2020-12-16
Klaus Friedrich

Aktuelle Information über Coronavirus

COVID-19, Grippe, Erkältung: Da sind die Symptome

Symptome	COVID-19	Grippe	Erkältung
Trockener Husten	+++	+++	++
Schleimiger Husten	- -	- -	+++
Fieber	+++	+++	-
Geschmacks-/ Geruchsverlust	+++	- -	- -
Laufende Nase	++	++	+++
Niesen	- -	-	+++
Halsschmerzen	++	++	+++
Atemnot	++	- -	- -
Kopfschmerzen	++	+++	-
Gliederschmerzen	++	+++	+++
Schlappheit	++	+++	++
Durchfall	-	+	- -

+++ Häufig ++ Manchmal + Wenig - Selten -- Nicht

Quelle: WHO, CDC

Klinische Aspekte

Für 837.205 (62%) der übermittelten Fälle lagen klinische Informationen vor. In Tabelle 3 werden die Anzahl und Anteile der COVID-19 relevanten oder häufig genannten Symptome dargestellt.

Klinisches Merkmal	N mit Angabe	N mit klinischem Merkmal	% mit klinischem Merkmal
Husten	837.205	332.574	40%
Fieber	837.205	238.279	28%
Schnupfen	837.205	218.504	26%
Halsschmerzen	837.205	177.979	21%
Pneumonie	837.205	11.363	1%
Geruchs- oder Geschmacksverlust*	692.417	147.006	21%

Tabelle 3: COVID-19 relevante oder häufig genannte Symptome (Stand 15.12.2020, 0:00 Uhr), *Geruchs und Geschmacksverlust werden seit der 17. Kalenderwoche erfasst.

SARS-CoV-2: Neue Virusvariante in Großbritannien entdeckt

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Genf – Britische Behörden haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über eine in Großbritannien gefundene neue Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 informiert. Studien dazu liefen, wie eine Sprecherin der WHO heute in Genf sagte.

„Bislang wissen wir sehr wenig über diese Variante", sagte der Physiker Richard Neher, der am Biozentrum der Universität Basel die Evolution von Viren und Bakterien erforscht. Unklar sei etwa, ob eine der Mutationen mit einer reduzierten Erkennung durch das Immunsystem einhergehe.

Die britischen Behörden erforschten dies zur Zeit, so die WHO. Weil die neue Virusvariante in kurzer Zeit bei mehr als 1.000 Menschen im Südosten Englands nachgewiesen wurde, prüfen die britischen Behörden auch, ob sie ansteckender ist als die bekannten Varianten.

„Ob sich die Variante tatsächlich schneller ausbreitet, kann man zu diesem Zeitpunkt nicht sagen", meinte Neher. „Das plötzliche Auftreten könnte auch durch Superspreaderanlässe zu erklären sein."

Nach Angaben der WHO haben die schon bekannten Varianten des Virus im **Hinblick auf Ansteckungswege oder Schwere der Krankheit COVID-19, die es auslösen kann, sich kaum oder gar nicht anders verhalten als das zuerst identifizierte Virus**. Es gebe aus Großbritannien bislang auch keine Hinweise, dass dies bei der neuen Variante anders sei. © dpa/aerzteblatt.de

Epidemiological and cohort study finds no association between COVID-19 and Guillain-Barré syndrome FREE

Stephen Keddie, Julia Pakpoor, Christina Mousele, Menelaos Pipis, Pedro M Machado, Mark Foster, Christopher J Record, Ryan Y S Keh, Janev Fehmi, Ross W Paterson ... Show more

Brain, awaa433, https://doi.org/10.1093/brain/awaa433

Published: 14 December 2020

Abstract

Reports of Guillain-Barré syndrome (GBS) have emerged during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. This epidemiological and cohort study sought to investigate any causative association between COVID-19 infection and GBS. The epidemiology of GBS cases reported to the UK National Immunoglobulin Database was studied from 2016 to 2019 and compared to cases reported during the COVID-19 pandemic. Data were stratified by hospital trust and region, with numbers of reported cases per month. UK population data for COVID-19 infection were collated from UK public health bodies. In parallel, but separately, members of the British Peripheral Nerve Society prospectively reported incident cases of GBS during the pandemic at their hospitals to a central register. The clinical features, investigation findings and outcomes of COVID-19 (definite or probable) and non-COVID-19 associated GBS cases in his cohort were compared. The incidence of GBS treated in UK hospitals from 2016 to 2019 was 1.65–1.88 per 100 000 individuals per year. In 2020, GBS and COVID-19 incidences varied between regions and did not correlate with one another ($r = 0.06$, 95% confidence interval: -0.56 to 0.63, $P = 0.86$). GBS incidence fell between March and May 2020 compared to the same months of 2016–19. In an independent cohort study, 47 GBS cases were reported (COVID-19 status: 13 definite, 12 probable, 22 non-COVID-19). There were no significant differences in the pattern of weakness, time to nadir, neurophysiology, CSF findings or outcome between these groups. Intubation was more frequent in the COVID-19 affected cohort (7/13, 54% versus 5/22, 23% in COVID-19-negative) likely related to COVID-19 pulmonary involvement. Although it is not possible to entirely rule out the possibility of a link this study finds no epidemiological or phenotypic clues of SARS-CoV-2 being causative of GBS. GBS incidence has fallen during the pandemic, which may be the influence of lockdown measures reducing transmission of GBS inducing pathogens such as *Campylobacter jejuni* and respiratory viruses.

Inhalt

1. Zahlen und Fakten (Folie 6 ff)
2. Strategie (Folie 34 ff)
3. Labor und Testung (Folie 56 ff)
4. Pharmakologie (Folie 67 ff)
5. Medizinische Versorgung (Ambulant (Folie 90 ff), Kliniken (Folie 90 ff), Intensiv (Folie 92ff)
6. Masken (Folie 95 ff)
7. Reinigung und Desinfektion (Folie ff)
8. Sonstiges (Folie 103 ff)

Inhalt

Zahlen und Fakten

Risikobewertung

Allgemein

Es handelt sich weltweit, in Europa und in Deutschland um eine **sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation**. Weltweit nimmt die Anzahl der Fälle weiter zu. Der im Oktober sehr steile Anstieg der Fallzahlen in Deutschland konnte durch den Teil-Lockdown ab dem 1. November zunächst in ein Plateau überführt werden. Die Anzahl neuer Fälle blieb aber auf sehr hohem Niveau und steigt seit Anfang Dezember inzwischen wieder stark an. Darüber hinaus ist die Zahl der auf Intensivstationen behandelten Personen und die Anzahl der Todesfälle stark angestiegen.

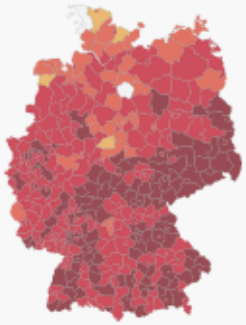
Das Infektionsgeschehen ist zurzeit diffus, in vielen Fällen kann das Infektionsumfeld nicht mehr ermittelt werden. COVID-19-bedingte Ausbrüche betreffen private Haushalte, das berufliche Umfeld sowie insbesondere auch Alten- und Pflegeheime. Die aktuelle Entwicklung weist darauf hin, dass neben der Fallfindung und der Kontaktpersonennachverfolgung auch der Schutz der Risikogruppen, den das RKI seit Beginn der Pandemie betont hat, noch konsequenter umgesetzt werden muss. Dies betrifft insbesondere den Schutz von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen. Nur wenn die Zahl der neu Infizierten insgesamt deutlich sinkt, können auch Risikogruppen zuverlässig geschützt werden. Impfstoffe sind noch nicht flächendeckend verfügbar und die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und langwierig.

Das Robert Koch-Institut schätzt die **Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein**. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern.

Gefährdung sehr hoch

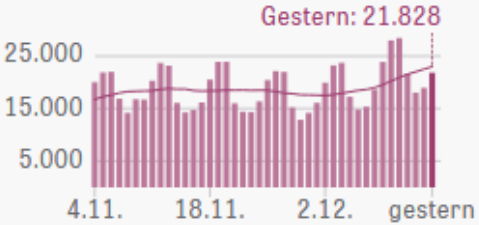
Die wichtigsten Zahlen zur Corona-Pandemie

Deutschland



160.727 Neuinfektionen / 7 Tage

1.379.307 gesamt, 23.764 Tote



Meiste Neuinfektionen in den letzten sieben Tagen

Je 100.000 Einwohner / absolut

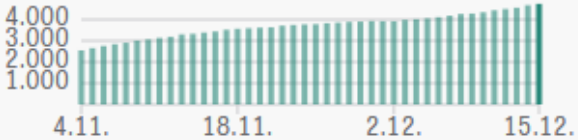
Zwickau SN	690,8	2.176
Bautzen SN	667,2	2.000
Görlitz SN	644,6	1.629
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge SN	634,4	1.558
Regen BY	633,0	490

Kreise über 200: 153 • **100-200:** 199 • **50-100:** 42 • **35-50:** 7

Stadt- oder Landkreis suchen

Intensivstationen

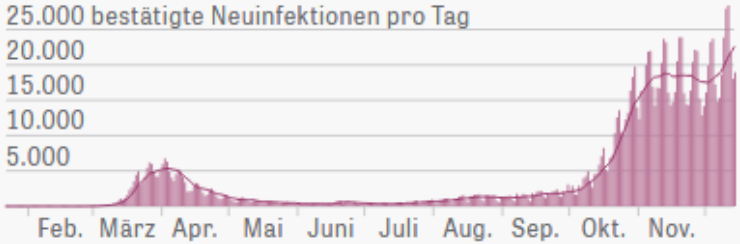
Aktuell **4.735** Covid-19-Patienten in Intensivversorgung



Aktuelle Bettenbelegung: **17** Covid-19 • **65** andere • **17** frei

Verlauf der Pandemie

Fälle | Tote



Land suchen

Impfstoffe in Entwicklung

>160	41	16	4	4
Präklinik	Phase I + II	Phase III	Antrag Zulassung	Zugelassen

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

⊕ Methodik Zur interaktiven Coronavirus-Karte für Deutschland

weltweit …

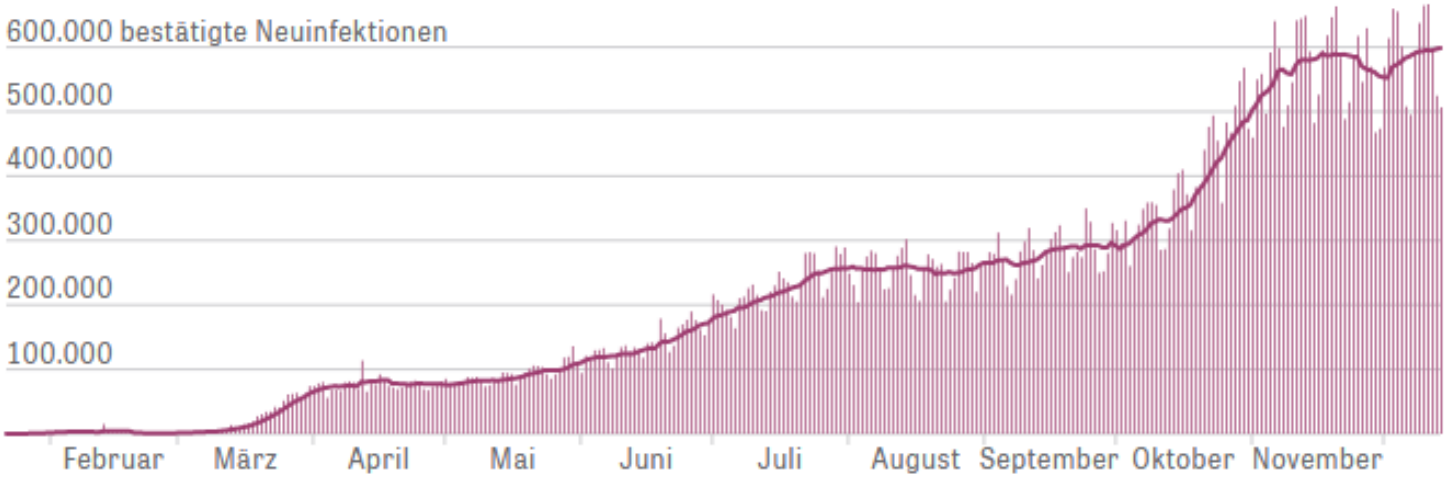
73,4 Mio.	30,2 Mio.	41,5 Mio.	1,6 Mio.
Infizierte gesamt	aktiv infiziert	wieder gesund	gestorben
(+740.000 tägl.)		(+-322.613 tägl.)	(+11.000 tägl.)

Entwicklung im internationalen Vergleich

Weltweit ×

FÄLLE PRO TAG | TODESFÄLLE

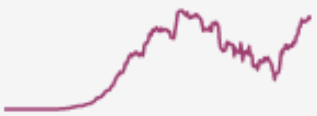
71.005.028 bestätigte Infektionen seit Beginn
1.605.896 Todesfälle



Weltweit
71.005.028 bestätigt
1.605.896 Todesfälle

Deutschland
1.379.307 bestätigt
23.764 Todesfälle

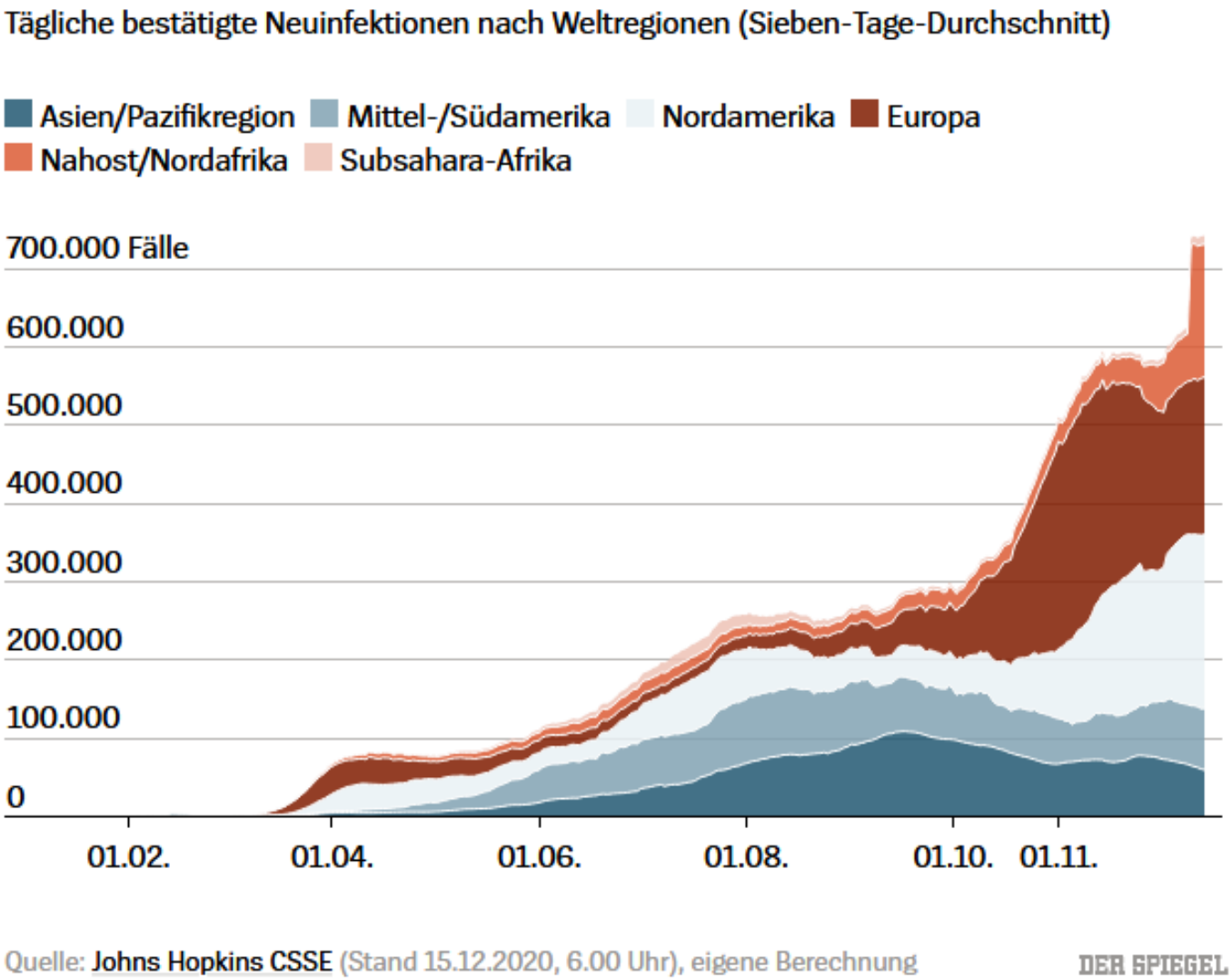
USA
16.518.420 bestätigt
300.754 Todesfälle



Brasilien
6.927.145 bestätigt
181.835 Todesfälle

Quelle: Kreis- und Landesbehörden, RKI, eigene Berechnungen. Johns-Hopkins-Universität (JHU). Für die Türkei wurden innerhalb eines Tages sehr viele Fälle nachgemeldet. Wir prüfen aktuell die hohen Zahlen und zeigen deshalb vorrübergehend keine Werte für die Türkei. Die internationalen Fallzahlen sind nur eingeschränkt vergleichbar, weil die Daten in verschiedenen Ländern unterschiedlich erhoben werden und nicht überall ausreichend getestet wird.

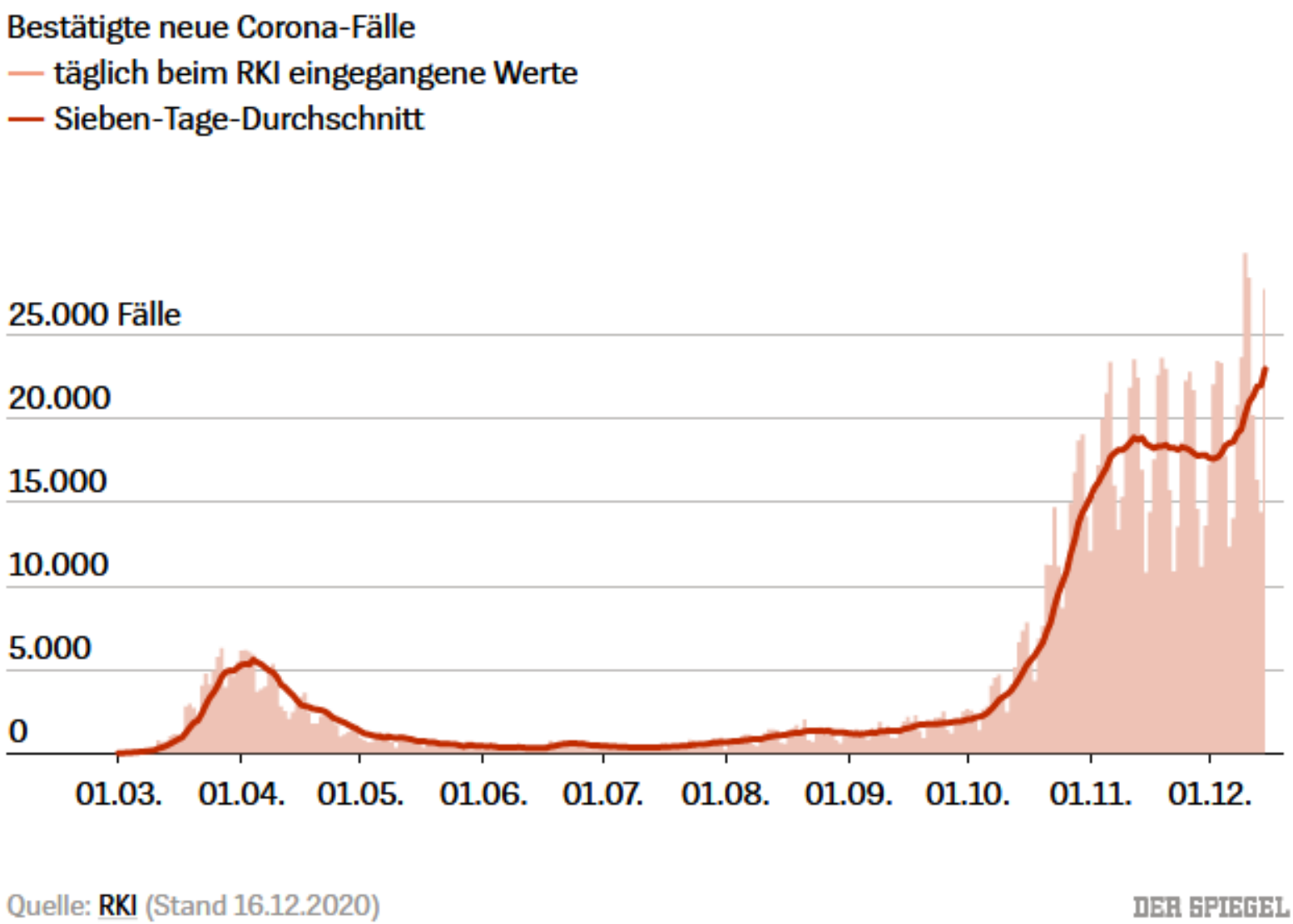
weltweit …


Tägliche bestätigte Neuinfektionen nach Weltregionen (Sieben-Tage-Durchschnitt)
Asien/Pazifikregion
Mittel-/Südamerika
Nordamerika
Europa
Nahost/Nordafrika
Subsahara-Afrika
700.000 Fälle
600.000
500.000
400.000
300.000
200.000
100.000
0
01.02.
01.04.
01.06.
01.08.
01.10.
01.11.
Quelle: Johns Hopkins CSSE (Stand 15.12.2020, 6.00 Uhr), eigene Berechnung
DER SPIEGEL

Deutschland

1,4 Mio.	342.060	1,0 Mio.	23.100
Infizierte gesamt	aktiv infiziert	wieder gesund	gestorben
(+22.000 tägl.)		(+18.000 tägl.)	(+460 tägl.)

Deutschland



ROBERT KOCH INSTITUT

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

15.12.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND

Bestätigte Fälle		7-Tage-Inzidenz (7-TI)		DIVI-Intensivregister
Gesamt[1]	aktive Fälle[2]	Gesamt-Bevölkerung	Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW	Aktuelle Fälle in intensivmedizinischer Behandlung
+14.432 (1.351.510)	**-5.200** [ca. 325.700]	**174 Fälle/ 100.000 EW**	**+2** [401/412]	**+65** [4.735]
Genesene[3]	Verstorbene[1]	Personen ≥ 60 Jahre	Anzahl Kreise mit 7-TI > 100/100.000 EW	Nicht mehr in intensivmedizinischer Behandlung, davon % verstorben
+19.100 (ca. 1.003.300)	**+500** (22.475)	**164 Fälle/ 100.000 EW**	**-1** [345/412]	**+656** 25%

tagesschau.de

15.12.2020

Merkel besorgt über weiteren Anstieg bei Infektionen

16:19 Uhr

Kurz vor Inkrafttreten des neuen Corona-Lockdowns hat sich Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) besorgt über ein weiteres Anwachsen der Infektionszahlen in Deutschland gezeigt. In der Sitzung der Unionsfraktion habe Merkel auf die hohe Zahl der Einkaufenden vor dem Start des Lockdown am Mittwoch hingewiesen, berichtet die Nachrichtenagentur AFP unter Berufung auf Beteiligte der Runde. Sie hoffe, "dass das Einkaufsverhalten jetzt am Montag und Dienstag uns nicht nach hinten wirft", wurde die Kanzlerin zitiert.

"Die Kurve in Deutschland sieht sehr schlecht aus", sagte Merkel laut Teilnehmern mit Blick auf das Infektionsgeschehen. "Wir steuern auf einen Inzidenzwert von 200 für ganz Deutschland zu." Der Anstieg bei der Nutzung der Intensivbetten sei "massiv". Hinzu komme, dass "an manchen Tagen hunderte Betten als nicht mehr einsatzfähig abgemeldet werden, weil Mitarbeiter erkranken, es keine Fachkräfte gibt".

In der Fraktionssitzung habe Merkel zudem auf die vielen Unwägbarkeiten der Pandemie hingewiesen, was eine längerfristige Strategie erschwere. "Das Impfen wird uns helfen, aber wie lange es dauert, wissen wir nicht", wurde die Kanzlerin zitiert. "Wir wissen vieles noch nicht - deshalb können wir auch einen Endpunkt nicht sagen."

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Aktuell ist weiterhin eine hohe Anzahl an Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten. Daher wird dringend appelliert, dass sich die gesamte Bevölkerung noch stärker als bisher für den Infektionsschutz engagiert.
- Seit dem 04.12.2020 ist ein starker Anstieg der Fallzahlen zu beobachten.
- Die Inzidenz der letzten 7 Tage liegt deutschlandweit bei 174 Fällen pro 100.000 Einwohner (EW). In Sachsen und Thüringen liegt sie sehr stark, in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen und dem Saarland deutlich über der Gesamtinzidenz.
- Seit Anfang September nimmt der Anteil älterer Personen unter den COVID-19-Fällen wieder zu. Die 7-Tage-Inzidenz bei Personen ≥ 60 Jahre liegt bei aktuell 164 Fällen/100.000 EW.
- Aktuell weisen nahezu alle der 412 Kreise eine hohe 7-Tage-Inzidenz auf. Nur 1 Kreis übermittelte weniger als 25 Fälle/100.000 EW. Die 7-Tage-Inzidenz liegt in 345 Kreisen bei >100 Fällen/100.000 EW, davon in 54 Kreisen bei >250-500 Fällen/100.000 EW und in 2 Kreisen bei über 500 Fällen/100.000 EW.
- Die hohen bundesweiten Fallzahlen werden verursacht durch zumeist diffuse Geschehen, mit zahlreichen Häufungen insbesondere in Haushalten und Alten- und Pflegeheimen, aber auch in beruflichen Settings, in Gemeinschaftseinrichtungen und ausgehend von religiösen Veranstaltungen. Für einen großen Anteil der Fälle kann das Infektionsumfeld nicht ermittelt werden.
- Die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle ist mit 4.735 Fällen weiterhin ansteigend.
- Am 15.12.2020 wurden im Vergleich zum Vortag 14.432 neue Fälle und 500 neue Todesfälle übermittelt.
- Die Risikobewertung des RKI wurde angepasst. Das RKI schätzt nunmehr die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als **sehr hoch** ein.
- Aus Sachsen wurden am gestrigen Tag keine Fälle übermittelt. Insbesondere die 7-Tages- Inzidenz, aber auch andere Kennzahlen sind daher bundesweit, aber insbesondere in Sachsen gegenüber dem tatsächlichen Wert vermindert.

Epidemiologische Lage in Deutschland (Datenstand 15.12.2020, 0:00 Uhr)

In Einklang mit den internationalen Standards der WHO[1] und des ECDC[2] wertet das RKI alle labordiagnostischen PCR-Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung einer klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Im folgenden Bericht sind somit unter COVID-19-Fällen sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Weitere Erläuterungen finden sich unter „Hinweise zur Datenerfassung und -bewertung".

Allgemeine aktuelle Einordnung

Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau Ende August und Anfang September ist es im Oktober in allen Bundesländern zu einem steilen Anstieg der Fallzahlen gekommen. Durch die Maßnahmen seit Anfang November sistierte zwar die Zunahme der Fallzahlen, ohne dass jedoch ein nennenswerter Rückgang erreicht werden konnte. Seit dem 04.12.2020 ist ein erneuter starker Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen (s. Abbildung 3).

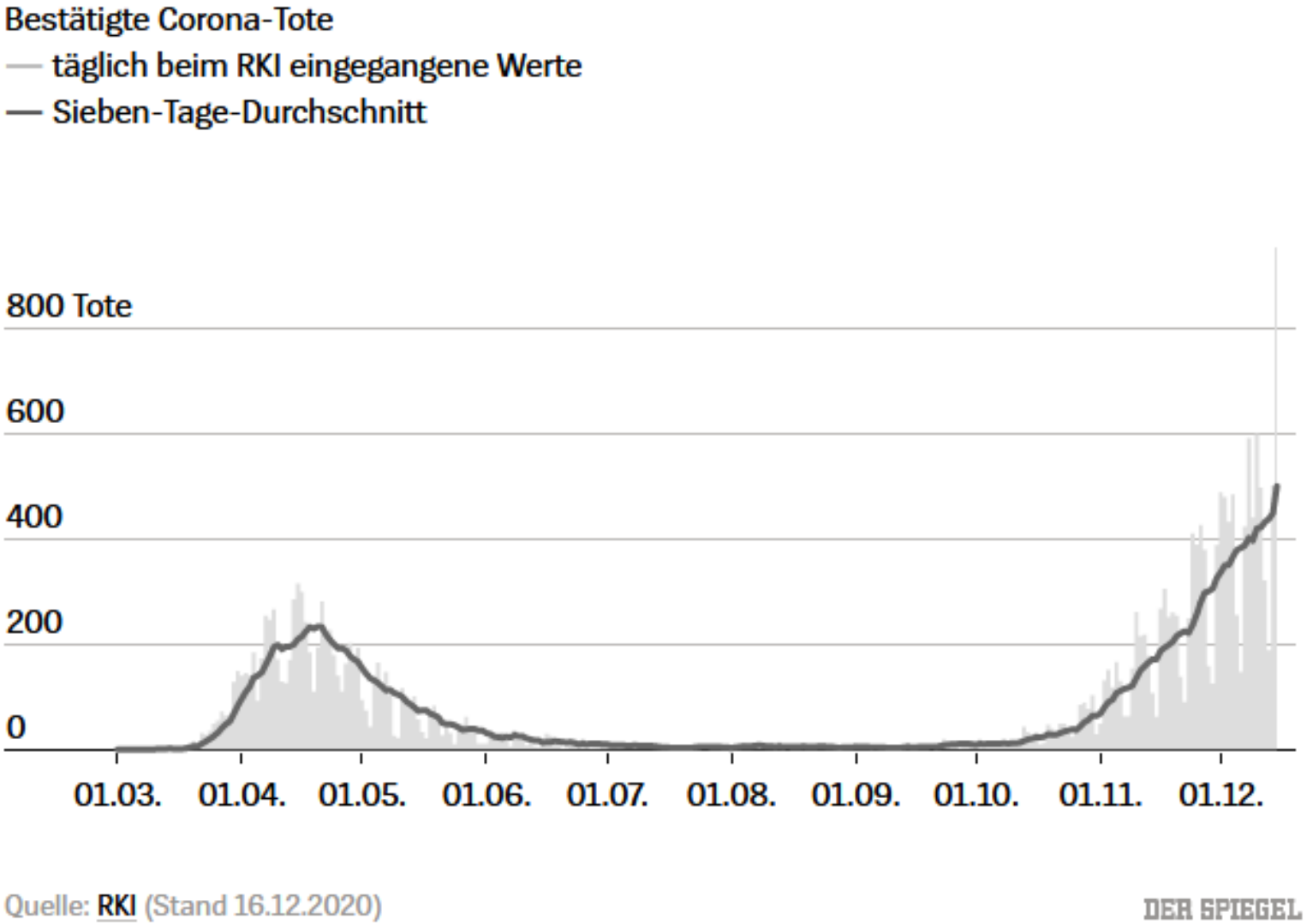
Der R-Wert liegt aktuell um 1. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, etwa eine weitere Person ansteckt. Aufgrund noch ausstehender Datenübermittlungen ist der R-Wert heute nur eingeschränkt verwertbar. Da die Zahl der infizierten Personen derzeit in Deutschland sehr hoch ist, bedeutet dies weiterhin eine hohe und zunehmende Zahl von täglichen Neuerkrankungen.

Bundesweit gibt es in verschiedenen Kreisen Ausbrüche, die mit unterschiedlichen Situationen in Zusammenhang stehen. So werden zunehmend COVID-19-bedingte Ausbrüche in Haushalten und Alten- und Pflegeheimen übermittelt, aber auch im beruflichen Setting sowie in Schulen und Kitas. Zusätzlich kommt es in zahlreichen Kreisen zu einer zunehmend diffusen Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen in die Bevölkerung, ohne dass Infektionsketten eindeutig nachvollziehbar sind. Das genaue Infektionsumfeld lässt sich häufig nicht ermitteln.

Während die 7-Tage-Inzidenz in den jüngeren Altersgruppen stagniert oder leicht abnimmt, nimmt sie in der älteren Bevölkerung weiter zu (vgl. Lagebericht 08.12.2020). Da ältere Personen häufiger von schweren Erkrankungsverläufen von COVID-19 betroffen sind, steigt die Anzahl an schweren Fällen und Todesfällen weiter an. Diese können vermieden werden, wenn alle mit Hilfe der Infektionsschutzmaßnahmen die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus verlangsamen.

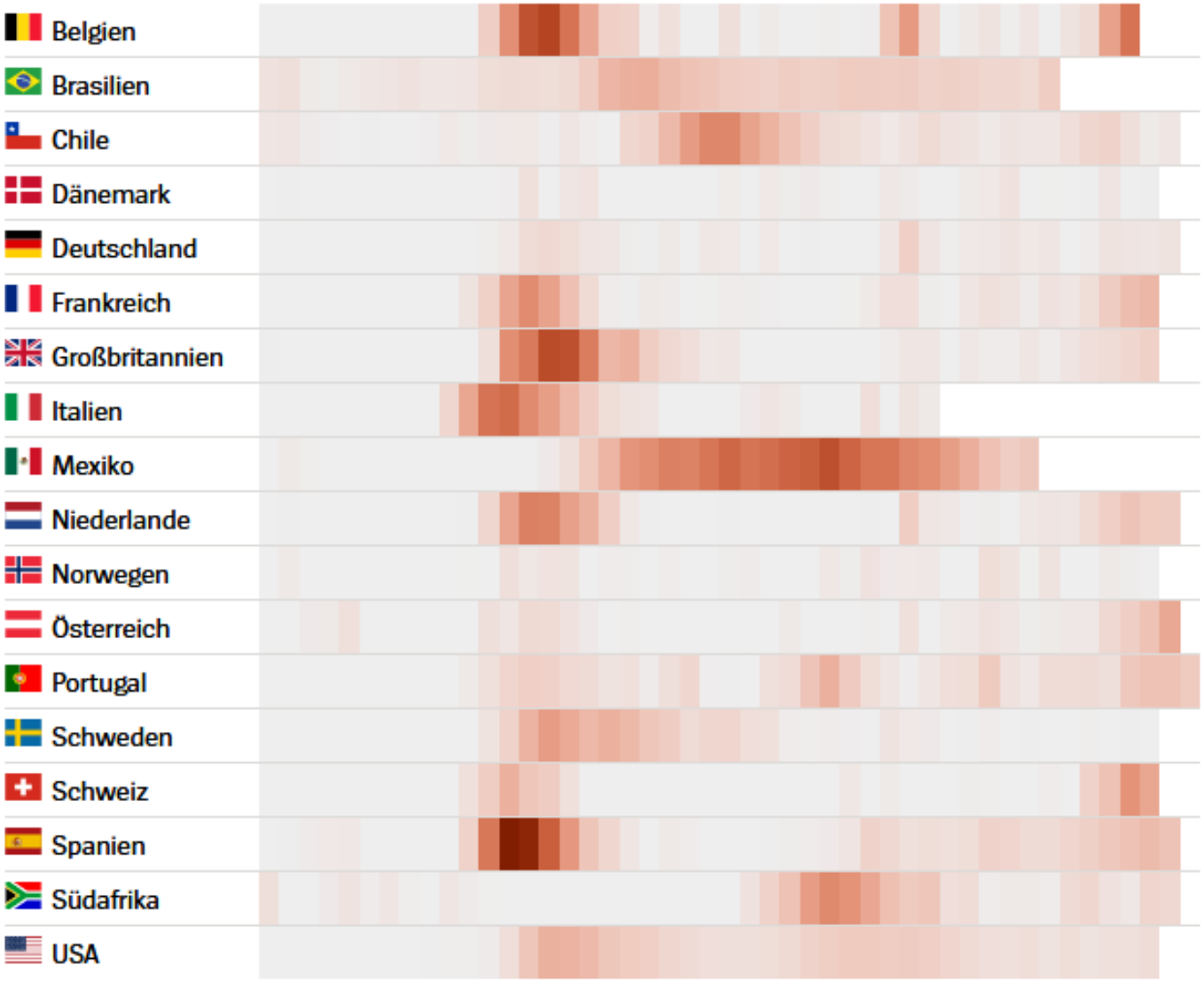
Daher ist es weiterhin notwendig, dass sich die gesamte Bevölkerung für den Infektionsschutz engagiert, z. B. indem sie Abstands- und Hygieneregeln konsequent – auch im Freien – einhält, Innenräume lüftet und, wo geboten, eine Mund-Nasen-Bedeckung korrekt trägt. Menschenansammlungen – besonders in Innenräumen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

Tote


Bestätigte Corona-Tote
täglich beim RKI eingegangene Werte
Sieben-Tage-Durchschnitt
800 Tote
600
400
200
0
01.03.
01.04.
01.05.
01.06.
01.07.
01.08.
01.09.
01.10.
01.11.
01.12.
Quelle: RKI (Stand 16.12.2020)
DER SPIEGEL

Übersterblichkeit während der Corona-Pandemie

Wie viele Menschen starben 2020 mehr als im Schnitt der vergangenen Jahre?

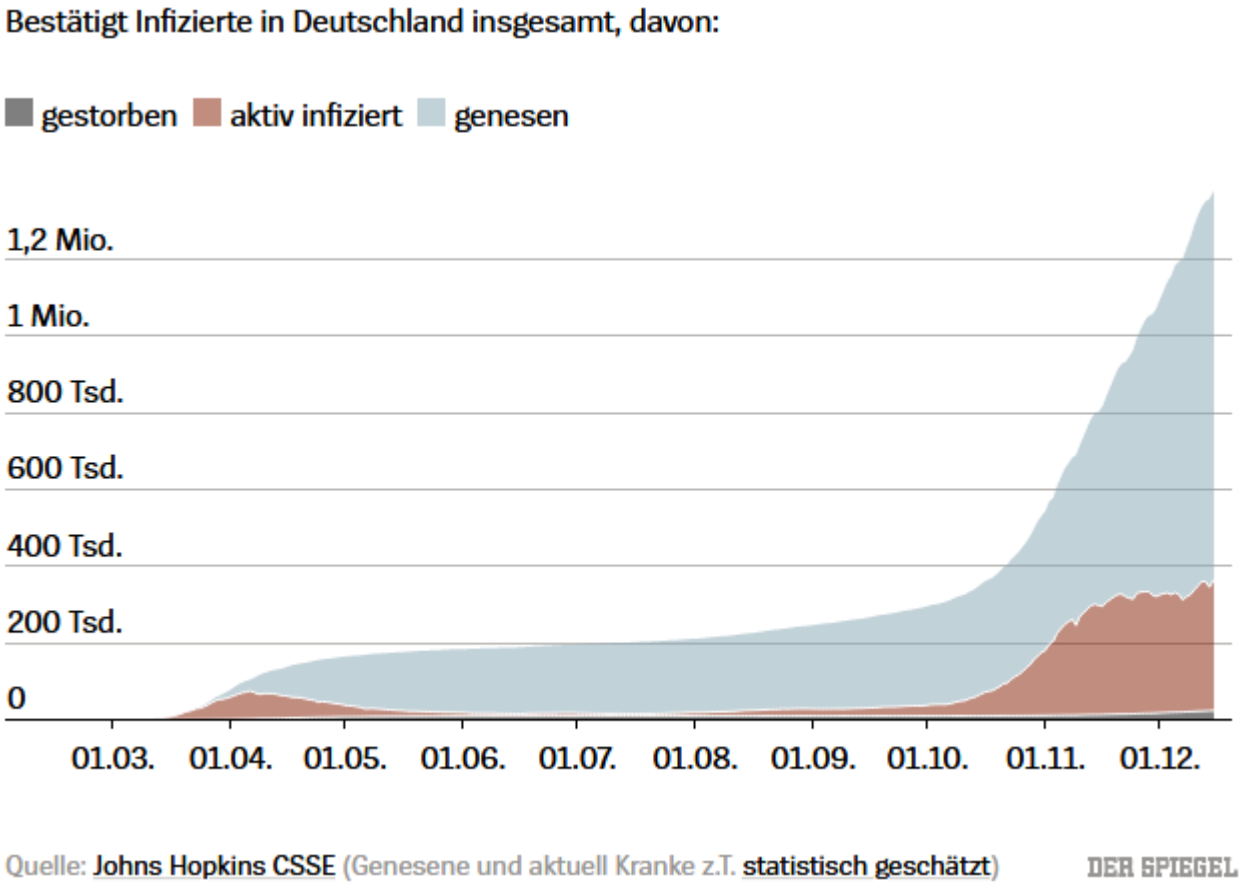


Quelle: The Economist, Destatis

DER SPIEGEL

Infektionsgeschehen Deutschland …

Entwicklung



Demografische Verteilung

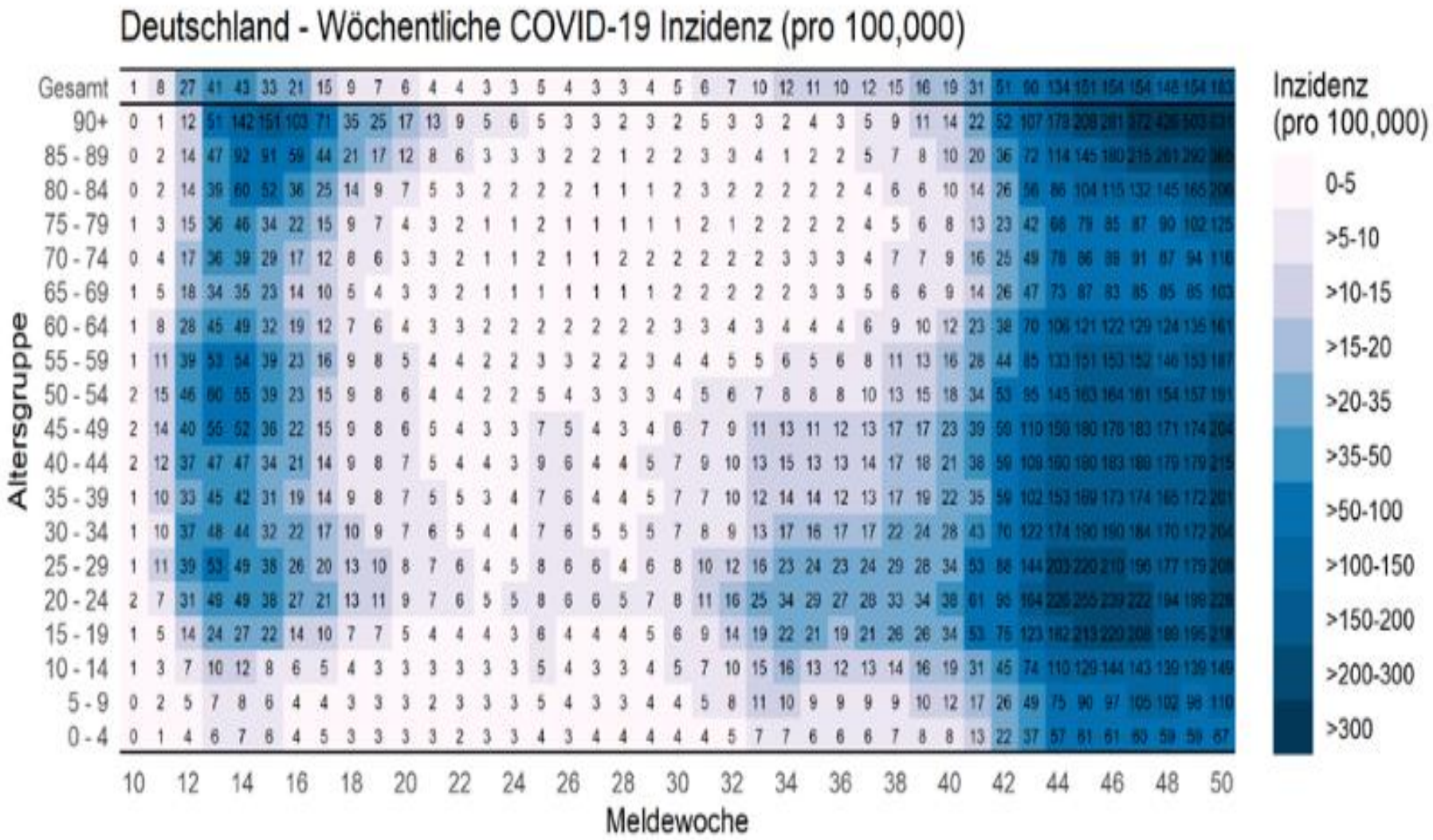
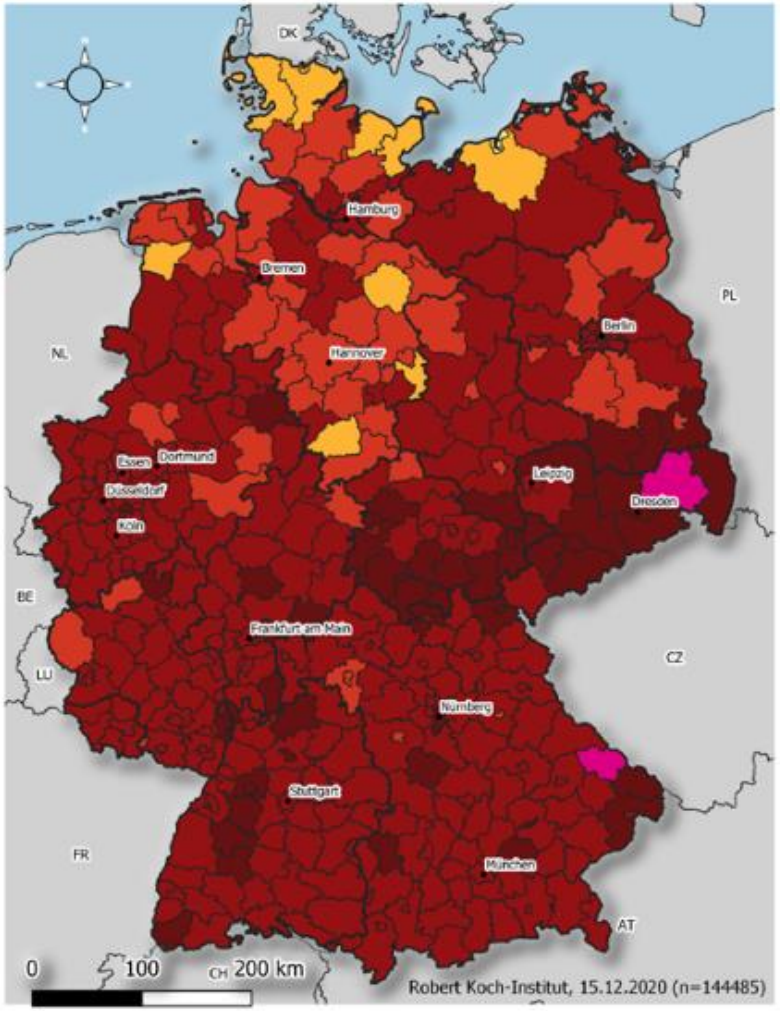


Abbildung 4: Darstellung des 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und Meldewoche (n=1.188.511 Fälle mit entsprechenden Angaben in den Meldewochen KW10-50; Stand 15.12.2020, 0:00 Uhr).

Geografische Verteilung

Es wurden 1.351.510 (+14.432) labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt (s. Tabelle 1). Die geografische Verteilung der Fälle der letzten 7 Tage ist in Abbildung 1 dargestellt.



Übermittelte Fälle der letzten **7** Tage

COVID19-AKTIVITÄT
Stand: 15.12.2020

Fälle pro 100.000 Einwohner

- keine Fälle übermittelt [n/a]
- >0,0 - 5,0 [n/a]
- >5,0 - 25,0 [1]
- >25,0 - 50,0 [10]
- >50,0 - 100,0 [56]
- >100,0 - 250,0 [289]
- >250,0 - 500,0 [54]
- > 500,0 - 1000,0 [2]

	Landkreis	Anzahl	Inzidenz
1	LK Regen	490	633,0
2	LK Bautzen	1843	614,8
3	LK Oberspreewald-Lausitz	540	493,7
4	LK Görlitz	1242	491,4
5	SK Speyer	246	486,5
6	LK Erzgebirgskreis	1572	469,3
7	LK Zwickau	1448	459,7
8	LK Hildburghausen	288	455,7
9	LK Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	1108	451,2
10	LK Altenburger Land	393	439,6
11	LK Saale-Orla-Kreis	329	409,7
12	LK Meißen	988	408,7
13	SK Suhl	149	405,0
14	LK Sonneberg	233	403,7
15	LK Elbe-Elster	402	394,8

ROBERT KOCH INSTITUT

Abbildung 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle mit einem Meldedatum innerhalb der letzten 7 Tage in Deutschland nach Kreis und Bundesland (n = 144.485, 15.12.2020, 0:00 Uhr). Die Fälle werden in der Regel nach dem Kreis ausgewiesen, aus dem sie übermittelt wurden. Dies entspricht in der Regel dem Wohnort. Wohnort und wahrscheinlicher Infektionsort müssen nicht übereinstimmen.

Tabelle 1: An das RKI übermittelte COVID-19-Fälle und -Todesfälle pro Bundesland in Deutschland (15.12.2020, 0:00 Uhr). Die Differenz zum Vortag bezieht sich auf Fälle, die dem RKI täglich übermittelt werden. Dies beinhaltet Fälle, die am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen an das Gesundheitsamt gemeldet worden sind.

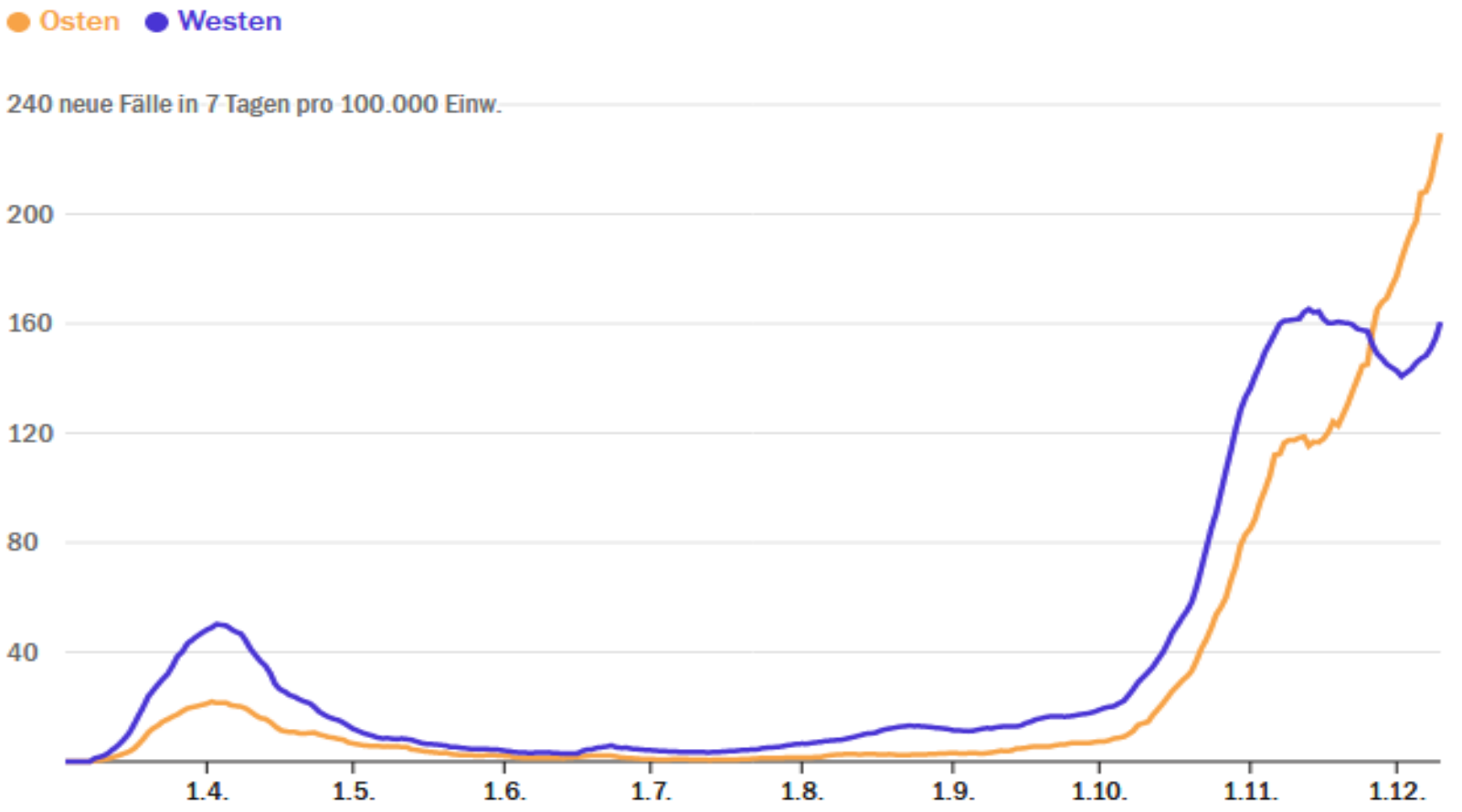
	Fälle kumulativ			Letzte 7 Tage		Todesfälle kumulativ	
Bundesland	Fälle	Differenz Vortag	Fälle/100.000 Einw.	Fälle	Fälle/100.000 Einw.	Fälle	Fälle/100.000 Einw.
Baden-Württemberg	190.418	2.177	1.715	21.156	191	3.524	31,7
Bayern	261.306	1.513	1.991	25.273	193	4.936	37,6
Berlin	79.807	1.011	2.175	6.748	184	846	23,1
Brandenburg	27.459	507	1.089	3.822	152	500	19,8
Bremen	11.736	22	1.723	887	130	159	23,3
Hamburg	29.711	303	1.608	2.370	128	481	26,0
Hessen	109.734	1.418	1.745	11.546	184	1.834	29,2
Mecklenburg-Vorpommern	8.315	83	517	1.466	91	100	6,2
Niedersachsen	86.345	616	1.080	7.259	91	1.454	18,2
Nordrhein-Westfalen	322.051	4.085	1.794	30.832	172	4.615	25,7
Rheinland-Pfalz	57.462	1.117	1.404	6.822	167	888	21,7
Saarland	16.098	102	1.631	1.853	188	313	31,7
Sachsen *	86.806	-1	2.132	13.383	329	1.702	41,8
Sachsen-Anhalt	18.985	461	865	3.338	152	289	13,2
Schleswig-Holstein	18.341	241	632	2.376	82	295	10,2
Thüringen	26.936	777	1.263	5.354	251	539	25,3
Gesamt	**1.351.510**	**14.432**	**1.625**	**144.485**	**174**	**22.475**	**27,0**

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

* Gestern wurden aus Sachsen keine Daten übermittelt.

Corona-Neuinfektionen im Osten vs. Westen

Die Kurven zeigen die durchschnittliche Zahl der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner*innen innerhalb der vergangenen sieben Tage. Die Werte aus Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ergeben die Zahl für Ost. Die restlichen, alten, Bundesländer addieren sich zum Wert für den Westen Deutschlands.



Daten: Risklayer, CEDIM (KIT), Tagesspiegel

Wahrscheinliche Infektionsländer

In MW 46-50 wurden 659.624 Fälle übermittelt, davon lagen bei 346.985 Fällen (53%) keine Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland vor.

In der Anfangsphase der COVID-19-Epidemie in Deutschland lag in Meldewoche 11 der Anteil von allen Fällen mit Expositionsort im Ausland bei 46%. Im Zuge der Reisebeschränkungen ist dieser Anteil stetig gefallen, auf 0,4% in der Meldewoche 19. Seit der 25. Meldewoche gab es erste Grenzöffnungen, zunächst in Europa. Ab dann stieg der Anteil der Fälle mit Angabe eines wahrscheinlichen Infektionslandes im Ausland wieder an, erreichte seinen Höhepunkt in der Meldewoche 34 mit 49% und nimmt seitdem kontinuierlich wieder ab.

Die absolute Zahl an Fällen mit Auslandsexposition war nach dem Ende der Sommerferienzeit (KW 38) bis KW 45 mit im Mittel 1700 Fällen pro Woche stabil. Sie nimmt seitdem ab auf derzeit 294 Fälle in KW 50. Der Anteil an allen Fällen mit einer Angabe einer Exposition im Ausland ist deutlich gesunken, auf 1% in KW 50. In KW 46-50 gaben 2.699 Personen einen möglichen Infektionsort im Ausland an.

Reisende, die sich innerhalb von 14 Tagen vor der Einreise nach Deutschland in einem Risikogebiet aufgehalten haben, müssen eine 10-tägige Quarantäne einhalten. Ein negatives Testergebnis kann unter bestimmten Umständen nach landesrechtlichen Regelungen zur Aufhebung der Quarantäne führen (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Infoblatt/Anlage_1_DEA_Infoblatt_fuer_Einreisende.pdf).

Ausbrüche

In beinahe allen Kreisen (411 von 412) liegt eine erhöhte 7-Tage-Inzidenz mit über 25 Fällen/100.000 EW vor. In der Kategorie der Inzidenz von >250 bis 500 Fällen/100.000 EW in den letzten 7 Tagen liegen 54 Kreise, in 2 Kreisen liegt sie bei über 500 Fällen/100.000 EW. Abbildung 1 weist sowohl die Anzahl der Kreise pro Inzidenzgruppe aus, als auch die am stärksten betroffenen 15 Kreise. Die genauen Inzidenzwerte der weiteren Kreise können dem Dashboard entnommen werden (https://corona.rki.de/).

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

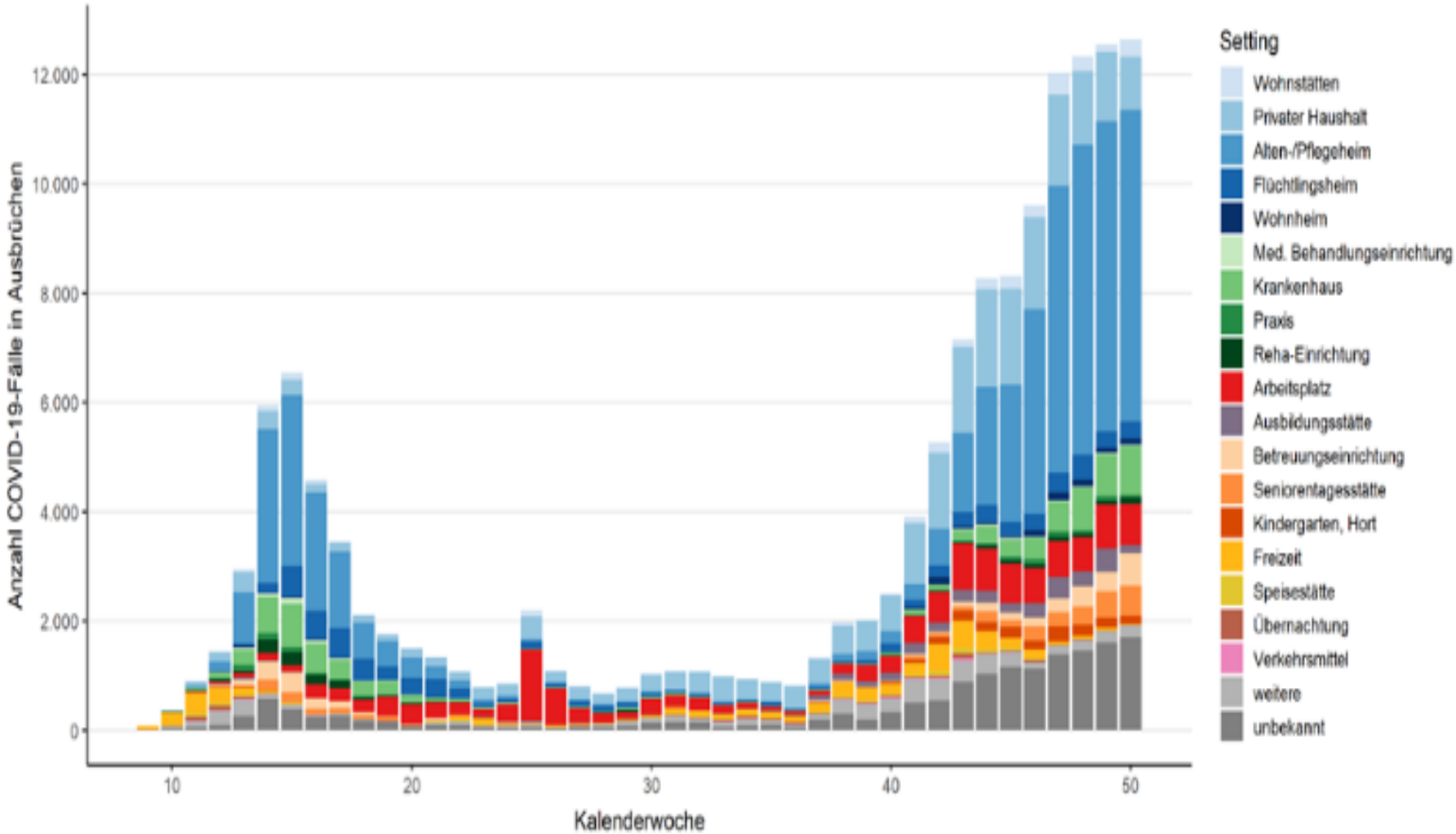


Abbildung 8: Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Setting) und Meldewoche, die vom jeweiligen Gesundheitsamt einem Ausbruch zugeordnet wurden. Abgebildet werden alle Fälle aus Ausbrüchen mit 2 oder mehr Fällen. Die möglichen Settings sind als Kategorien in der Abfrage vorgegeben. Die Erfassung von COVID-19 Fällen in Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher sind insbesondere die Angaben zur Anzahl in der letzten Kalenderwoche noch unvollständig. (Datenstand 15.12.2020, 0:00 Uhr).

Tabelle 03: Fallzahlen nach Regierungsbezirken, Stand: 15.12.2020, 08:00 Uhr.

Regierungsbezirk	Anzahl der Fälle	Fälle Änderung zum Vortag	Fallzahl pro 100.000 Einwohner	Fälle der letzten 7 Tage	7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner	Anzahl der Todesfälle	Todesfälle Änderung zum Vortag
Oberbayern	105.420	(+ 1.345)	2.237,81	9.894	210,03	1.761	(+ 38)
Niederbayern	27.774	(+ 183)	2.232,33	3.136	252,06	583	(+ 11)
Oberpfalz	21.536	(+ 213)	1.936,51	2.045	183,89	554	(+ 4)
Oberfranken	17.215	(+ 487)	1.615,87	2.234	209,69	438	(+ 17)
Mittelfranken	34.196	(+ 787)	1.926,35	4.288	241,55	607	(+ 24)
Unterfranken	20.410	(+ 162)	1.549,01	2.050	155,58	437	(+ 13)
Schwaben	36.972	(+ 586)	1.946,47	3.855	202,95	638	(+ 19)
Gesamtergebnis	**263.523**	**(+ 3.763)**	**2.007,83**	**27.502**	**209,54**	**5.018**	**(+ 126)**

11.12.2020

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,02	1,11
(95%-Prädiktionsintervall: 0,87 – 1,23)	(95%- Prädiktionsintervall: 1,02 – 1,23)

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

12.12.2020

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,15	1,17
(95%-Prädiktionsintervall: 0,96 – 1,35)	(95%- Prädiktionsintervall: 1,05 – 1,30)

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

13.12.2020

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
1,12	1,06
(95%-Prädiktionsintervall: 0,96 – 1,33)	(95%- Prädiktionsintervall: 0,98 – 1,17)

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

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

Die Reproduktionszahl R bezeichnet die Anzahl der Personen, die im Durchschnitt von einem Fall angesteckt werden. Die Schätzung des R-Wertes basiert auf dem sogenannten Nowcasting (Abbildung 9), einem statistischen Verfahren, das die Entwicklung der Fallzahlen nach Erkrankungsbeginn darstellt und für die letzten Tage auch prognostiziert. Diese Prognose ist mit Unsicherheit behaftet, die sich auch in den zum R-Wert angegebenen Prädiktionsintervallen spiegelt. Nach Eingang weiterer Fallmeldungen am RKI wird der R-Wert im Verlauf für die zurückliegenden Tage angepasst und ggf. nach oben oder unten korrigiert. In den letzten Wochen wurden Werte, die am Anfang einer Woche berichtet wurden, typischerweise leicht nach oben korrigiert. Sie hatten also das reale COVID-19 Geschehen in Deutschland leicht unterschätzt. Gegen Ende einer Woche geschätzte Werte verhielten sich stabiler. Den aktuell geschätzten Verlauf des R-Werts zeigt Abbildung 10.

4-Tage-R-Wert	7-Tage-R-Wert
0,95 *	0,98 *
(95%-Prädiktionsintervall: 0,83 – 1,09)	(95%- Prädiktionsintervall: 0,91 – 1,05)

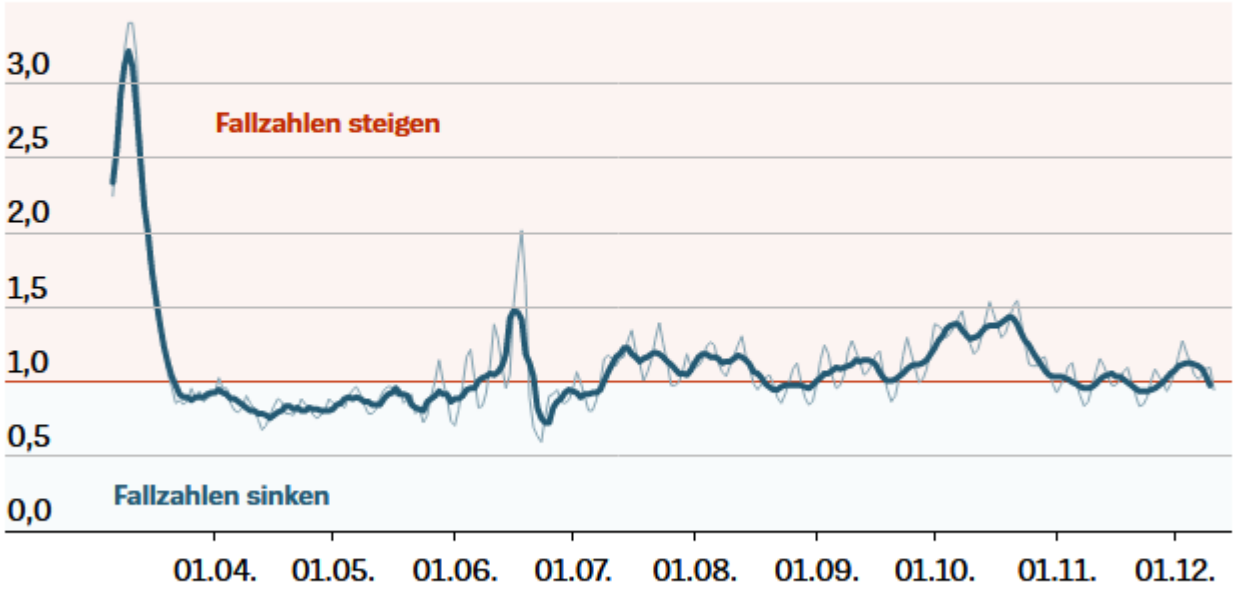
Durch Verzögerungen bei der Übermittlung der Fallzahlen an Wochenendtagen kommt es zu zyklischen Schwankungen des 4-Tage-R-Wertes. Der 7-Tages-R-Wert verläuft deutlich gleichmäßiger, da jeweils alle Wochentage in die Bestimmung eines Wertes eingehen.

Infektionsgeschehen Deutschland …

Ansteckung

Wie viele Menschen steckt ein Corona-Infizierter an?

Entwicklung der Reproduktionszahl R: — einfacher Wert und — Wochenmittel



Quelle: RKI (Stand 15.12.2020)

DER SPIEGEL

ROBERT KOCH INSTITUT

Corona-Monitoring lokal

Eckdaten für Bad Feilnbach

(aktualisiert am 10.12.2020)

a) Ergebnisse zu akuten Infektionen:

- Im Verlauf der Studie wurden in Bad Feilnbach keine akuten Infektionen festgestellt.

b) Ergebnisse zur Seroprävalenz (IgG-Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus):

- In Bad Feilnbach wurde (nach Korrektur für Sensitivität und Spezifität des Tests) eine Seroprävalenz von **9,1 Prozent** festgestellt.
- Asymptomatische Fälle: **21 Prozent** der Seropositiven waren ohne typische Krankheitssymptome, **79 Prozent** hatten mindestens eines der Symptome[1].
- Untererfassung: Durch die Studie wurden **4,5-mal mehr** Infektionen nachgewiesen als vor Studienstart bekannt (mit Korrektur für verstorbene Covid-19-Fälle).
- Antikörper: Bei **24 Prozent** der Erwachsenen mit positivem SARS-CoV-2-Test (Eigenangabe im Fragebogen) konnten **keine Antikörper** nachgewiesen werden (ohne Korrektur für Sensitivität und Spezifität des Tests). Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass keine Immunität besteht.

c) Ergebnisse zur Seroprävalenz neutralisierender Antikörper:

- Neutralisierende Antikörper gegen SARS-CoV-2 konnten bei **6,0 Prozent** der Bad Feilnbacherinnen und Bad Feilnbacher nachgewiesen werden. Der Anteil unter Frauen (6,0 Prozent) lag gleich hoch wie unter Männern (6,1 Prozent).
- Asymptomatische Fälle: **14 Prozent** der Seropositiven mit neutralisierenden Antikörpern waren ohne typische Krankheitssymptome[1]; dementsprechend wiesen **86 Prozent** dieser Personen mindestens eins der Symptome[1] auf.
- Untererfassung: Berechnet man den Grad der Untererfassung basierend auf dem Anteil derjenigen mit neutralisierenden Antikörpern, so liegt dieser bei 2,6.
- Antikörper: Bei **40 Prozent** der Erwachsenen mit positivem SARS-CoV-2-Test (Eigenangaben im Fragebogen) konnten keine neutralisierenden Antikörper nachgewiesen werden; dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass keine Immunität besteht.

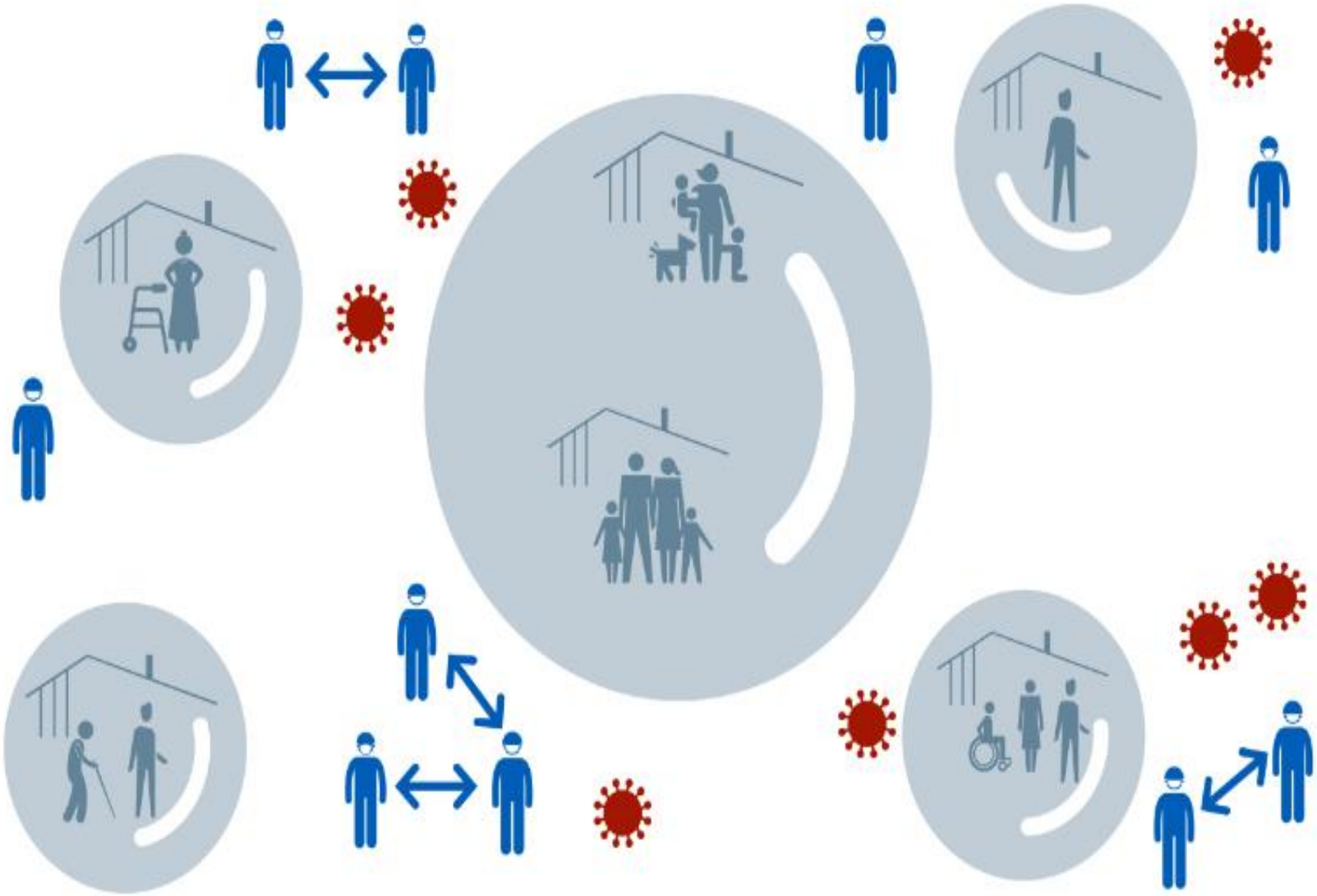
Inhalt

Strategie

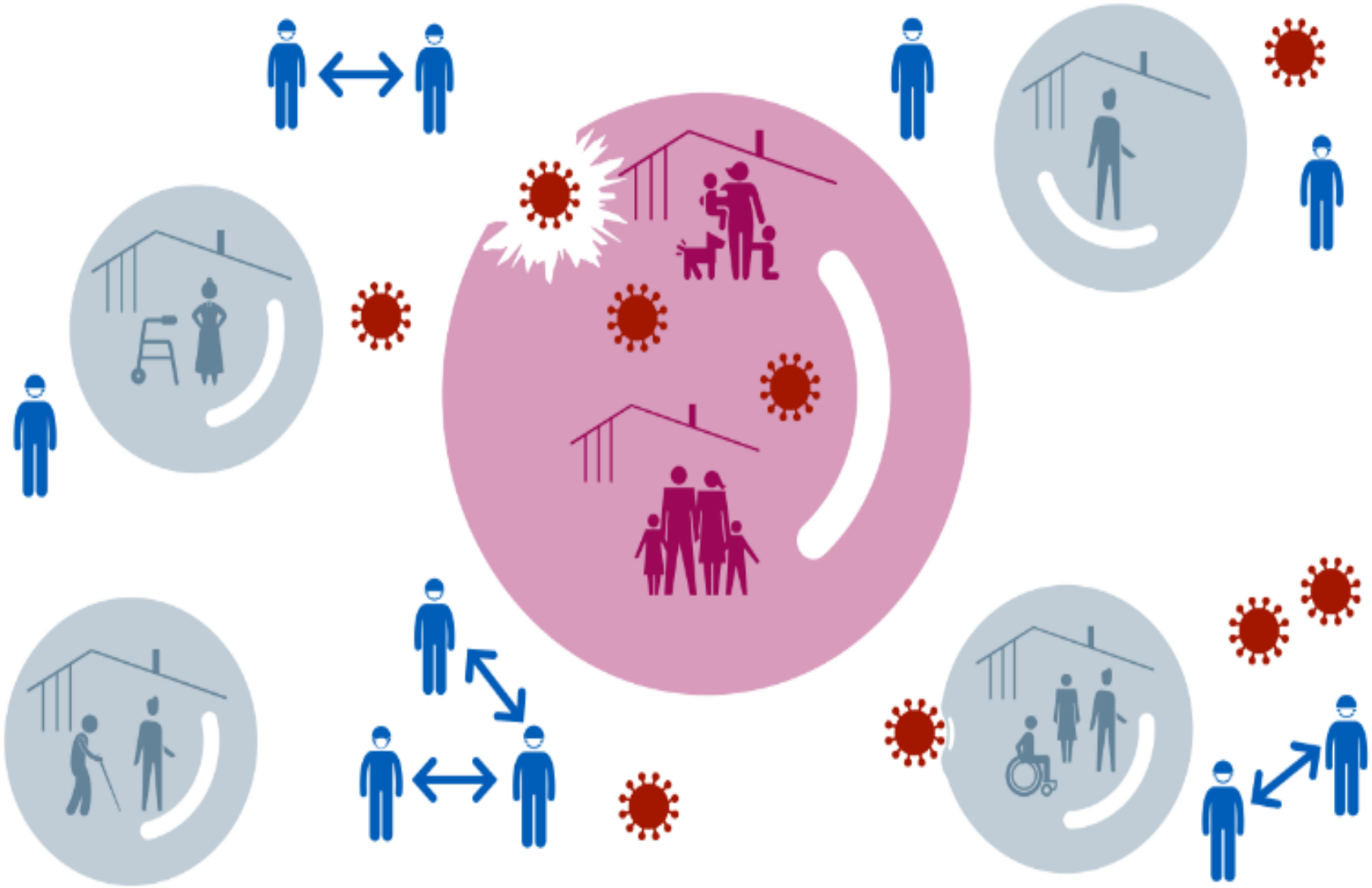
Im engen Kreis feiern wir sicherer

Die bisherigen Maßnahmen haben die SARS-CoV-2-Infektionen nicht ausreichend eingedämmt: wir müssen unsere Kontakte über den eigenen Haushalt hinaus dringend weiter einschränken.

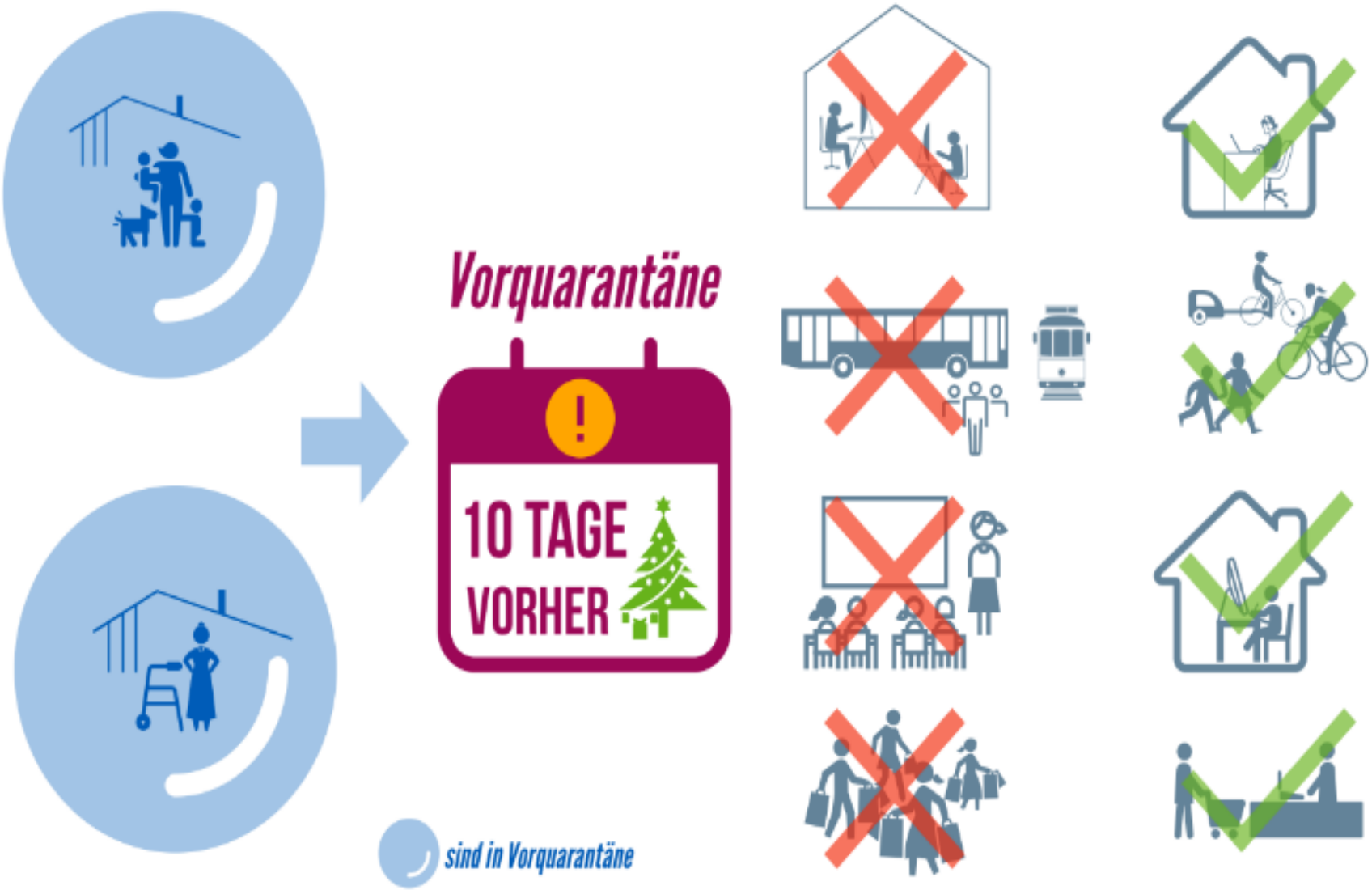
Wenn sich Menschen nur unter sich treffen, entsteht ein *enger Kreis*. Dieser Kreis erschwert eine Übertragung des Virus. Die Voraussetzung ist, dass alle gesund und nicht in einer verordneten Quarantäne sind.



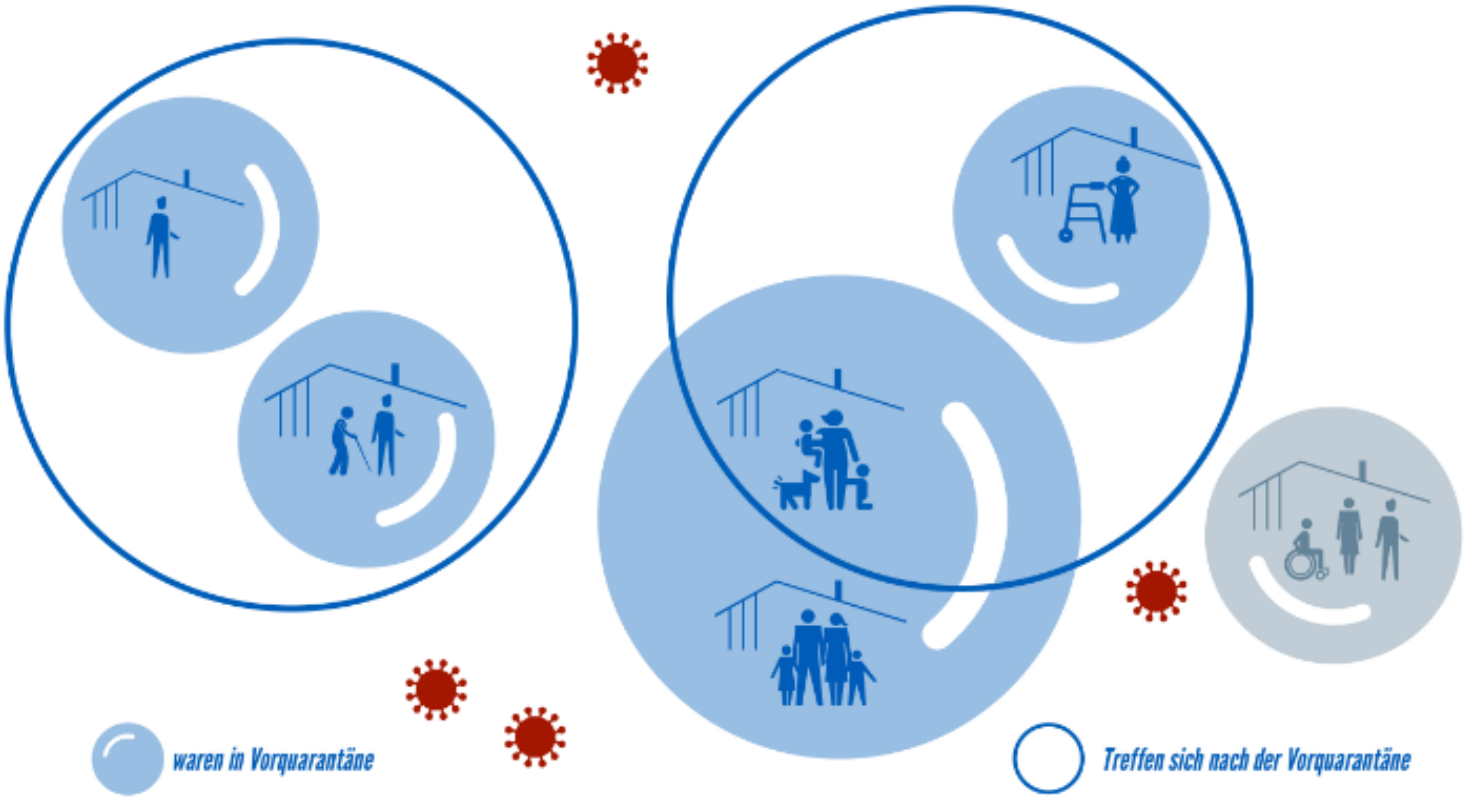
Wird der Kreis durchbrochen und das Virus hinaus- oder hineingetragen, kann sich das Virus verbreiten.



Wenn sich die Menschen über die Feiertage auch *außerhalb ihres eigenen engen Kreises* treffen, ist das Risiko hoch, dass sich das Virus verbreiten kann. Eine Maßnahme, die das Infektionsrisiko gering hält, ist die **Vorquarantäne**:



So sinkt das Risiko, andere über die Feiertage anzustecken.



Über die Feiertage bleiben wir mit Familie und Freunden in unserem *engen Kreis*, denn eine Vermischung der Kreise durch Reisen und Besuche macht es dem Virus einfach, sich zu verbreiten.

Um uns selbst und andere zu schützen, sollten wir dieses Jahr auf Feiern, Veranstaltungen und Reisen verzichten. So bleiben wir in unserem *engen Kreis*.

Ist der empfohlene Coronaabstand immer ausreichend?

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Peking – Der gebotene Coronasicherheitsabstand könnte in bestimmten Situationen – beispielsweise beim **Hintereinandergehen in Innenräumen – stark von der Umgebung abhängen. Strömungsmodelle deuten darauf hin, dass es dabei einen großen Unterschied macht, ob ein Flur oder Gang schmal oder breit ist**, …
Zudem seien Kinder in einer solchen Situation womöglich mehr gefährdet als Erwachsene. …
… wie sich hinter einem hustenden Menschen die Tröpfchen verteilen, wenn er sich über einen Gang oder Flur bewegt.
Dabei stellten sie fest, dass der Knackpunkt die **Breite des Ganges** ist. Es sei erforderlich, je nach Umgebung unterschiedliche Sicherheitsabstände zu empfehlen, schlussfolgern die Wissenschaftler.
Die Forscher simulierten die Ausbreitung einer Wolke aus rund 1.000 solcher Tröpfchen. Die hustende Person geht dabei in zügigem Tempo. Xiaolei Yang und Kollegen verglichen den Einfluss von Wänden an der Seite: In einem Fall lagen die Wände 6 Meter auseinander, im anderen Fall 1,2 Meter. In den Simulationen ging das Team davon aus, dass die hustende Person keine Maske trägt. Frühere Studien haben aber gezeigt, dass das Tragen einer Maske das Risiko durch die Verteilung von infektiösen Tröpfchen wirksam verringern kann.
Die Forscher fanden mit ihren Modellen heraus, dass sich die Tröpfchenwolke auf 2 grundsätzlich verschiedene Arten ausbreiten kann. Beim breiten Gang – also bei einem Wandabstand von 6 Metern – sorgen **Luftverwirbelungen hinter der hustenden Person** dafür, dass die **Tröpfchen zu einem guten Teil mitgezogen werden**. Dadurch verteilen sie sich relativ gut im Raum. Das könnte die Virenbelastung für einen hinterhergehenden Menschen verringern.
Bei schmalen Gängen, also bei einem Wandabstand von lediglich 1,2 Metern, haben die Verwirbelungen hinter dem potenziell Infizierten nicht den gleichen Effekt. Der Hauptteil der Tröpfchen bleibt vereinfacht gesagt in der Luft hängen und wird weniger stark durchmischt. Dadurch ist in rund 5 Metern Abstand zu dem hustenden, gehenden Menschen eine Wolke mit deutlich größerer Tröpfchenkonzentration. …
Die Forscher stellten zudem fest, dass sich die Tröpfchen hinter einem gehenden, hustenden Menschen **hauptsächlich auf Hüfthöhe verteilen** – unabhängig von der Flurbreite. Dies weise darauf hin, dass Kinder, die hinter einem infektiösen Menschen gehen, einem höheren Übertragungsrisiko ausgesetzt sind. © dpa/aerzteblatt.de

Effects of space sizes on the dispersion of cough-generated droplets from a walking person

Physics of Fluids **32**, 121705 (2020); https://doi.org/10.1063/5.0034874

Zhaobin Li (李曌斌)[1,2], Hongping Wang (王洪平)[1,2], Xinlei Zhang (张鑫磊)[1,2], Ting Wu (吴霆)[1,2], *and* Xiaolei Yang (杨晓雷)[1,2,a)]

ABSTRACT

The dispersion of viral droplets plays a key role in the transmission of COVID-19. In this work, we analyze the dispersion of cough-generated droplets in the wake of a walking person for different space sizes. The air flow is simulated by solving the Reynolds-averaged Navier–Stokes equations, and the droplets are modeled as passive Lagrangian particles. Simulation results show that the cloud of droplets locates around and below the waist height of the manikin after 2 s from coughing, which indicates that kids walking behind an infectious patient are exposed to higher transmission risk than adults. More importantly, two distinct droplet dispersion modes occupying significantly different contamination regions are discovered. A slight change of space size is found being able to trigger the transition of dispersion modes even though the flow patterns are still similar. This shows the importance of accurately simulating the air flow in predicting the dispersion of viral droplets and implies the necessity to set different safe-distancing guidelines for different environments.

Published under license by AIP Publishing. https://doi.org/10.1063/5.0034874

Effects of space sizes on the dispersion of cough-generated droplets from a walking person

Physics of Fluids **32**, 121705 (2020); https://doi.org/10.1063/5.0034874

Zhaobin Li (李曌斌)[1,2], Hongping Wang (王洪平)[1,2], Xinlei Zhang (张鑫磊)[1,2], Ting Wu (吴霆)[1,2], *and* Xiaolei Yang (杨晓雷)[1,2,a)]

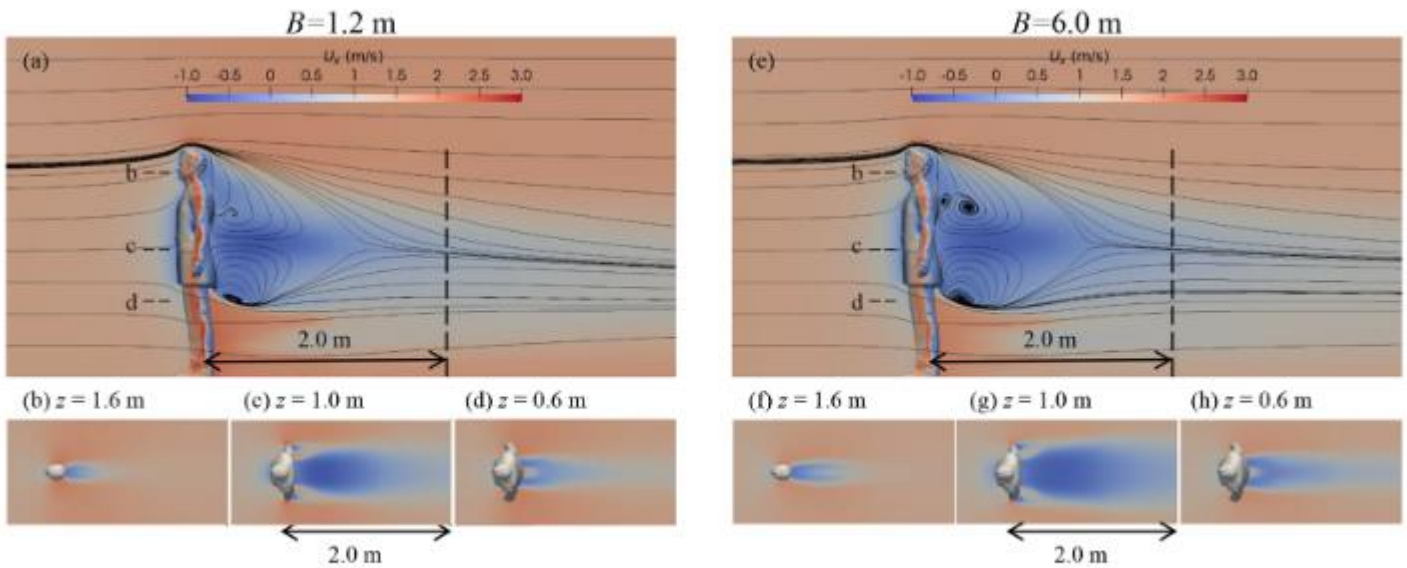


FIG. 3. Patterns of air flow around the manikin for the cases with B = 1.2 m [left, (a)–(d)] and B = 6.0 m [right, (e)–(h)] and walking speed 1.5 m/s. [(a) and (e)] Contours of streamwise velocity and streamlines on the symmetrical plane and {[(b)–(d)] and [(f)–(h)]} contours of streamwise velocity on horizontal planes located at different vertical locations.

Effects of space sizes on the dispersion of cough-generated droplets from a walking person

Physics of Fluids **32**, 121705 (2020); https://doi.org/10.1063/5.0034874

Zhaobin Li (李曌斌)[1,2], Hongping Wang (王洪平)[1,2], Xinlei Zhang (张鑫磊)[1,2], Ting Wu (吴霆)[1,2], *and* Xiaolei Yang (杨晓雷)[1,2,a)]

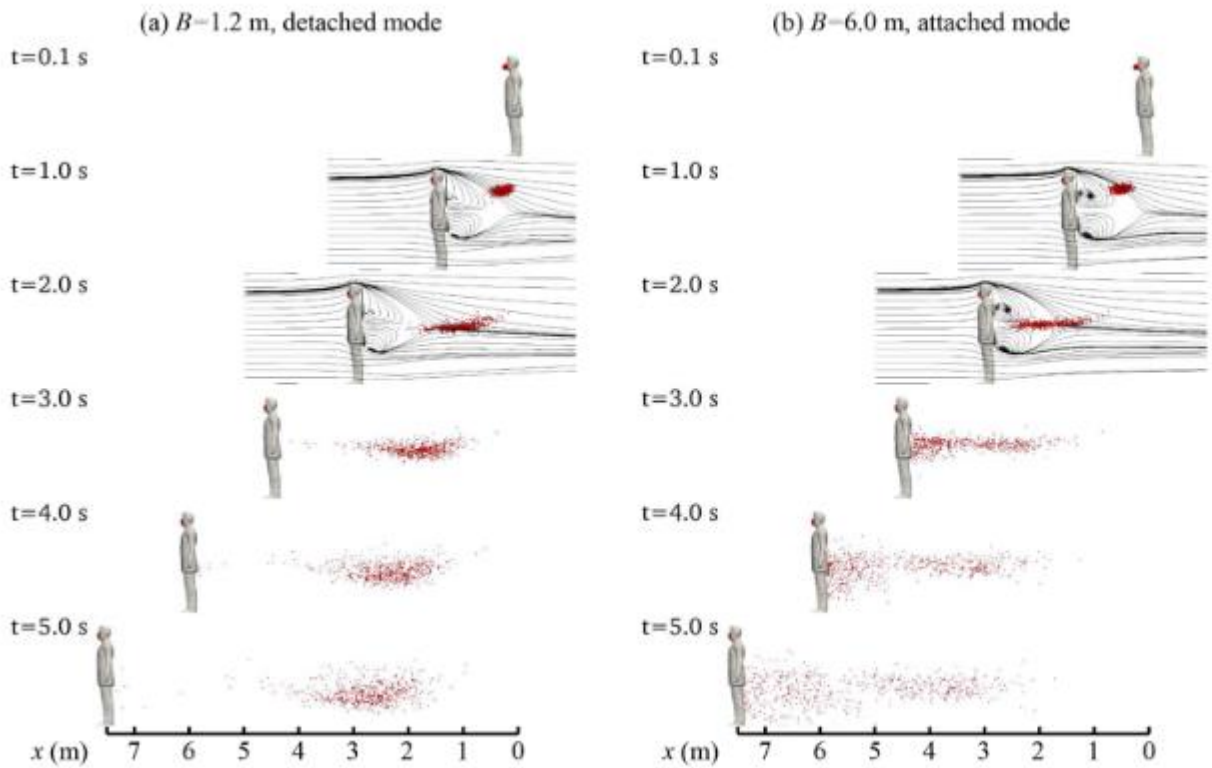


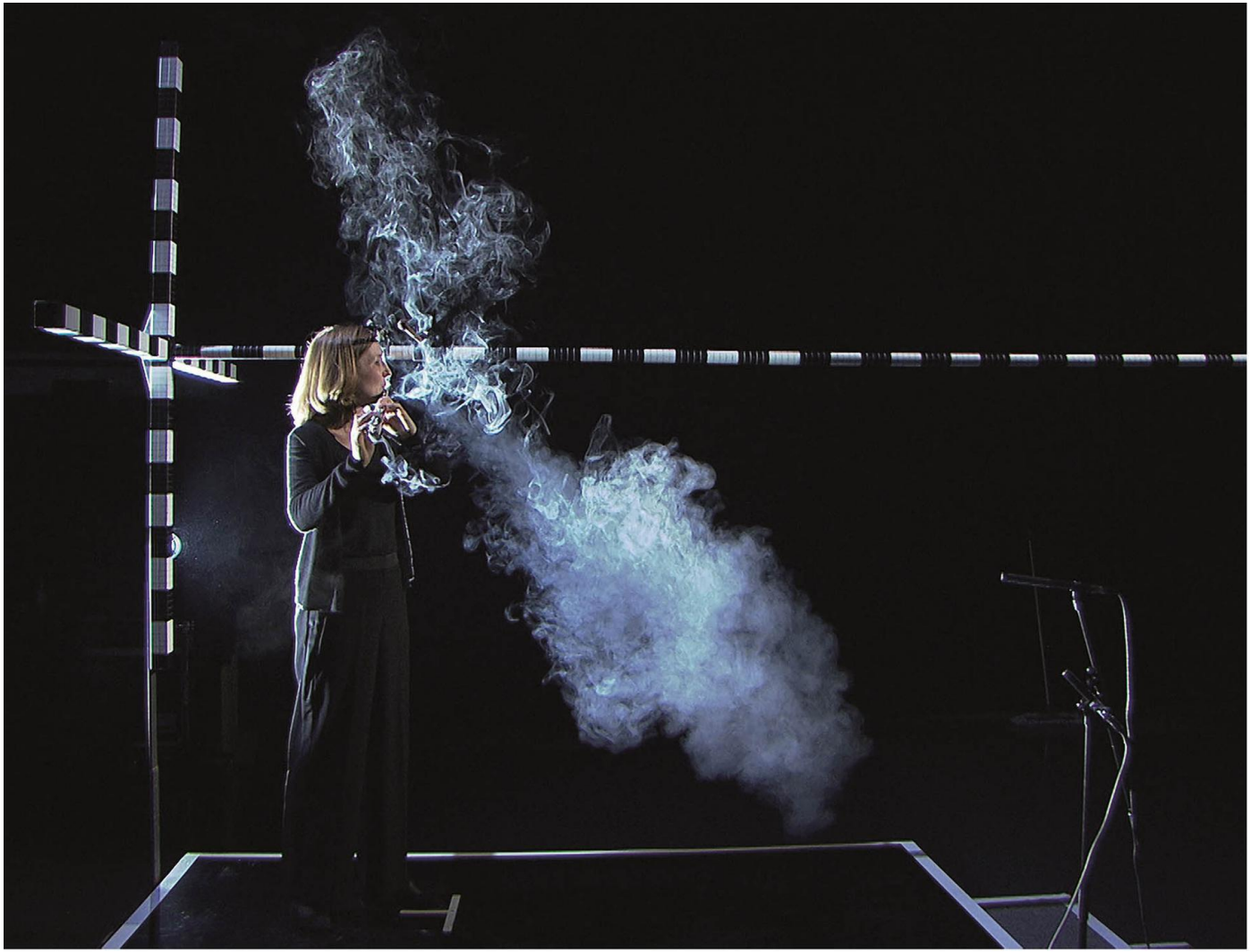
FIG. 5. Patterns of droplet dispersion in the wake of the walking manikin for (a) $B = 1.2$ m case and (b) $B = 6.0$ m case, with walking speed 1.5 m/s. Droplets are plotted as red dots of the same size, regardless of their real diameter. At $t = 1.0$ s and 2.0 s, the black streamlines are added to illustrate the range of the re-circulation bubbles.

Ergebnisse aus Aerosol-Studie mit dem Symphonieorchester des BR

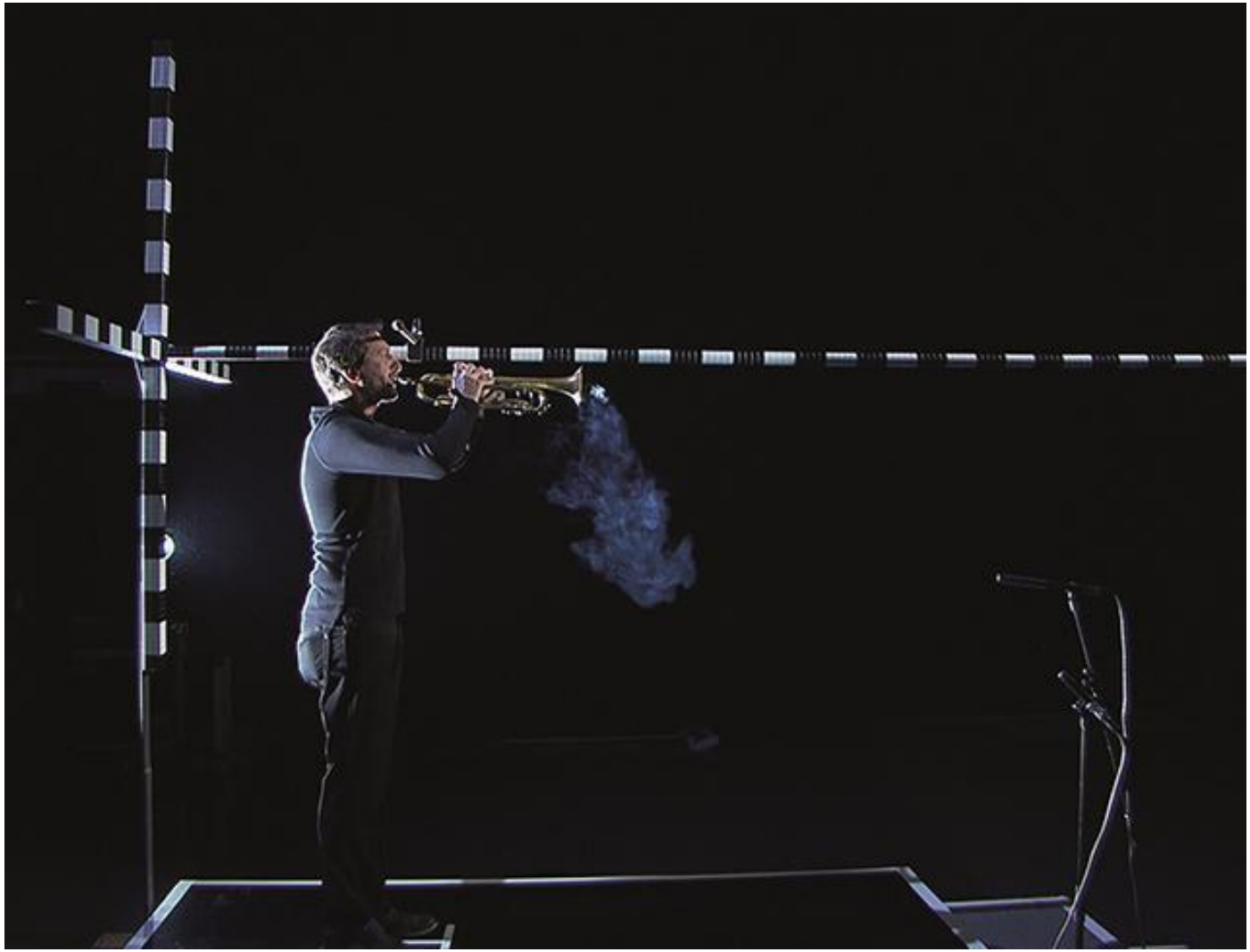
Wissenschaftler des LMU Klinikums München und des UK Erlangen untersuchten die Aerosolverbreitung beim Spielen von Trompete, Querflöte und Klarinette

Nach den vielbeachteten Studienergebnissen zu Corona-Ansteckungsrisiken beim Singen mit Sängerinnen und Sängern des Chors des Bayerischen Rundfunks liegen nun weitere Ergebnisse aus dieser aufwendigen Studie des LMU Klinikums München, des Universitätsklinikums Erlangen und des Bayerischen Rundfunks vor. Bei der weiteren Auswertung der Daten ging es um die Aerosolausbreitung – und damit um die mögliche Übertragung von Viren – beim Spielen von Blasinstrumenten, die mit Mitgliedern des Symphonieorchesters des BR untersucht wurde. Den Ergebnissen zufolge könnten die Abstände im Orchester zumindest zur Seite geringer ausfallen, als derzeit empfohlen wird. Gefördert wurden die Untersuchungen vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

Ergebnisse aus Aerosol-Studie mit dem Symphonieorchester des BR



Ergebnisse aus Aerosol-Studie mit dem Symphonieorchester des BR



Kontaktperson bestätigter COVID-19-Fälle

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

Kategorie I
(Höheres Infektionsrisiko)

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

Gesundheitsamt

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

Kategorie II
(Geringeres Infektionsrisiko)

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

Gesundheitsamt

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

Kategorie III
(Geringeres Infektionsrisiko)

Nur medizinisches Personal

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

Gesundheitsamt

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

DIE CORONA-WARN-APP:

UNTERSTÜTZT UNS IM KAMPF GEGEN CORONA.

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

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

1. **Es gibt keine langfristige Strategie**. Die deutsche Politik fährt nach eigener Aussage in der Pandemie "auf Sicht". Seit Monaten fährt sie schon so. Dabei wäre es dringend geboten, zu wissen, wohin sie fährt. Dass Berlin bei Ausbruch der unbekannten Krankheit spontan einen umfassenden Lockdown anordnete, war legitim und für alle nachvollziehbar. Man wusste nicht genau, womit man es bei Covid-19 wirklich zu tun hatte. Doch spätestens im Sommer, als man das Virus, die Verläufe, die Mortalitäten und Risikogruppen genau kannte, hätte eine Strategie entwickelt werden müssen, wie Deutschland langfristig zu neuer Normalität mit dem Virus finden kann. Doch die blieb aus. Stattdessen wiederholt sich im Winter die hektische Verbotspolitik. Der kollektive Lockdown ist das gröbste, beinahe mittelalterliche Schwert, das die Politik aus schierer Ratlosigkeit zückt. Während viele asiatische Länder intelligente Wege finden, mit digitaler Technik und Zielgruppenschutz eine neue Normalität zu definieren, fällt Deutschland wieder in alte Ausnahmezustände und kollektive Notwehrsituation zurück. Was aber passiert im Februar und März, im Juni und September 2021? Wird bei jeder wieder steigenden Inzidenzzahl abermals ein Lockdown angeordnet? Das Fehlen einer langfristigen Strategie wird von einer breiten gesellschaftlichen Koalition immer lauter angemahnt.

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

2. **Die Corona-App ist miserabel**. Sie ist 23 Millionen Mal heruntergeladen worden, sie kostet 69 Millionen Euro, sie sollte das zentrale Instrument zum Infektionsschutz werden, doch sie nützt kaum etwas. Der politisch gewollte Datenschutz in Deutschland führt dazu, dass man genau die Daten, die man für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung eigentlich bräuchte (Informationen von Laboren, Gesundheitsämtern, Geo-Tracking), überhaupt nicht nutzt. Während asiatische Länder große Erfolge mit tief vernetzten Apps erzielen und - etwa in Taiwan - damit Lockdowns völlig vermeiden können, ist die deutsche App weitgehend wirkungslos. Selbst Markus Söder hält sie für unbrauchbar: "Die App ist leider bisher ein zahnloser Tiger. Sie hat kaum eine warnende Wirkung." Die FDP hält sie sogar für "grauenhaft schlecht". Digitalexperten fordern seit Monaten Updates - doch die Politik wagt sich nicht, den Datenschutz zum Schutz von Menschenleben endlich zu lockern.

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

3. Die Risikogruppen werden nicht systematisch geschützt. Immer mehr Wissenschaftler und Experten empfehlen der Politik, für die Pandemiebekämpfung nicht alle wahllos einzusperren, sondern sich auf den Schutz der Risikogruppen zu konzentrieren - also auf Hochbetagte und Vorerkrankte. Das Durchschnittsalter der Todesfälle liegt bei 83 Jahren. Für den Großteil der Bevölkerung ist Corona kein außergewöhnliches Risiko. Für Risikogruppen aber ist es viel gefährlicher, tödlicher als übliche Grippen. Also müsste man sich um diese besonders kümmern. Tatsächlich aber blieben Altersheime über den Sommer hinweg ohne durchgreifende Schutzmaßnahmen weitgehend sich selbst überlassen.

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

4. Die demokratische Legitimation ist brüchig. Zentrale Entscheidung der Pandemiebekämpfung - etwa die Lockdown-Verfügungen - sind nicht von Parlamenten, sondern von der Ministerpräsidentenkonferenz gefällt worden. Die häufig zerstrittene Runde aus Kanzleramt und Staatskanzleien ist zum zentralen Entscheidungsorgan der Pandemie geworden - der Bundestag spielte über Monate nur eine Randrolle, selbst als reihenweise Grundrechte der Bevölkerung massiv eingeschränkt wurden. Dies führt zu einem Legitimationsdefizit der Corona-Politik, es vertieft das Misstrauen in der Bevölkerung und befördert reihenweise Verordnungen, die von Gerichten als rechtswidrig wieder kassiert werden.

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

5. Die Rettungspakete funktionieren schlecht. Die Politik der groben Lockdowns verursacht unnötig große Flurschäden in Wirtschaft und Mittelstand. Für 2021 wird eine gewaltige Pleitewelle in Deutschland erwartet. Die Politik verspricht großzügige Hilfen. Doch häufig kommen die Hilfen zu spät oder gar nicht an, übersehen sie wichtige Gruppen, führen zu Mitnahmeeffekten und verzerren Märkte. Die vollmundig versprochenen Novemberhilfen sind sogar "wegen Softwareproblemen" noch gar nicht ausgezahlt.

6. Die Kollateralschäden der Lockdown-Politik sind bitter. Die Lockdown-Politik findet ihre Legitimation durch das hohe Ziel, Menschenleben zu retten. Doch die Wahrheit ist, dass sie zugleich Menschenleben kostet. Ärzte warnen seit Monaten eindringlich, dass viele Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Krebspatienten infolge der Corona-Politik nicht mehr ins Krankenhaus gingen. Kollateralschäden dieser Politik gibt es auch in globaler Dimension: Lockdowns in großen Industriestaaten führen dazu, dass mit dem Unterbrechen von Lieferketten viele Arme in der Dritten Welt unmittelbar in Elend, Hunger und Tod getrieben werden.

DIENSTAG, 15. DEZEMBER 2020

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

7. Die Krisen-Kommunikation ist flatterhaft. Kommunikatives Irrlichtern prägt seit Monaten die Corona-Politik. Von der anfänglichen Verharmlosung ("Corona verläuft milder als die Grippe") über die Maskenfarce ("Das sind Virenschleudern") bis zur kommunikativen Sprunghaftigkeit in den Quarantäne-Kriterien hat Deutschland ein abenteuerliches Ansage-Durcheinander erlebt. Eifersüchtige Ministerpräsidenten widersprachen einander, Regeln wurden angekündigt und revidiert, Pathos und Ohnmacht wechselten kommunikativ ab. "Man würde mit dem Wissen von heute keinen Einzelhandel mehr schließen", sagte Gesundheitsminister Jens Spahn am 1. September. "Das wird nicht noch mal passieren." Nun wird der Einzelhandel komplett geschlosser

Keine Strategie

Die acht Fehler der deutschen Corona-Politik

Von Wolfram Weimer

Noch ist die Zustimmung hoch, aber die Fehler der Politik könnten dafür sorgen, dass die Stimmung kippt. Acht Gründe gibt es dafür.

Die Mehrheit der Deutschen trägt auch den neuen Lockdown tapfer mit. Doch Bundesregierung und Ministerpräsidenten riskieren, ihren Kredit aufzubrauchen. Denn die Fehler der Corona-Politik sind eklatant.

8. Die Impfungen kommen spät. Deutschland (einst die Apotheke der Welt) hat seine Pharmaindustrie durch politische Auflagen in den vergangenen Jahren strategisch geschwächt. Wichtige Arzneimittel müssen inzwische importiert werden, der Forschungsstandort fällt zurück. Immerhin wurde nun in Deutschland (von der Mainzer Firma Biontech) einer der ersten Impfstoffe entwickelt. Doch während in Großbritannien, den USA und Kanada bereits geimpft wird, wartet Deutschland auf bürokratische Genehmigungsverfahren. Der erste Deutsche wurde letzte Woche geimpft - in England.

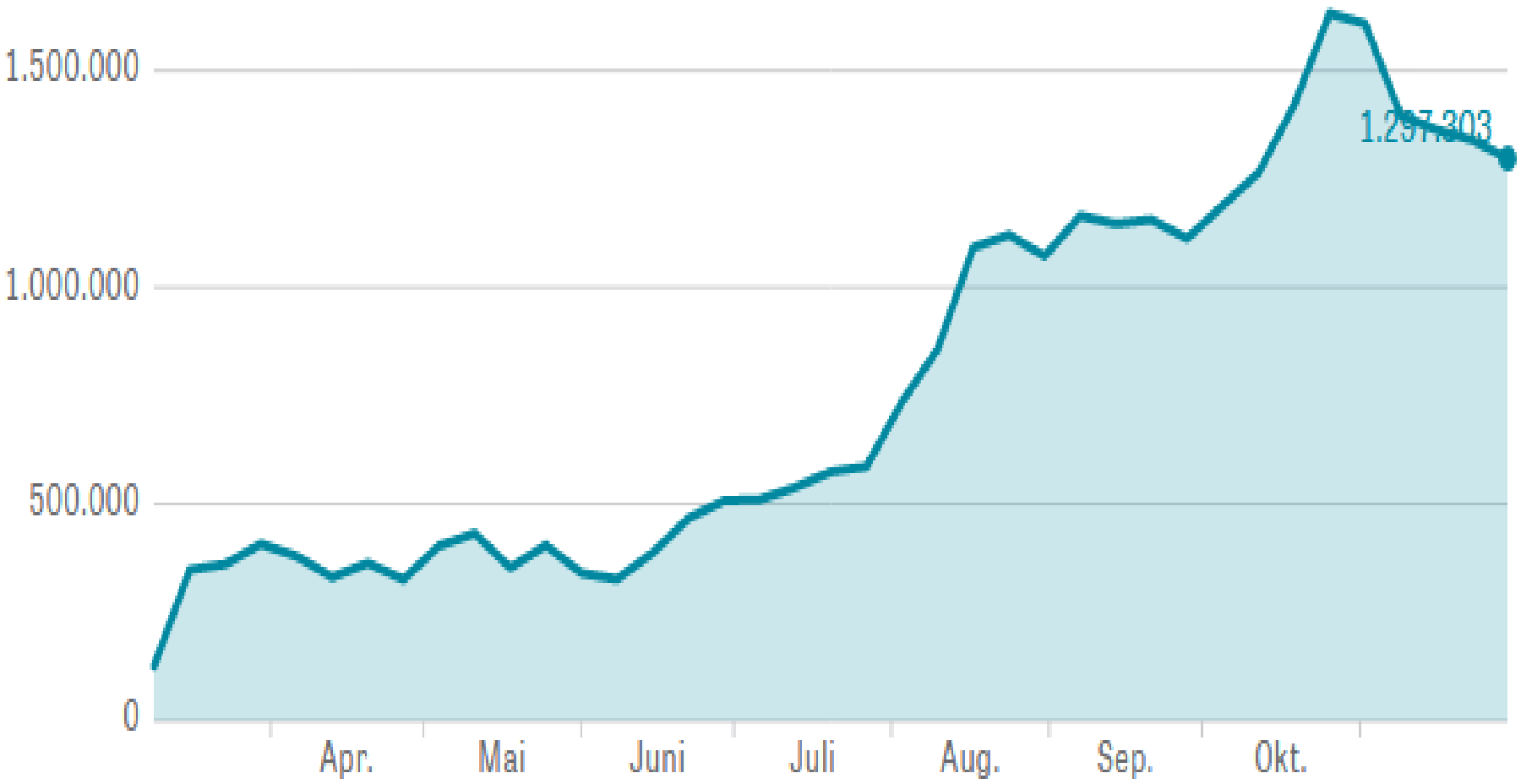
Quelle: ntv.de

Inhalt

Labor und Testung

Weniger Tests durch eine veränderte Teststrategie

Zahl der wöchentlich durchgeführten Tests



Quelle: RKI

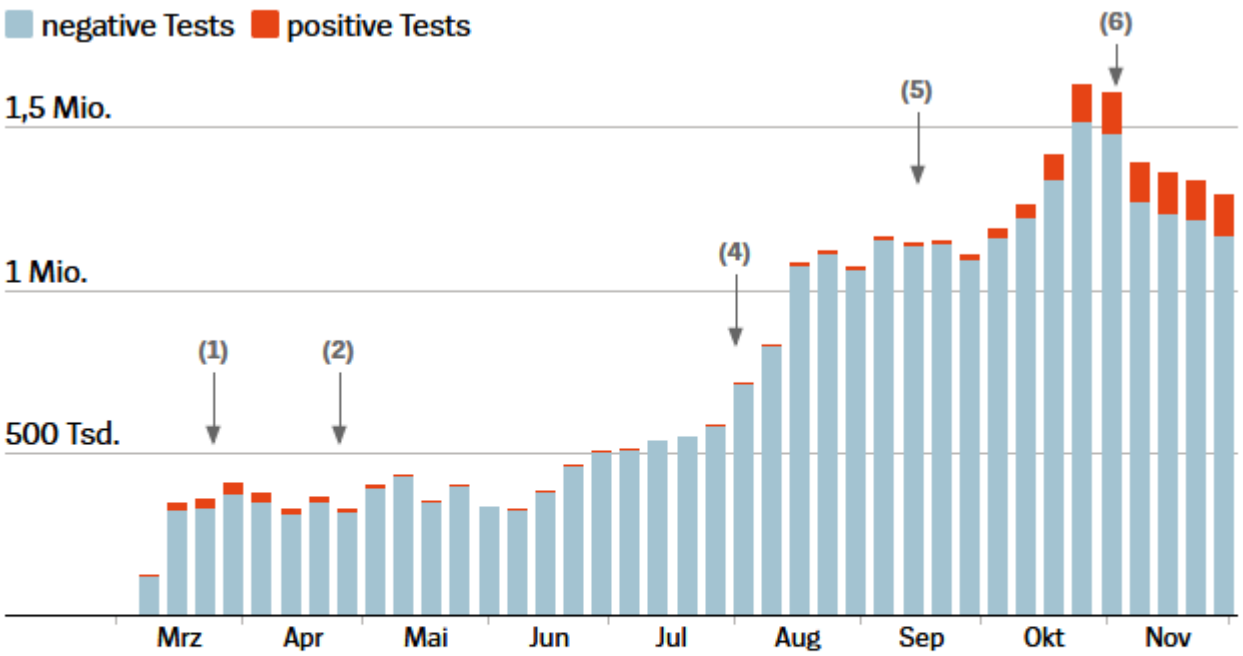
WER SICH TESTEN LASSEN SOLLTE

TESTKRITERIEN LAUT RKI

- RISIKOPATIENTEN
- MENSCHEN MIT KONTAKT ZU INFIZIERTEN
- MENSCHEN MIT EINDEUTIGEN SYMPTOMEN

Testung …

Anzahl



(1) 25.03.: RKI lockert Testkriterien
(2) 24.04.: RKI lockert erneut Testkriterien
(3) 10.06.: Verordnung ermöglicht Reihentests
(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer
(5) 15.09.: Ende der kostenlosen Tests
(6) 03.11.: RKI verschärft Testkriterien wieder

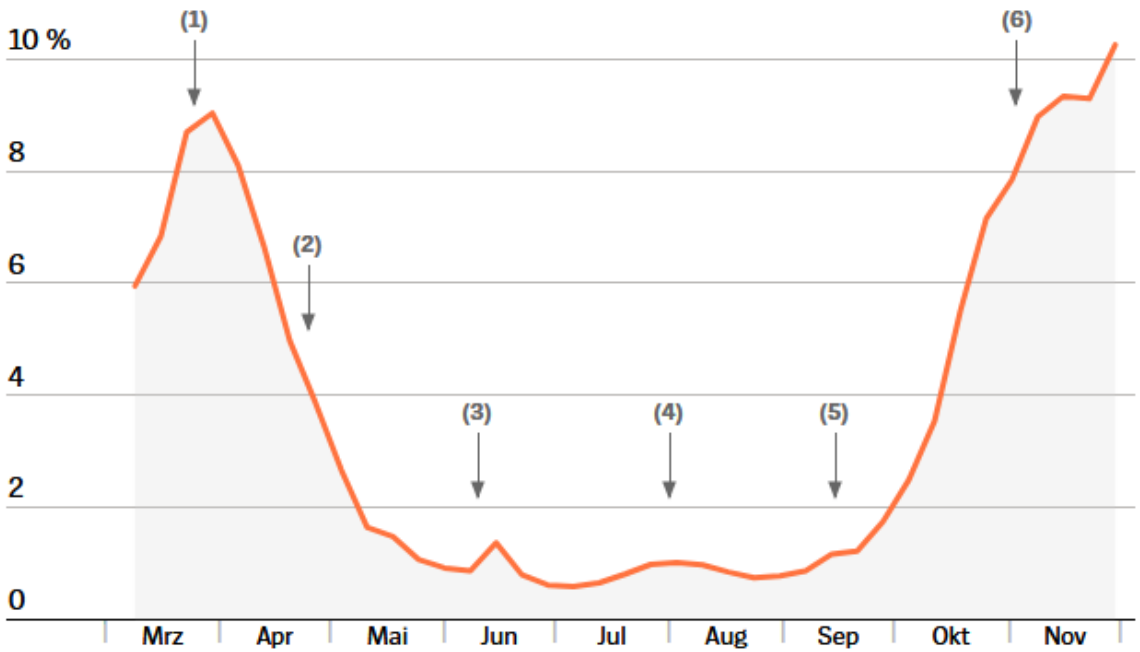
Quelle: RKI (Stand 09.12.2020)

DER SPIEGEL

Testung …

Positivrate

Anteil der positiven Corona-Tests in Deutschland



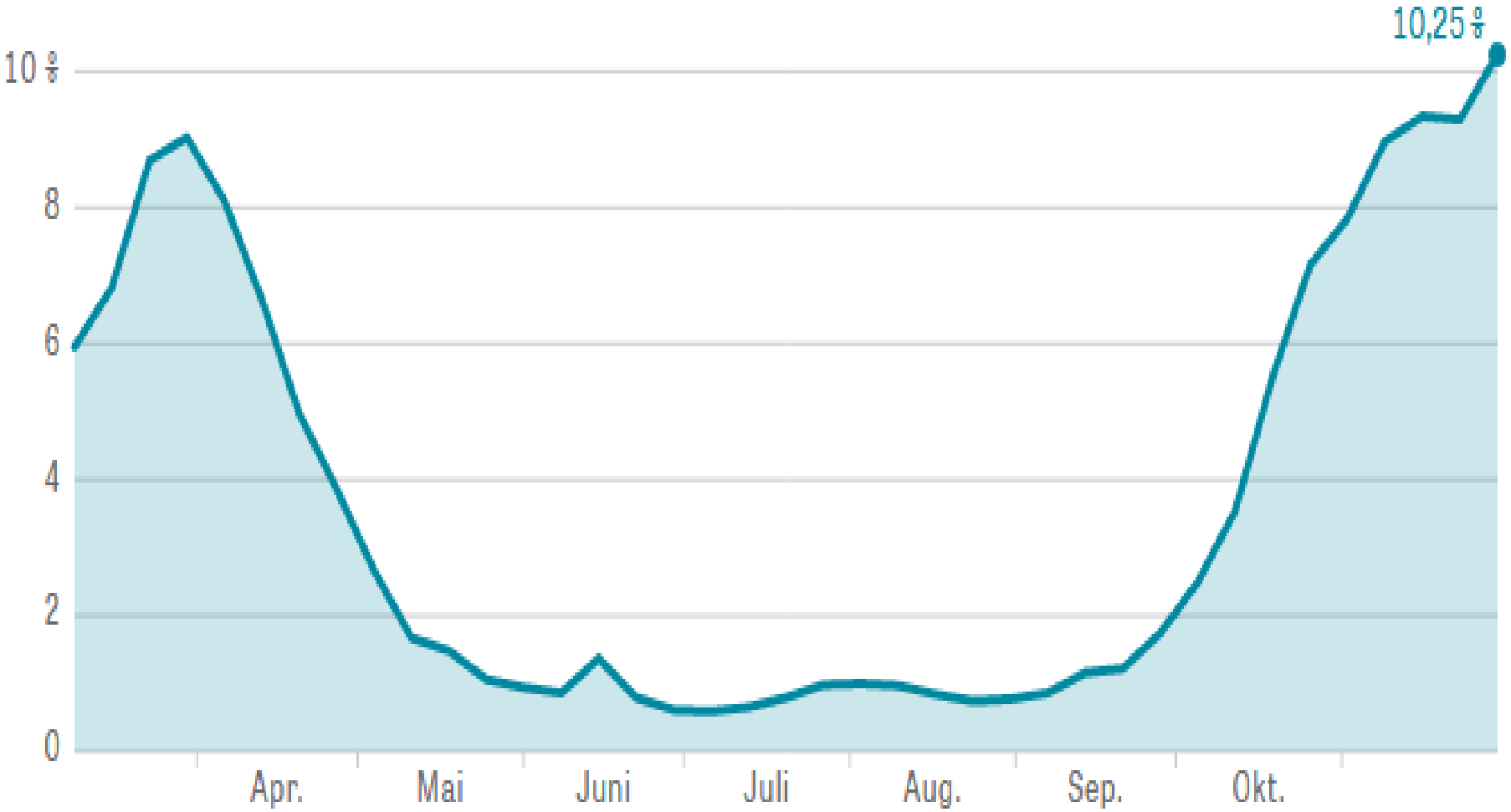
(1) 25.03.: RKI lockert Testkriterien
(2) 24.04.: RKI lockert erneut Testkriterien
(3) 10.06.: Verordnung ermöglicht Reihentests
(4) 01.08.: kostenlose Tests für Reiserückkehrer
(5) 15.09.: Ende der kostenlosen Tests
(6) 03.11.: RKI verschärft Testkriterien wieder

Quelle: RKI (Stand 09.12.2020)

DER SPIEGEL

Ungefähr einer von 10 Tests ist positiv

Anteil positiver Tests an allen Tests pro Woche



Quelle: RKI

Labore verzeichnen gestiegene Positivrate bei SARS-CoV-2-Tests

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Berlin – Das aktuelle SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen führte in der 50. Kalenderwoche erneut zu einer deutlich gestiegenen Positivrate der PCR-Tests von 11,7 Prozent (Vorwoche: 10,4 Prozent). Dies zeigt die aktuelle Datenanalyse der 169 an der Umfrage der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM).

Insgesamt wurden mit 1.323.223 SARS-CoV-2-PCR-Tests wieder mehr Untersuchungen durchgeführt (+ zehn Prozent im Vergleich zur Vorwoche) – davon 155.222 mit positivem Befund (+ 24 Prozent).

„Seit März befinden wir uns quasi in einem diagnostischen Marathon bei eher noch steigender Gesamtbeanspruchung. Die SARS-CoV-2-Infektion verlangt allen im Gesundheitswesen Enormes ab, und das wird sich auch an Weihnachten und zum Jahreswechsel kaum ändern", betonte Michael Müller, 1. Vorsitzender des ALM.

Laut ALM sei auch über die Feiertage und in der Zeit zwischen den Jahren die medizinisch notwendige Diagnostik sichergestellt – trotz feiertagsbedingter geringerer Besetzung der Labore.

Kritisch und anfällig bleibe allerdings weiterhin die Versorgung der Labore mit Testreagenzien und Verbrauchsmaterialien. „Die seit Wochen bestehenden Lieferengpässe sind noch nicht überwunden", so Müller. Das sei sichtbar am Rückstau an noch offenen Befunden, der Ende der vergangenen Woche bei 18.906 Proben lag.

Klinische Performance eines neuen SARS-CoV-2-Antigen-Tests in der Notaufnahme eines Maximalversorgers

Infokasten SARS-CoV-2-Antigen-Tests

Antigen-Tests basieren auf dem Nachweis von viralen Proteinen (Antigenen) in einem Nasen-, Rachen- oder Nasen-/Rachenabstrich. Im Gegensatz hierzu werden bei einer RT-PCR virale Nukleinsäuren nachgewiesen, welche zuvor mehrfach vervielfältigt wurden. Bei SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltests handelt es sich um *Lateral-Flow Assays*, chromatographische Schnelltests, die orts- und ausstattungsunabhängig durchgeführt werden können. Sie beruhen darauf, dass auf Teststreifen fixierte Antikörper das Antigen binden, wodurch ein Enzym aktiviert wird, das zu einem Farbumschlag führt. Dieser Farbumschlag lässt sich mit dem bloßen Auge ablesen. Wenn ein Antigen-Test ein positives Ergebnis liefert, heißt dies, dass Virusprotein im Nasen-/Rachenraum vorhanden ist. Deshalb ermöglichen Antigen-Tests, im Gegensatz zu Antikörper-Tests, den direkten Erregernachweis. Da Antigen-Tests das Protein nicht vervielfachen, sind sie naturgemäß weniger sensitiv als PCR-Tests. Sie liefern jedoch rasche Ergebnisse, können patientennah durchgeführt werden und sind kostengünstiger als PCR-Tests. Geeignet sind sie insbesondere zum Nachweis hoher Viruslasten, die besonders übertragungsrelevant sind.

Antigentests auf SARS-CoV-2: Es zählt auch die Schnelligkeit

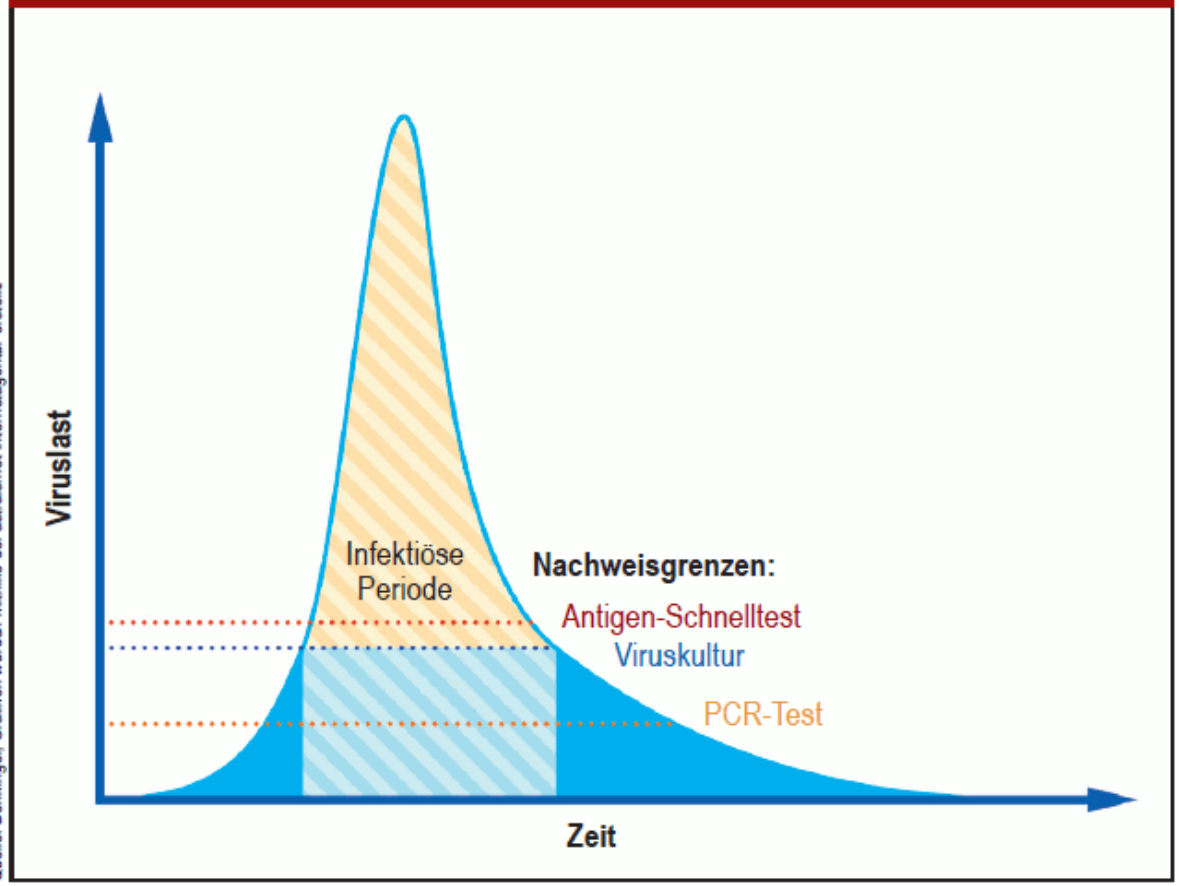
aerzteblatt.de

Dtsch Arztebl 2020; 117(50): A-2470 / B-2081

Gottschalk, Claudius; Weber, Stefan; Brümmer, Lukas; Heeg, Klaus; Eckerle, Isabella; Krause, Gérard; Denkinger, Claudia M.

Der Einsatz von Antigen-Schnelltests in der Pandemie ist trotz ihrer Nachteile gegenüber dem Goldstandard der PCR sinnvoll. Bei begrenzten Kapazitäten zur PCR-Testung und wenn möglichst viele Personen rasch untersucht werden müssen, können sie eine große Hebelwirkung entfalten.

GRAFIK 1



Viruslast in infizierten Personen. Schematisch dargestellt sind die Nachweisgrenzen für PCR, Viruskultur und Antigen-Schnelltests.

Quelle: Denkinger, Grafiken wurden mithilfe der astrals.net Internetagentur erstellt

Antigentests auf SARS-CoV-2: Es zählt auch die Schnelligkeit

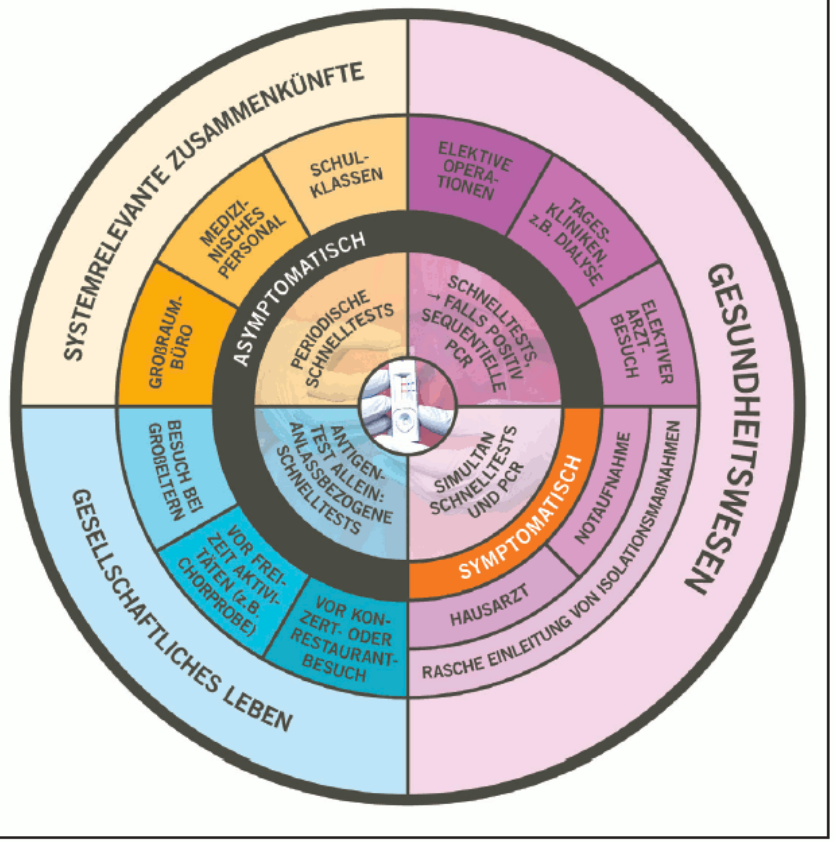
aerzteblatt.de

Dtsch Arztebl 2020; 117(50): A-2470 / B-2081

Gottschalk, Claudius; Weber, Stefan; Brümmer, Lukas; Heeg, Klaus; Eckerle, Isabella; Krause, Gérard; Denkinger, Claudia M.

Der Einsatz von Antigen-Schnelltests in der Pandemie ist trotz ihrer Nachteile gegenüber dem Goldstandard der PCR sinnvoll. Bei begrenzten Kapazitäten zur PCR-Testung und wenn möglichst viele Personen rasch untersucht werden müssen, können sie eine große Hebelwirkung entfalten.

GRAFIK 2



Quelle: Denkinger, Grafiken wurden mithilfe der astralis.net Internetagentur erstellt.

Verschiedene Settings für die Implementierung von Antigen-Schnelltests. Bei Ressourcenknappheit sind die Testindikationen für das gesellschaftliche Leben und systemrelevante Zusammenkünfte (linke Kreishälfte) dem Einsatz im Gesundheitswesen (rechte Kreishälfte) unterzuordnen.

tagesschau.de

14.12.2020

Mehr Schnelltests für Besucher von Pflegeheimen

17:05 Uhr

Der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenverbände (BAGSO), Franz Müntefering, fordert mehr Schnelltests für Besucher von Alten- und Pflegeheimen. Diese Tests seien noch "längst nicht überall realisierbar", sagte Müntefering im Interview mit dem Bayerischen Rundfunk. "Das heißt, hier wird sozusagen durch die Hintertür versucht, den Besuch dann doch wieder auszuschließen." Der gute Wille sei bei den staatlichen Stellen und Heimen vorhanden - "das Problem liegt hier überall bei der Praktikabilität". Oft würden "die Heime ganz schön alleine" gelassen: "Denn die sind im Personal so knapp." Ein komplettes Isolieren von Heimbewohnern sei mit den Grundrechten nicht vereinbar: "Man kann auch an Einsamkeit sterben."

Mit Blick auf das Feiern an Weihnachten allerdings habe "Frau Merkel schon recht: Besser in diesem Jahr kurz halten und vorsichtig sein und im nächsten Jahr wieder alle zusammen und groß, als im nächsten Jahr dann auf einige verzichten zu müssen, wenn man jetzt zu waghalsig ist dabei."

Inhalt

Pharmakologie

Azithromycin in Hospitalised Patients with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial

doi: https://doi.org/10.1101/2020.12.10.20245944

Abstract

Background: Azithromycin has been proposed as a treatment for COVID-19 on the basis of its immunomodulatory actions. We evaluated the efficacy and safety of azithromycin in hospitalised patients with COVID-19. Methods: In this randomised, controlled, open-label, adaptive platform trial, several possible treatments were compared with usual care in patients hospitalised with COVID-19 in the UK. Eligible and consenting patients were randomly allocated to either usual standard of care alone or usual standard of care plus azithromycin 500 mg once daily by mouth or intravenously for 10 days or until discharge (or one of the other treatment arms). Patients were twice as likely to be randomised to usual care as to any of the active treatment groups. The primary outcome was 28-day mortality. Findings: Between 7 April and 27 November 2020, 2582 patients were randomly allocated to receive azithromycin and 5182 patients to receive usual care alone. Overall, 496 (19%) patients allocated to azithromycin and 997 (19%) patients allocated to usual care died within 28 days (rate ratio 1.00; 95% confidence interval [CI] 0.90-1.12; p=0.99). Consistent results were seen in all pre-specified subgroups of patients. There was no difference in duration of hospitalisation (median 12 days vs. 13 days) or the proportion of patients discharged from hospital alive within 28 days (60% vs. 59%; rate ratio 1.03; 95% CI 0.97-1.10; p=0.29). Among those not on invasive mechanical ventilation at baseline, there was no difference in the proportion meeting the composite endpoint of invasive mechanical ventilation or death (21% vs. 22%; risk ratio 0.97; 95% CI 0.89-1.07; p=0.54). Interpretation: In patients hospitalised with COVID-19, azithromycin did not provide any clinical benefit. Azithromycin use in patients hospitalised with COVID-19 should be restricted to patients where there is a clear antimicrobial indication.

Article | Open Access | Published: 14 December 2020

Treatment of COVID-19 with remdesivir in the absence of humoral immunity: a case report

Matthew S. Buckland, James B. Galloway, [...] James E. D. Thaventhiran

Nature Communications

Abstract

The response to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has been hampered by lack of an effective severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) antiviral therapy. Here we report the use of remdesivir in a patient with COVID-19 and the prototypic genetic antibody deficiency X-linked agammaglobulinaemia (XLA). Despite evidence of complement activation and a robust T cell response, the patient developed persistent SARS-CoV-2 pneumonitis, without progressing to multi-organ involvement. This unusual clinical course is consistent with a contribution of antibodies to both viral clearance and progression to severe disease. In the absence of these confounders, we take an experimental medicine approach to examine the in vivo utility of remdesivir. Over two independent courses of treatment, we observe a temporally correlated clinical and virological response, leading to clinical resolution and viral clearance, with no evidence of acquired drug resistance. We therefore provide evidence for the antiviral efficacy of remdesivir in vivo, and its potential benefit in selected patients.

Nationale Impfstrategie COVID-19

Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland

Stand: 6. November 2020

Abbildung 1: Übersicht über Phasen der Impfstoff-Entwicklung

Tabelle 1 Übersicht über Elemente und mögliche Akteure der Impfstrategie

Elemente	Akteure
Impfstoffentwicklung	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Universitäten, Pharmazeutische Unternehmen
Impfstoffzulassung	Paul-Ehrlich-Institut (PEI), European Medicines Agency (EMA) und Europäische Kommission, Pharmazeutische Unternehmen
Impfempfehlung und Priorisierung	Ständige Impfkommission (STIKO), Robert-Koch-Institut (RKI), Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften), Deutscher Ethikrat
Produktion und Beschaffung	Europäische Kommission, EU-Mitgliedstaaten, BMBF, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), BMG, Pharmazeutische Unternehmen
Verteilung, Lagerung und Logistik	BMG, Bundesministerium der Verteidigung (BMVg)/Bundeswehr, Länder, Logistiker, Pharmagroßhandel, (Krankenhaus-)Apotheken
Organisation und Durchführung der Impfungen	Länder, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Vereinigungen der Länder (KVen), medizinisches Personal
Finanzierung	BMG, Länder, GKV, PKV
Kommunikation, fachliche Fortbildung und öffentliche Aufklärung	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), RKI, PEI, BMG, Länder, Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen, Fachgesellschaften
Impfquoten-Monitoring	RKI
Surveillance: Überwachung der Impfstoffwirksamkeit und Impfstoffsicherheit bei breiter Anwendung	RKI, PEI, EMA, Pharmazeutische Unternehmen
Internationale Koordination und Kooperation	Bund, EU, Wissenschaftsforen
Evaluierung Gesamtprozess	BMG

3. Impfempfehlung und Impfstoffbedarf

Die am RKI angesiedelte **STIKO** hat als gesetzlich verankerte Kommission die Aufgabe, Impfempfehlungen für Deutschland zu erarbeiten und auszusprechen. Während bei der Zulassung eines neuen Impfstoffs die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität des jeweiligen Produkts im Vordergrund stehen, entscheidet die STIKO, wie ein zugelassener Impfstoff am sinnvollsten in der Bevölkerung zur Anwendung kommt. Dies geht über eine individuelle Risiko-Nutzen-Bewertung hinaus und betrifft auch potenzielle Auswirkungen auf die Bevölkerung (z.B. maximale Reduzierung an Todesfällen oder Reduzierung einer Virus-Transmission).

Grundlage einer neuen STIKO-Impfempfehlung bildet die detaillierte und vollständige Evaluierung der verfügbaren Evidenz. Dies umfasst insbesondere Bewertungen zu Risikofaktoren (für eine Infektion oder einen schweren Krankheitsverlauf) sowie die Sicherheit und Wirksamkeit des Impfstoffs.

Bei der Impfung gegen COVID-19 kann davon ausgegangen werden, dass initial nicht ausreichend Impfstoff zu Verfügung steht um den gesamten Bedarf zu erfüllen. Daher sollen prioritär zu impfende Risikogruppen (z.B. Personal in Seniorenheimen oder medizinisches Personal, Senioren, Personen mit Grunderkrankungen) definiert werden, die eine besonders hohe Vulnerabilität oder ein besonders hohes Expositionsrisiko haben oder in besonderer Weise an der Virus-Transmission beteiligt sind. **Die Priorisierung der Gruppen erfolgt auf Grundlage von epidemiologischen und ethischen Kriterien unter Einbezug des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina.** Eine erste Impfempfehlung ist in Vorbereitung und kann finalisiert werden, sobald Daten aus den Phase-3-Impfstoffstudien verfügbar sind.

- Die STIKO entwickelt eine Empfehlung zum Einsatz der verfügbaren, zugelassenen COVID-19 Impfstoffe.
- Die Empfehlung wird kontinuierlich an den aktuellen Stand der Evidenz und die verfügbaren Impfstoffe angepasst.
- Eine Priorisierung von vorrangig zu impfenden Personengruppen wird initial notwendig sein. Einen ethischen Leitfaden zur Priorisierung entwickelt die STIKO gemeinsam mit dem Deutschen Ethikrat und der Leopoldina.

Diese Impfstoffe könnten als Nächstes die Zulassung bekommen

Der erste Impfstoff gegen Covid-19 könnte in der EU bald zugelassen werden. Welche Impfstoffe haben diese Hürde woanders bereits gemeistert? Das Wichtigste im Überblick

>160	41	16	4	4
Präklinik	Phase I + II	Phase III	Antrag Zulassung	Zugelassen
Labor- und Tierversuche	Testen von Sicherheit, Dosierung	Große Studien zur Wirksamkeit	Prüfung durch Behörden	Zulassung erteilt von Behörden

Anzahl der Impfstoffe gegen Covid-19

Es gibt kein zentrales Register für Impfstoffkandidaten. Angaben können daher von anderen Quellen abweichen. Quellen: Impfstoff-Zentrum London School of Hygiene & Tropical Medicine, WHO.
Letztes Update: 15. Dezember 2020, 12:40 Uhr

tagesschau.de

14.12.2020

EMA gerät unter Druck

17:22 Uhr

Die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) sieht sich unter wachsendem Druck von EU-Regierungen, eine Zulassung der Corona-Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna zu beschleunigen. Der Druck sei seit der Notfallzulassungen in Großbritannien und den USA gewachsen, zitierte die Nachrichtenagentur Reuters Insider. Die EMA hatte angekündigt, dass sie bis zum 29. Dezember eine Entscheidung treffen werde. In Großbritannien und den USA wird der Impfstoff dagegen schon verabreicht. Das hat in der EU eine Debatte ausgelöst, warum ein in Deutschland entwickelter Impfstoff erst so spät eingesetzt wird.

Auch Gesundheitsminister Jens Spahn hatte diese Debatte mit einem Tweet angeheizt, in dem er schrieb: "Alle nötigen Daten zu Biontech liegen vor. UK + US haben bereits Zulassungen erteilt." Eine Prüfung der Daten und die Zulassung durch die EMA sollten schnellstmöglich erfolgen. Sein Sprecher betonte nun jedoch, Spahn habe damit nicht sagen wollen, dass es auch für Deutschland eine nationale Notfallzulassung geben solle. Man erwarte eine Zulassung am 29. Dezember und erwarte, dass bis März elf Millionen Impfdosen zu Biontech für Deutschland zur Verfügung stünden - drei bis vier Millionen davon im Januar.

EMA

ZEIT ONLINE

Über Zulassung von Corona-Impfstoff wird am 21. Dezember entschieden

Der Corona-Impfstoff von Pfizer und BioNTech könnte in Kürze auch in der EU zugelassen werden. Jens Spahn stellt erste Impfungen zu Weihnachten in Aussicht.

15. Dezember 2020, 14:30 Uhr / Aktualisiert am 15. Dezember 2020, 18:02 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa, AFP, Reuters, mpi / 422 Kommentare /

Die **EU-Medikamentenbehörde EMA** hat ihr Treffen für die Begutachtung des Corona-Impfstoffs von BioNTech und Pfizer auf den 21. Dezember vorgezogen. Wie die Behörde mitteilte, liegt ihr Gutachten über die Zulassung des Impfstoffs dann acht Tage früher vor als ursprünglich geplant. Es wird erwartet, dass die EMA ihr Okay geben wird. Damit der Impfstoff einsetzbar wird, muss noch die EU-Kommission zustimmen. …

Merkel erleichtert über EMA-Ankündigung

Bundeskanzlerin Angela Merkel … es sei gut, dass es keine Notzulassung des Impfstoffes … gebe. …"

Jeder Tag zähle.

Spahn sagte, **jeder Tag, der früher geimpft werden könne, lindere Leid**. Er warnte auch vor übereiltem Handeln: Es gehe darum, das **Vertrauen der Menschen in die Impfung zu gewinnen** und aufrechtzuerhalten. **Nach der Zulassung gehe es dann im nächsten Schritt um die Freigabe von Chargen.** … Parallel wird in Deutschland ein **Impfmanagement** entwickelt. Auf Basis der Empfehlungen der ständigen Impfkommission **hat das Gesundheitsministerium eine Impfstrategie verfasst, die festlegt, in welcher Reihenfolge** welche Bevölkerungsgruppen geimpft werden soll. …

Stand: 6. November 2020

Tabelle 2: Überblick über Kandidaten-Impfstoffe und den aktuellen Stand ihrer Entwicklung (Herstellerangaben, Stand November 2020), Angaben ohne Gewähr

Firma	Impfstofftyp	Anzahl Dosen Impfintervall*	Impfvolumen Anwendung*	Stand Klinische Entwicklung	Geplante Einreichung zur EU-Zulassung
Oxford/ Astra-Zeneca	Vektor-basiert ChAdOx1, nicht replizierend	(1-)2 Dosen 0, 28 Tage	1 Impfdosis à 0,5ml i.m.	Phase 1/2: UK Phase 3: UK, Brasilien, Südafrika, Indien; USA	Start Rolling Review Oktober 2020
BioNTech/ Pfizer	mRNA eingeschlossen in Lipid-Nanopartikel	2 Dosen 0, 21 Tage	1 Impfdosis à 0,3ml i.m.	Phase 1/2: DE, USA Phase 3: USA, Brasilien, Argentinien, Türkei, DE	Start Rolling Review Oktober 2020
J&J/Janssen	Vektor-basiert Ad26, nicht replizierend	(1-)2 Dosen 0, 56 Tage	1 Impfdosis à 0,5 ml i.m.	Phase 1/2: BE, USA Phase 2: DE Phase 3: global	2021
SP/GSK	Rekombinant, adjuvantiert	2 Dosen 0, 28 Tage	1 Impfdosis à 0,5ml i.m.	Phase 1/2: USA Phase 3: USA	2021
Moderna/ Lonza	mRNA eingeschlossen in Lipid-Nanopartikel	2 Dosen 0, 28 Tage	1 Impfdosis à 0,5ml i.m.	Phase 3: USA	Ggf. Ende 2020
Novavax	Rekombinant, adjuvantiert	2 Dosen 0, 21 Tage	1 Impfdosis à 0,5 ml i.m.	Phase 1: Australien Phase 2: USA Australien, Südafrika Phase 3: UK	Ggf. Ende 2020
Curevac	mRNA eingeschlossen in Lipid-Nanopartikel	2 Dosen 0, 28 Tage	1 Impfdosis à 0,6 ml i.m.	Phase 1: BE, DE Phase 2: Peru, Panama	Nicht bekannt

*Hinweis: vorläufige Angaben basierend auf aktuellem Erkenntnisstand

DIENSTAG, 24. NOVEMBER 2020

Biontech, Moderna, Astrazeneca

Die drei Top-Corona-Impfstoffe im Vergleich

Von Kai Stoppel

Fazit:
Sehr hohe Wirksamkeit.
Lagerung: minus 70 Grad gelagert werden.

Offen bleiben Fragen zum Schutz vor schweren Verläufen und zur Fähigkeit, die Übertragung des Erregers zu stoppen.

Biontech/Pfizer

- **Name:** BNT162b2
- **Art des Impfstoffs:** mRNA-Impfstoff
- **Erste Information zur Wirksamkeit:** 9. November 2020 (Pressemitteilung)
- **Wirksamkeit**: 95 Prozent
- **Nebenwirkungen:** Bisher keine schweren Nebenwirkungen festgestellt.
- **Kosten pro Dosis:** Etwa 20 Dollar (zwei Dosen notwendig)
- **Kühlung:** Muss bei minus 70 Grad versendet und gelagert werden. Ist bei normalen Kühlschranktemperaturen fünf Tage lang haltbar.
- **Wirkung bei Risikogruppen:** Funktioniert über alle Altersgruppen und andere demografische Unterschiede hinweg ähnlich gut. Wirksamkeit bei Über-65-Jährigen bei 94 Prozent.
- **Ausmaß des Schutzes:** Unklar, ob der Impfstoff vor schweren Verläufen schützt. Bei der Studie gab es zehn schwere Krankheitsverläufe, von denen neun in der Placebo-Gruppe auftraten. Aber auch ein Geimpfter erkrankte schwer an Covid-19.
- **Einfluss auf Pandemie:** Unklar, ob Übertragung des Virus gestoppt wird.
- **Kapazität:** Ein solcher Impfstoff soll schneller in großem Maßstab hergestellt werden können als herkömmliche. Biontech/Pfizer wollen in diesem Jahr weltweit bis zu 50 Millionen Impfstoff-Dosen bereitstellen, 2021 bis zu 1,3 Milliarden Dosen.
- **Stand der Zulassung:** Notfallzulassung bei der US-Gesundheitsbehörde FDA ist beantragt. Unterlagen bei der Europäischen Zulassungsbehörde Ema sind eingereicht.

WIRTSCHAFT 20.11.20

Abfüllung, Kühlung, Transport
Diese Unternehmen könnten von Corona-Impfstoff profitieren

DIENSTAG, 24. NOVEMBER 2020

ntv

Biontech, Moderna, Astrazeneca

Die drei Top-Corona-Impfstoffe im Vergleich

Von Kai Stoppel

Fazit:

Sehr hohe Wirksamkeit.

keine ultrakalte Lagerung

Offen ist, ob der Impfstoff die Übertragung des Erregers stoppen kann.

Moderna

- **Name:** mRNA-1273
- **Art des Impfstoffs:** mRNA-Impfstoff
- **Erste Information zur Wirksamkeit:** 16. November 2020 (Pressemitteilung)
- **Wirksamkeit:** 94,5 Prozent
- **Nebenwirkungen:** Mild. Bisher keine schweren Nebenwirkungen festgestellt.
- **Kosten pro Dosis:** Etwa 25 Dollar (zwei Dosen notwendig)
- **Kühlung:** Ist bei normalen Kühlschranktemperaturen 30 Tage lang stabil. Kann bis zu sechs Monate bei minus 20 Grad Celsius gelagert werden kann.
- **Wirkung bei Risikogruppen:** Hinweise auf Wirkung unabhängig vom Alter der Geimpften. Schutzwirkung womöglich auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen.
- **Ausmaß des Schutzes:** Hinweise auf Schutz vor der Infektion selbst und auch vor schweren Verläufen von Covid-19.
- **Einfluss auf Pandemie:** Unklar, ob Übertragung des Virus gestoppt wird.
- **Kapazität:** Moderna geht davon aus, dieses Jahr 20 Millionen Dosen und im nächsten Jahr 500 Millionen bis eine Milliarde Dosen liefern zu können.
- **Stand der Zulassung:** Moderna erwartet, in den kommenden Wochen in den USA eine Notfallgenehmigung beantragen zu können. Die Ema leitete einen beschleunigten Zulassungsprozess für den Impfstoff ein.

PANORAMA 20.11.20

Mediziner Kluge zu Impfstoff

"Ein paar Monate durchhalten ist noch angesagt"

tagesschau.de

15.12.2020

FDA stuft Moderna-Impfstoff als sicher ein

15:05 Uhr

Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat den Corona-Impfstoff des US-Pharmaunternehmens Moderna als sicher und wirksam eingestuft. In einer vorgelegten Analyse bescheinigt die Behörde dem Impfstoff-Kandidaten ein "positives Sicherheitsprofil". Daten von rund 30.350 Teilnehmern klinischer Studien hätten "keine besonderen Sicherheitsbedenken" ergeben, die einer Notfallzulassung entgegenstehen würden. Der Impfstoff sei zudem "hoch wirksam", um ein Ausbrechen der durch das Coronavirus verursachten Lungenerkrankung Covid-19 zu verhindern, schreibt die FDA. Die Arzneimittelbehörde bestätigt eine Wirksamkeit von 94,1 Prozent.

SARS-CoV-2: FDA bescheinigt Impfstoff von Moderna gute Wirkung und hohe Sicherheit

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Silver Spring/Maryland – Nach dem Impfstoff von Biontech/Pfizer dürfte Ende dieser Woche in den USA auch die Vakzine von Moderna zugelassen werden, der die US-Arzneimittelbehörde FDA jetzt in einem Briefing-Dokument für die am Freitag anberaumte Tagung externer Experten eine gute Wirkung und hohe Sicherheit bescheinigt.

Die beiden Impfstoffe sind ähnlich, aber nicht identisch. Beide enthalten die RNA für Abschnitte des Spike-Proteins von SARS-CoV-2. Die RNA ist bei beiden in Lipidnanopartikeln verpackt, die die Aufnahme der RNA in die Muskelzellen erleichtern sollen. Die Muskelzellen werden dann zum Produzenten für das Spike-Protein, gegen das das Immunsystem Antikörper bilden soll.

Unterschiede bestehen in der Impfstoffmenge, die mit 100 µg bei mRNA-1273 von Moderna höher ist als die 30µg in BNT162b2 von Biontech/Pfizer. Das Intervall zwischen den beiden Dosierungen beträgt 1 Monat gegenüber 21 Tagen. Von praktischer Relevanz ist, dass der Moderna-Impfstoff bei minus 12 bis minus 25 Grad Celsius gelagert werden muss, während für den Impfstoff von Biontech/Pfizer minus 60 bis minus 80 Grad Celsius gefordert werden.

Die Schutzwirkung ist bei beiden Impfstoffen gleich. BNT162b2 von Biontech/Pfizer senkte das Erkrankungsrisiko um 95,0 %. Die Schutzwirkung von mRNA-1273 von Moderna wird von der FDA jetzt mit 94,1 % angegeben mit einem 95-%-Konfidenzintervall von 89,3 bis 96,8 %. In der klinischen Studie mit 30.400 Teilnehmern kam es in der Impfstoffgruppe zu 11 COVID-19-Fällen gegenüber 185 COVID-19-Fällen in der Placebogruppe.

Beide Impfstoffe erzielten auch im hohen Alter eine gute Schutzwirkung. Die FDA gibt sie für mRNA-1273 mit 86,4 % ab einem Alter von 65 Jahren an - allerdings mit einem relativen weiten 95-%-Konfidenzintervall von 61,4 bis 95,5 %.

Ernsthafte Komplikationen waren bei beiden Impfstoffen selten (nicht häufiger als in der Placebo-Gruppe). Interessanterweise ist es bei beiden Vakzinen nach der Impfung vereinzelt zu Fazialisparesen gekommen. In den klinischen Studien zum Biontech/Pfizer-Impfstoff traten 4 Fälle auf, nach der Gabe der Moderna-Vakzine waren es 3 Fälle.

Die Injektionen der Moderna-Vakzine scheinen (wegen der höheren Dosis?) **etwas schmerzhafter** zu sein. Die häufigsten mit mRNA-1273 verbundenen Nebenwirkungen waren **Schmerzen an der Injektionsstelle (91,6 %), Müdigkeit (68,5 %), Kopfschmerzen (63,0 %), Muskelschmerzen (59,6 %), Gelenkschmerzen (44,8 %) und Schüttelfrost (43,4 %).** Nach der Injektion des Biontech/Pfizer-Impfstoffs kam es in 84,1 % zu Schmerzen an der Injektionsstelle, bei 62,9 % zu Müdigkeit, bei 55,1 % zu Kopfschmerzen, bei 38,3 % zu Muskelschmerzen und bei 31,9 % zu Schüttelfrost.

DIENSTAG, 24. NOVEMBER 2020

Biontech, Moderna, Astrazeneca

Die drei Top-Corona-Impfstoffe im Vergleich

Von Kai Stoppel

Fazit:

Schutzwirkung insgesamt ein wenig geringer

robust gegen Temperaturen und einfach in der Handhabung

Astrazeneca/Universität Oxford

- **Name:** AZD1222
- **Art des Impfstoffs:** Vektorimpfstoff
- **Erste Information zur Wirksamkeit:** 23. November 2020 (Pressemitteilung)
- **Wirksamkeit:** 62 bis 90 Prozent. Wirksamkeit hängt von der Dosierung ab.
- **Nebenwirkungen:** Bisher keine schweren Nebenwirkungen festgestellt.
- **Kosten pro Dosis:** Wenige Dollar pro Dosis. Im Juni erklärte das italienische Gesundheitsministerium, eine Dosis würde rund 2,50 Euro in Europa kosten.
- **Kühlung:** Kann bei Kühlschranktemperaturen von zwei bis acht Grad transportiert und aufbewahrt werden.
- **Wirkung bei Risikogruppen:** Soll auch bei den besonders gefährdeten älteren Probanden gut wirken - ältere Studienteilnehmer produzierten genau so viele Antikörper gegen Sars-CoV-2 wie jüngere.
- **Einfluss auf Pandemie:** Könnte auch die Übertragung des Virus vermindern.
- **Kapazität:** Weltweit sollen bis Ende März 2021 bereits mehr als 300 Millionen Impfdosen ausgeliefert sein. Insgesamt sollten 2021 drei Milliarden Dosen zur Verfügung stehen, wovon mehr als 50 Millionen für Deutschland vorgesehen sind.
- **Stand der Zulassung:** Astrazeneca will noch in dieser Woche Gespräche mit der US-Gesundheitsbehörde FDA beginnen. Daten sollen weltweit bei Behörden eingereicht werden, bei denen Schnellverfahren möglich sind.
- **Besonderheiten:** Anfang September wurde die klinische Studie weltweit vorübergehend gestoppt, nachdem es bei einem Teilnehmer einen neurologischen Zwischenfall gab - womöglich eine Entzündung des zentralen Nervensystems.

PANORAMA 23.11.20

Dr. Specht zu möglichen Risiken

Wie sicher sind die Rekordtempo-Impfstoffe?

tagesschau.de

15.12.2020

Spahn: Impfungen zwei bis vier Tage nach Zulassung

22:26 Uhr

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat in den *tagesthemen* zur Geduld angesichts der europäischen Zulassung des Corona-Impfstoffes aufgerufen. Ein ordentliches Zulassungsverfahren sei wichtig für das Vertrauen in der Bevölkerung. "Wir werden nach einer möglichen Zulassung binnen zwei bis vier Tagen beginnen können zu impfen", sagte Spahn. Den Bürgern solle zudem nach einer Corona-Impfung die Möglichkeit gegeben werden, Wirkungen und Nebenwirkungen schnell per App zu melden.

Die Impfzentren und Impfstrukturen seien "ab heute einsatzbereit", in einem ersten Schritt könnten nach der Zulassung "um die 400.000 Dosen ausgeliefert werden", so Spahn. Danach würden es dann "Zug um Zug, Woche für Woche, mehr Dosen, die ausgeliefert werden können". Zuvor hatte die Europäische Arzneimittelbehörde ihr Gutachten zum Impfstoff von Biontech und Pfizer für den 21. Dezember angekündigt.

Impfung gegen COVID-19: Erst Zentren – dann Praxen

aerzteblatt.de

Dtsch Arztebl 2020; 117(50): A-2449 / B-2065

Haserück, André; Richter-Kuhlmann, Eva

GRAFIK 1

Phasen der Organisation und Durchführung

Phase I A	Phase I B	Phase II
Gezielte, zentralisierte Verimpfung	**Erweiterte, zentralisierte Verimpfung**	**Breite, dezentrale Routineimpfung**
• **Wenig Impfstoff** verfügbar	• **Mehr Impfstoff** verfügbar	• Impfstoff **großflächig verfügbar**
• **Teilweise komplexe Lagerungsbedingungen** (zum Beispiel Kühlung ≤ 60 °C)	• **Teilweise komplexe Lagerungsbedingungen** (zum Beispiel Kühlung ≤ 60 °C)	• **Geringere Herausforderungen** bei **Lagerung und Logistik** (zum Beispiel Kühlung 2 °C)
• **Mehrdosen**behältnisse	• **Mehrdosen**behältnisse	• **Einzeldosen**abfüllungen
• Verschiedene Impfstofftypen verfügbar	• Verschiedene Impfstofftypen verfügbar	• Verschiedene Impfstofftypen verfügbar
• Sehr limitierte Erfahrung mit Impfstoff	• Limitierte Erfahrung mit Impfstoff	• Breite Verimpfung nach Empfehlung der STIKO
• Sehr gezielte, stark priorisierte Verimpfung nach Empfehlung STIKO, Leopoldina, Deutscher Ethikrat	• Priorisierte Verimpfung nach Empfehlung STIKO, Leopoldina, Deutscher Ethikrat	

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Beschlussentwurf der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung

Beschlussentwurf

STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung

(Version 0.7 vom 07.12.2020)

Disclaimer

Die STIKO konnte die Daten zur Effektivität und Sicherheit möglicher COVID-19-Impfstoffe noch nicht vollumfänglich bewerten, da noch keine Publikationen solcher Daten vorliegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat der STIKO am 03.12.2020 vertraulich den klinischen Phase 3-Studienbericht für den ersten Impfstoff, dessen Zulassung für Europa in Kürze erwartet wird (BNT162b2 der Firma BioNTech), zur Verfügung gestellt. Die STIKO hat die Daten gesichtet und fand die vom Unternehmen seit dem 18.11.2020 öffentlich mitgeteilten Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit bestätigt. Dieser Entwurf enthält noch nicht die vollständige Auswertung der STIKO zu BNT162b2. Eine weitere detailliertere Prüfung durch die STIKO erfolgt noch.

Zur rechtzeitigen Information der Bundesländer und der betroffenen Fachkreise über die Priorisierung von Risiko- und Indikationsgruppen bei eingeschränkter Impfstoffverfügbarkeit wurde entschieden, diesen Entwurf - vorbehaltlich der weiteren Prüfung der zur Verfügung gestellten Dokumente - bereits jetzt ins Stellungnahmeverfahren zu geben. Die STIKO wird in der endgültigen Fassung der wissenschaftlichen Begründung der Covid-19 Impfempfehlung ihre Nutzen-Risiko-Abwägung öffentlich machen. Zukünftig wird sie in gleicher Weise die anderen Impfstoffe bewerten, die sich im Zulassungsprozess befinden.

Priorität	Personengruppen
sehr hoch	• BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen
	• Personen im Alter von ≥80 Jahren
	• Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 PatientInnen)
	• Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)
	• Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege
	• Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen
hoch	• Personen im Alter von >75-80 Jahren
	• Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen
	• Personen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung in Institutionen
	• Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung
moderat	• Personen im Alter von ≥70-75 Jahren
	• Personen mit Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko und deren engste Kontaktpersonen
	• Personen in Asylbewerberunterkünften
	• Personen in Obdachlosenunterkünften
	• Enge Kontaktpersonen von Schwangeren
	• Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen und an besonders relevanten Positionen für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur
	• Personal im ÖGD
erhöht	• Personen im Alter von ≥65-70 Jahren
	• Personen mit Vorerkrankungen mit moderatem Risiko und deren engste Kontaktpersonen
	• Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen
	• LehrerInnen
	• ErzieherInnen
	• Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen (z.B.: Saisonarbeiter, Beschäftigte in Verteilzentren oder der Fleisch verarbeitenden Industrie)
gering erhöh	• Personen im Alter von ≥60-65 Jahren
	• Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen
	• Beschäftigte im Einzelhandel
	• Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur (z.B. Feuerwehr, Bundeswehr, Polizei, ÖPNV, Abfallwirtschaft, etc.)
niedrig	• Alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren

Debatte über Priorisierung von Coronaimpfstoff nimmt Fahrt auf

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Streit über Reihenfolge

Es gebe bereits Kritik und Streit darum, wer angesichts der zunächst stark begrenzten Anzahl an Impfdosen zuerst geimpft werde. Umso wichtiger sei es, bei der Priorisierung nicht auf eine Verordnung zu setzen, sondern das Parlament einzubinden. Damit könnten auch das Vertrauen und die Akzeptanz der Bevölkerung für die Impfung gestärkt werden.

Der Gesetzentwurf orientiere sich an den seit vergangener Woche vorliegenden STIKO-Empfehlungen, fügte die gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, Christine Aschenberg-Dugnus, hinzu. Es gehe vorrangig darum, Personen zu schützen, die ein besonders hohes Risiko für schwere oder tödliche Verläufe hätten. Die größte Schwierigkeit sei vermutlich, innerhalb der ersten Gruppe „eine Priorisierung der Priorisierung vorzunehmen", so Aschenberg-Dugnus weiter.

Der FDP-Gesetzentwurf hält darüber hinaus fest, dass sich strafbar mache, wer gegen Bezahlung eine Person impfe oder ihr Impfstoff beschaffe, bevor sie laut Priorisierungsliste dazu berechtigt sei. Ihm drohe eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder eine Geldstrafe. Die STIKO hatte in ihren noch vorläufigen Empfehlungen, die laufend aktualisiert werden, die ersten in Deutschland verfügbaren Impfdosen vor allem Hochbetagte und deren direkte pflegerische Kontakte priorisiert.

tagesschau.de

15.12.2020

Bundeswehr: Zentrales Impfstoff-Lager ist betriebsbereit

12:48 Uhr

Die Bundeswehr ist bereit für einen umfassenden Einsatz zur Unterstützung der Impfkampagne gegen Covid-19 in Deutschland. Inzwischen sei das zentrale Lager für die Verteilung im niedersächsischen Quakenbrück betriebsbereit und aufnahmefähig für das Vakzin, sagte Generalleutnant Martin Schelleis, Inspekteur der Streitkräftebasis und damit Nationaler Territorialer Befehlshaber, in einer Telefonkonferenz mit Journalisten. Für die weitere Unterstützung der Impfkampagne halte die Bundeswehr 26 stationäre Impfzentren mit eigenen Ärzten und Sanitätern bereit, was einer Kapazität von täglich 18.000 Impfungen entspreche, sagte Schelleis. Außerdem gebe es 13 mobile Impfteams, die eingesetzt werden könnten. Die Bundesländer müssten sagen, was als Amtshilfe gebraucht werde, so der Offizier. Wenn nötig, könne das Kontingent von derzeit 20.000 Soldaten in "abgestufter Einsatzbereitschaft" erhöht werden. Für die Impfkampagne selbst sind bisher etwas mehr als 100 Soldaten als Helfer angefragt.

tagesschau.de

Impfzentren in Deutschland

Jetzt fehlt nur noch der Impfstoff

Stand: 15.12.2020 09:14 Uhr

Unter großem Zeitdruck sind in Deutschland rund 400 Impfzentren entstanden. Von heute an sollen sie einsatzbereit sein. Was fehlt, ist der Impfstoff. Und es gibt absehbar weitere Probleme.

Von Christian Kretschmer, SWR

Im "City-Outlet" in Zweibrücken stapelt sich kistenweise Schutzausrüstung. Das seit Jahren leerstehende Shoppingcenter ist von heute an das neue Impfzentrum der Stadt. Es ist eines von insgesamt 31 in Rheinland-Pfalz. Matthias Freyler und mehrere Helfer räumen hier bis zuletzt die Regale voll: Allein 35.000 Nadeln und mehr als 25.000 Spritzen warten auf ihren Einsatz. "Wir sind startklar, nur der Impfstoff fehlt noch", sagt Freyler, Koordinator des Impfzentrums. Er deutet auf einen großen leeren Kühlschrank. In speziell isolierten Boxen mit Trockeneis können die Dosen hier gelagert werden - auch wenn das wohl noch Wochen dauert.

Terminvergabe online oder über Callcenter

In Zweibrücken versuchen sie die Zeit bestmöglich zu nutzen, bis der Impfstoff eintrifft. Koordinator Freyler erstellt bereits Dienstpläne für Ärzte und Personal. Im großen Warteraum der Impfzentrums erläutert er drei neu eingestellten Verwaltungsmitarbeiterinnen die Abläufe. Sie sollen sich um die Anmeldung vor Ort kümmern und persönliche Angaben überprüfen. "Es könnte ja sein, dass jemand vorgibt, Krankenpfleger zu sein, nur um direkt geimpft zu werden", sagt Freyler. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen deswegen auch Arbeitgeberbescheinigungen kontrollieren. So soll verhindert werden, dass sich Menschen vorzeitig Impfungen erschleichen.

Die größte Herausforderung im Impfzentrum ist aber nicht das Impfen - sondern etwas auf den ersten Blick ganz Banales wie die Termin-Koordination. Sie erfolgt noch vor der Anmeldung im Impfzentrum: "Entscheidend wird sein, dass die Termine so vergeben werden, dass immer Impfstoff verfügbar ist. Das Fehlerpotenzial ist bei der Organisation deutlich größer als beim Impfen selbst", sagt Freyler.

Die Vergabe der Termine soll deswegen in den jeweiligen Bundesländern zentral gesteuert werden. Das geschieht über eine Online-Plattform oder Callcenter. "Das Land weiß dann beispielsweise: Bei uns in Zweibrücken gibt es 500 Impfdosen und kann dann entsprechend 500 Termine bei uns vergeben", erklärt Freyler. Dass dieser Ablauf reibungslos funktioniere, sei wichtig, denn in den Zentren sollen wegen eines möglichen Infektionsrisikos lange Warteschlangen unbedingt vermieden werden.

DONNERSTAG, 10. DEZEMBER 2020

Anders als bei Masern

Warum es keine Corona-Impfpflicht geben wird

…

Die Frage, ob die Corona-Impfung verpflichtend gemacht werden soll, hat Gesundheitsminister Jens Spahn deutlich beantwortet: "Ich gebe Ihnen mein Wort", sagte er am 18. November im Bundestag. "Es wird in dieser Pandemie keine Impfpflicht geben.„

…

Auch eine Impfpflicht durch die Hintertür schließt Rüddel aus. Einen Immunitätsausweis "wird es nicht geben", sagt er, zumal noch unklar sei, ob Geimpfte nicht doch weiterhin eine Infektionsquelle für andere sein können.

Inhalt

Medizinische Versorgung

- Ambulante Versorgung
- Klinische Versorgung

Schwerkranke

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

Schweregrad einer Pneumonie mit CRB-65-Index abschätzen:

CRB-65-Index (klinischer Score zur statistischen Wahrscheinlichkeit des Versterbens)	1 Punkt für jedes fest-gestellte 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

Medizinische Versorgung

- Ambulante Versorgung
- Klinische Versorgung
- Intensiv

DIVI-Intensivregister

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

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 15.12.2020 (12:15 Uhr) beteiligen sich 1.290 Klinikstandorte an der Datenerhebung. Insgesamt wurden 27.153 Intensivbetten registriert, wovon 22.471 (83%) belegt sind; 4.682 (17%) Betten sind aktuell frei. Im Rahmen des DIVI-Intensivregisters wird außerdem die Anzahl der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle erfasst (Tabelle 6).

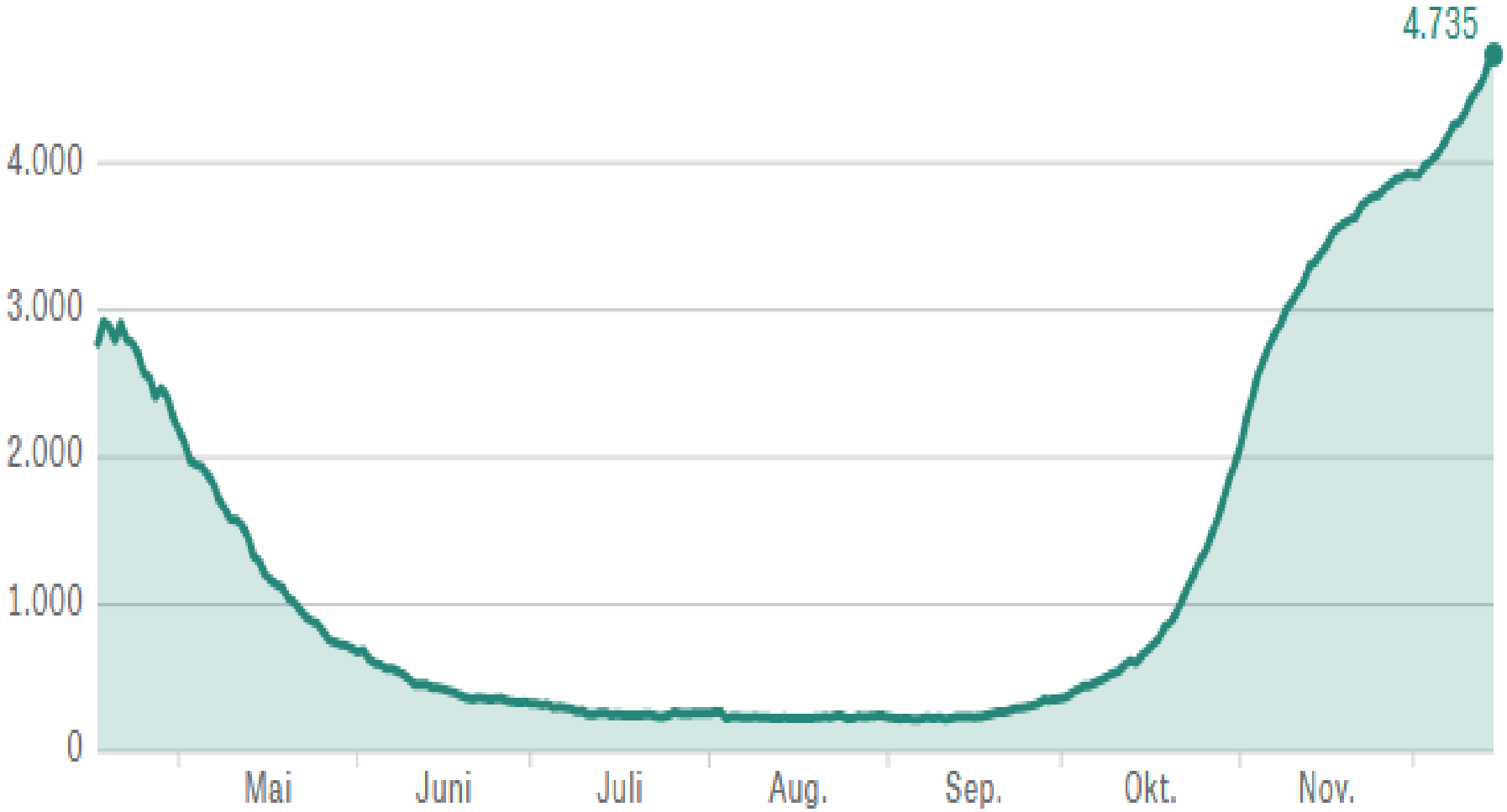
Tabelle 6: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (15.12.2020, 12:15 Uhr)

	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortag*
In intensivmedizinischer Behandlung	4.735		+65
- davon invasiv beatmet	2.679	57%	+11
Neuaufnahmen auf ITS seit Vortag	39.632		+656
Abgeschlossene Behandlung	9.640	24%	+161
- davon verstorben	4.735		+65

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

Mehr Patienten als im April

Anzahl der Patienten mit Covid-19, die auf deutschen Intensivstationen versorgt werden.



Quelle: DIVI Intensivregister

Inhalt

Masken/Schutzausstattung

STMF FFP1 NR
EN149:2001+A1:2009
CE 0194

Wie sicher sind diese Masken?

	OP-Maske	selbstgenähte Maske*	FFP2/FFP3 Maske	FFP2/FFP3 Maske mit Ventil
Schützt dich	etwas	etwas	ja	ja
Schützt andere	ja	etwas	ja	wenig

*Wie gut ein selbstgenähter Mund-Nasenschutz wirkt, hängt von der Dichte des Stoffs ab.

Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Duke University | Grafik: BR

tagesschau.de

15.12.2020

Patientenschützer: Sorge um Qualität der Schutzmasken

09:52 Uhr

Nach Vorwürfen der Arbeiterwohlfahrt in NRW, sie habe vom Bund Zehntausende Masken für Pflegeheime geliefert bekommen, die nicht für den Einsatz im medizinischen Bereich geeignet seien, fordern Patientenschützer eine rasche Aufklärung. Der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, sagte der "Rheinischen Post", dass es schon im Frühjahr Ärger mit sechs Milliarden FFP2-Masken gegeben habe: "Damals haben Lieferanten gegen die Bundesregierung prozessiert, weil das Gesundheitsministerium wegen Beanstandung der Qualität nicht bezahlen wollte." Deshalb verwundere es, dass jetzt die Regierung selbst FFP2-Masken von offenbar zweifelhafter Qualität verschickt haben soll. Solche Hinweise gebe es aus Pflegeheimen, die vorab Pakete im Auftrag des Ministeriums erhalten haben, fügte Brysch hinzu. "Jens Spahn muss den Vorwurf jetzt unverzüglich aufklären. Denn schon Dienstagfrüh werden die ersten Menschen ihre drei kostenfreien Masken in der Apotheke abholen wollen", sagte er.

Gesundheitsministerium: Masken sind tauglich

10:54 Uhr

Das Bundesgesundheitsministerium hat Vorwürfe der Arbeiterwohlfahrt in NRW zurückgewiesen, der Bund habe Zehntausende ungeeignete Masken für Pflegeheime geliefert. Dieser Vorwurf entbehre jeder Grundlage, teilte das Ministerium mit. "Die Masken sind geprüft und für gut befunden worden." Sie erfüllten die Anforderungen an eine Atemschutzmaske nach dem vereinfachten CPA-Prüfverfahren vollumfänglich. Sie seien aber ausdrücklich als "eiserne Reserve" für den Notfallgebrauch in Mangelsituationen vorgesehen. "Nach den Nutzungsbedingungen sind vorrangig weiter diejenigen Masken zu nutzen, die von der Einrichtung auf dem üblichen Marktwege beschafft werden."

Am Montag hatte die Arbeiterwohlfahrt in Westfalen ihre Pflegeheime davor gewarnt, die von der Bundesregierung zur Verfügung gestellten Schutzmasken zu verwenden. Die FFP2-Masken seien mit dem Hinweis "Non-Medical" versehen und damit nicht für den Einsatz im medizinischen Bereich nutzbar. Auch würde bei einigen Masken Angaben zum Haltbarkeitsdatum oder Verwendungsbereich fehlen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hatte heute Morgen schnelle Aufklärung gefordert.

tagesschau.de

13.12.2020

Studie: Masken verringern Corona-Infektionsrisiko um 45 Prozent

05:34 Uhr

Ein Mund-Nasen-Schutz verringert das Corona-Infektionsrisiko einer Studie zufolge um fast die Hälfte - um durchschnittlich rund 45 Prozent. "Das sind 55 statt 100 Neuinfektionen", sagte der Mainzer Ökonom Klaus Wälde, einer der Autoren der in der Fachzeitschrift "PNAS" veröffentlichten Studie, der Deutschen Presse-Agentur. "Oder noch anschaulicher: Statt 20.000 Neuinfektionen am Tag hätten wir ohne Masken rund 38.000." Sein Fazit: "Jeder sollte Masken tragen, um sich und andere vor Infektionen zu schützen."

Wälde hatte mit drei anderen Wirtschaftswissenschaftlern den Sonderweg Jena untersucht und mit Daten aus ähnlichen deutschen Städten verglichen. In der thüringischen Stadt wurden Schutzmasken - begleitet von einer Öffentlichkeitskampagne - bereits am 6. April eingeführt und damit rund drei Wochen früher als in den meisten anderen deutschen Kreisen und Städten. "Das war ein extremer Glücksfall, den man sich viel häufiger wünscht, um Infektionskanäle in der Wirklichkeit betrachten zu können", sagte Wälde. Die Wissenschaftler verglichen Jena mit Städten wie Trier, Darmstadt, Cloppenburg und Rostock. Dort waren Infektionsgeschehen, Bevölkerungsdichte, Durchschnittsalter, Seniorenanteil sowie die Ausstattung mit Ärzten und Apotheken ähnlich wie in Jena.

"Wir haben geschaut, was in Jena und in den Vergleichsregionen drei Wochen nach der Einführung der Maskenpflicht passiert." Um weitere Effekte auszuschließen, berücksichtigten die Wissenschaftler andere Regelungen in Deutschland in dieser Zeit.

tagesschau.de

15.12.2020

Große Nachfrage nach FFP2-Masken

15:33 Uhr

Zum Auftakt der Ausgabe von kostenlosen FFP2-Masken an Menschen aus Corona-Risikogruppen war der Andrang in vielen deutschen Apotheken enorm groß. "Ein Patientenplus von 100 Prozent oder mehr war bis zum Mittag durchaus die Regel", sagte der Sprecher der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Die meisten Apotheken hätten es geschafft, sich rechtzeitig Masken zu besorgen. "Bei vielen waren aber bis mittags die bereits beschafften Kontingente auch schon vergriffen", so Kern. Neue Ware sollte es jedoch schon ab Mittwoch geben.

Aufgrund des erwartet hohen Andrangs hatten viele Apotheken zusätzliche Ausgabeplätze eingerichtet und sich personell verstärkt. Nach ersten Informationen der ABDA konnten Apotheken mit besonders großen Masken-Vorräten bereits gut ein Drittel der anspruchsberechtigten Stammkunden versorgen. "Das würde bedeuten, dass man den wesentlichen Teil der Risikopatienten noch vor Weihnachten weitgehend schafft", sagte Kern.

Große Nachfrage nach FFP2-Masken in Apotheken

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Berlin – Zum Auftakt der Ausgabe von kostenlosen FFP2-Masken an Menschen aus Coronarisikogruppen war der Andrang in vielen deutschen Apotheken groß. „Ein Patientenplus von 100 Prozent oder mehr war bis zum Mittag durchaus die Regel", sagte der Sprecher der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) Reiner Kern heute Nachmittag nach ersten Einschätzungen.

Die meisten Apotheken hätten es geschafft, sich rechtzeitig Masken zu besorgen. „Bei vielen waren aber bis mittags die bereits beschafften Kontingente auch schon vergriffen", so Kern. Neue Ware sollte es jedoch schon ab morgen geben. Aufgrund des erwartet hohen Andrangs hatten viele Apotheken zusätzliche Ausgabeplätze eingerichtet und sich personell verstärkt.

Nach ersten Informationen der ABDA konnten Apotheken mit besonders großen Maskenvorräten heute bereits gut ein Drittel der anspruchsberechtigten Stammkunden versorgen. „Das würde bedeuten, dass man den wesentlichen Teil der Risikopatienten noch vor Weihnachten weitgehend schafft", sagte Kern.

Seit heute können rund 27 Millionen Deutsche aus Coronarisikogruppen kostenfrei jeweils drei FFP2-Masken erhalten. Zum Abholen ist Zeit bis zum 6. Januar. Zur Abholung reicht ein Ausweis oder eine Selbstauskunft. Auch die Abholung durch andere ist mit einer Vollmacht möglich.

Dräger

Pressemitteilung

Neuer Sorglos-Service: Dräger lagert FFP-Masken für Kunden ein

Bevorratungsmodell soll Versorgungslücken vorbeugen

- **Für Industrie, Gesundheitswesen, Feuerwehren und Behörden**
- **Dräger übernimmt das Lagern, Erneuern und Ausliefern**
- **Gesicherter Preis unabhängig von Marktbewegungen**

Lübeck – Als Anfang des Jahres die Corona-Pandemie ausbrach, überstieg die Nachfrage nach zertifizierter Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) schnell die Kapazitäten der Hersteller weltweit. Das soll in Zukunft anders sein: Um im Pandemiefall sowohl den Regelbedarf der Industrie zu decken als auch dem besonderen Bedarf von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen nachkommen zu können, hat Dräger ein neues Bevorratungskonzept für FFP-Masken[1] entwickelt. Dieses richtet sich an jeden, der im Bedarfsfall vorbereitet sein möchte – vom großen internationalen Industriekonzern oder mittelständischen Unternehmen, über das Gesundheitswesen bis hin zu Feuerwehren und Behörden. Ab sofort können monatliche FFP2- und FFP3-Masken-Kontingente beim Medizin- und Sicherheitstechnikhersteller vorbestellt werden. Diese können dann abhängig vom Bestelldatum voraussichtlich ab dem zweiten Quartal 2021 zur Verfügung gestellt werden.

Kontakt

Corporate Communications:
Melanie Kamann
Tel.: +49 451 882 2202

Inhalt

Sonstiges

Ärzte sollten Coronainfektion als Berufserkrankung anzeigen

aerzteblatt.de

Montag, 14. Dezember 2020

Berlin – Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind dem Arbeitskreis „Assistenzärzte" des Hartmannbundes (HB) zufolge oft nur unzureichend über ihre Rechte im Falle einer COVID-19-Ansteckung am Arbeitsplatz informiert. „Wir möchten an alle Kollegen appellieren, bei gesicherter Infektion diese als Berufserkrankung anzuzeigen", sagte der Vorsitzende des Arbeitskreises, Sebastian Gassner.

Dies mache im Verlauf Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung – vor allem zur Rehabilitation – möglich. Die Identifikation eines sogenannten Indexpatienten ist laut dem HB hierbei nicht mehr erforderlich, anders als zu Beginn der Pandemie.

Der Arbeitskreis weist außerdem daraufhin, dass es zwingend erforderlich sei, die bestehenden gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften im medizinischen Bereich in allen Versorgungsbereichen umzusetzen.

„Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist wichtig, das gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Versorgungsbereich. Die Gefährdungen, denen medizinisches Personal in seinem beruflichen Alltag ausgesetzt ist, haben sich durch die Coronapandemie gewandelt", sagte Gassner.

Coronainfizierte erhalten selten Leistungen der Unfallversicherung

aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Dezember 2020

Berlin – **Zwei Prozent aller gemeldeten Coronainfizierten werden durch die gesetzliche Unfallversicherung für die Erkrankung entschädigt**. …
Dabei wurden Fälle im Bereich Berufskrankheit deutlich häufiger anerkannt als Anzeigen auf Arbeitsunfall. Insgesamt wurden bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung in 3,5 Prozent aller gemeldeten Coronafälle Anträge auf Leistungen gestellt.
Im Bereich Berufskrankheit gingen den Angaben zufolge bis Mitte November Anzeigen für gut 19.500 Coronainfizierte ein. Davon wurden gut 12.800 anerkannt. Eine Anerkennung von Corona als Berufskrankheit erfolgt demnach für Infizierte, die im Gesundheitsdienst, der Wohlfahrtspflege oder einem Labor arbeiten.
Ist eine Anerkennung als Berufskrankheit nicht möglich, könne ein Anzeige auf Arbeitsunfall erfolgen.
Beide Bereiche stellen nach Angaben der Bundesregierung gleichwertige Versicherungsfälle dar, Betroffene haben damit jeweils **Ansprüche auf das volle Leistungsspektrum**. Im Vergleich zu Berufskrankheiten werden Arbeitsunfälle jedoch seltener anerkannt: Von gut 9.400 als Arbeitsunfälle gemeldeten Coronaerkrankungen wurden knapp 4.000 anerkannt.
…

Berufskrankheit COVID-19

Berlin: (hib/CHE) **Eine durch COVID-19 verursachte Erkrankung kann eine Berufskrankheit (BK) im Sinne der Nummer 3101 der Berufskrankheitenliste sein. Das schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort (19/24982) auf eine Kleine Anfrage (19/24562) der Fraktion Die Linke. Entsprechend der Bezeichnung der BK Nummer 3101 setze die Anerkennung voraus, dass die Betroffenen "im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt" waren. Bei diesen Tätigkeiten sei typischerweise von einem deutlich erhöhten Infektionsrisiko auszugehen. "Die Aufzählung ist aber nicht abschließend, sodass auch in anderen Berufszweigen eine Anerkennung als Berufskrankheit grundsätzlich möglich ist. Voraussetzung hierfür ist, dass vergleichbare Infektionsrisiken mit COVID-19 wie im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium festgestellt werden", heißt es in der Antwort. Um dies zu prüfen, habe das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verschiedene Stellen und Einrichtungen wie das Robert-Koch-Institut, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und die Landesgesundheitsämter der großen Flächenstaaten um Daten gebeten.**

In den Tätigkeiten, in denen derzeit keine Anerkennung einer COVID-19-Erkrankung als Berufskrankheit möglich ist, ist nach Angaben der Regierung jedoch die Anerkennung als Arbeitsunfall möglich. Hierdurch werde ebenfalls das Leistungsspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung eröffnet, so die Bundesregierung.

Berufskrankheit COVID-19

Die Kommunale Unfallversicherung Bayern (KUVB) hat auf eine entsprechende Anfrage des Bayerischen Roten Kreuzes mitgeteilt, dass die **im Gesundheitsdienst tätigen Personen, die einem besonders hohen Risiko aufgrund ihrer Tätigkeit ausgesetzt sind, natürlich unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen**.

Die **Anerkennung eines Arbeits-(Dienst-) Unfalls** setzt grundsätzlich aber den **Vollbeweis einer Infektion** einer erkrankten Person in einer konkreten Situation voraus. Nachdem das Infektionsrisiko mittlerweile so vielfältig ist, kann es natürlich im Einzelfall schwierig werden, diesen Beweis führen zu können.

Bestehen bleibt jedoch die Möglichkeit einer Berufskrankheit. Die **Berufskrankheit 3101** **(Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war")** unterstellt für entsprechende Verrichtungen ein überdurchschnittliches Erkrankungsrisiko.

Berufskrankheit COVID-19

Umfasst sind insbesondere

- alle Tätigkeiten in einem Krankenhaus, Pflegeheim, Altenheim, einer Rehabilitationseinrichtung, einer Ambulanz, einem Notlazarett oder einer vergleichbaren Einrichtung,
- alle Tätigkeiten als Rettungssanitäter oder Rettungsassistent und
- alle sonstigen Tätigkeiten bei der Bergung, Versorgung oder dem Transport von Infizierten oder Verdachtsfällen.

Die Aussagen der KUVB gelten für die Einsatzkräfte der Freiwilligen Feuerwehren entsprechend, wenn diese im Bereich Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eingesetzt werden. Dazu gehören beispielsweise die First Responder, aber auch Angehörige der Freiwilligen Feuerwehren, die im Dienst zu Betreuung, Versorgung, Transport oder Bergung von Erkrankten oder Verdachtsfällen herangezogen werden. Gleiches gilt bei der Tätigkeiten der medizinischen Versorgung durch Angehörige der Freiwilligen Feuerwehren, z.B. durch die Unterstützung von Notlazaretten, oder bei der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung.

Nach einer weiten Auslegung der Norm, der sich die KUVB ausdrücklich anschließt, muss daher eine konkrete Infektion während der Tätigkeit nicht nachgewiesen werden **(Beweiserleichterung!)**. Seitens der Kommune/ des Kommandanten muss bei einer nachgewiesenen COVID-19-Erkrankung lediglich bestätigt werden, dass die erkrankte Person in einem entsprechenden Bereich tätig war. Der Nachweis des Kontakts zu einem Indexpatienten ist nicht erforderlich. Reine Verdachtsfälle brauchen nicht angezeigt zu werden.