Leben in der Krise alles unterzuordnen. "Wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig."

Wenn es überhaupt einen absoluten Wert im Grundgesetz gebe, sei das die Würde des Menschen. "Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen", betonte der Bundestagspräsident. Der Staat müsse für alle die bestmögliche gesundheitliche Versorgung gewährleisten. "Aber Menschen werden weiter auch an Corona sterben", sagte Schäuble.

Zudem warnte der frühere Bundesfinanzminister angesichts der Corona-Hilfspakete für die Wirtschaft vor einer Überlastung der staatlichen Handlungsfähigkeit und einer zu hohen Neuverschuldung. Es gebe im Moment ein verbreitetes Gefühl, "wir könnten jedes Problem mit unbegrenzten staatlichen Mitteln lösen, und die Wirtschaft kriegen wir hinterher wieder mit einem Konjunkturprogramm in Gang", sagte er. Der Staat könne aber nicht auf Dauer den Umsatz ersetzen.



Corona-Maßnahmen

Es rumort

Stand: 03.05.2020 09:07 Uhr



Der Widerstand gegen die Corona-Maßnahmen der Bundesregierung wächst: Auf der Straße, in der Wirtschaft, in den Bundesländern. Wirtschaftsminister Altmaier macht Gastronomen Hoffnung, Reisende dürften mehr Geduld brauchen.

Weniger Neuinfektionen, Tausende Menschen bei Lockerungs-Demos und immer lauter werdende Forderungen der Wirtschaft: Der Druck auf die Bundesregierung wächst, die Maßnahmen gegen das Coronavirus zurückzufahren. Am Mittwoch findet das nächste Treffen von Kanzlerin Angela Merkel mit den Ministerpräsidenten der Länder statt.

Bereits jetzt fordert Kanzleramtschef Helge Braun Verständnis dafür, dass es bei den Lockerungen zu Ungleichbehandlungen kommen kann. Beim schrittweisen Öffnen des Alltagslebens "kann es nicht immer eine absolute Gleichberechtigung aller gesellschaftlichen Bereiche geben, weil unser Vorgehen eben schrittweise ist", sagte der CDU-Politiker der "Welt am Sonntag".



Meldung vom 03.05.2020 14:05:20

Corona-Liveblog: ++ Neuer Höchststand in Russland ++

In Russland infizieren sich immer mehr Menschen - mehr als 10.000 waren es binnen eines Tages. Bundesliga-Profi Verstraete relativiert seine Corona-Kritik. Das RKI meldet 793 Neuinfektionen in Deutschland. Alle Entwicklungen im Liveblog. | [mehr](#)



Meldung vom 03.05.2020 13:45:26

Friseure vor Wiedereröffnung - mit Maske, ohne Kaffee

Ab morgen dürfen Friseursalons wieder öffnen. Vieles wird anders sein: Ein Mundschutz wird Pflicht, zudem werden Kontaktdaten der Kunden erfasst. Die wichtigsten Regeln im Überblick. | [mehr](#)



Meldung vom 03.05.2020 10:42:37

Fußball-Bundesliga: Seebohn für Neustart im Mai

Innenminister Seebohn befürwortet einen Wiederbeginn der Fußball-Bundesliga im Mai - wenn auch mit Auflagen. Deutlich skeptischer zeigte er sich bei der Frage, ob Urlaube bald wieder denkbar seien. Lob gab es hingegen für Merkel. | [mehr](#)

The background is a solid blue color with several white, stylized virus icons scattered across it. Each icon consists of a central circle with several smaller circles connected to it by thin lines, resembling a molecular or cellular structure.

Ausbreitung von Corona verlangsamen:

Gemeinsam entschlossen handeln.