



## Die “Corona-Krise“

- DEGAM Living-Guideline "Neues Coronavirus“
- Praktisches für den hausärztlichen Alltag
- Aktuelle Entwicklung / Diskussion

**Dr. med. Hans-Otto Wagner**

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

# Interessenkonflikte HO Wagner

## Direkte finanzielle Interessen

### Zuwendungen von:

- Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie)
- industriellen Interessenverbänden
- kommerziell orientierten Auftragsinstituten
- Versicherungen/Versicherungsträgern oder von öffentlichen Geldgebern (z.B. Ministerien)
- Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen oder anderen Geldgebern

## Indirekte Interessen

- Interessenverbände im Gesundheitswesen
- „intellektuelle“, akademische und wissenschaftliche Interessen oder Standpunkte
- Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten/Einkommensquellen

Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie)	industriellen Interessenverbänden	kommerziell orientierten Auftragsinstituten	versicherungen/versicherungsträgern oder von öffentlichen geldgebern (z.B. Ministerien)	Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen oder anderen Geldgebern	sonstige	sonstige
Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie)	industriellen Interessenverbänden	kommerziell orientierten Auftragsinstituten	versicherungen/versicherungsträgern oder von öffentlichen geldgebern (z.B. Ministerien)	Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen oder anderen Geldgebern	sonstige	sonstige
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein


Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

NEIN

Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

Finanzielle Zuwendungen ..

- **„Historisches“**
  - Anfängliches Chaos (wir sind/waren nicht vorbereitet)
  - DEGAM und Hausärzterverband: Ordnung im Chaos
  - Die ersten Versionen der Leitlinie „Neues Coronavirus“
  - Die „Living Guideline“ der DEGAM „Neues Coronavirus“

- **Entscheidungen zwischen ...**
  - (fehlender) Evidenz und alarmisierenden Prognosen
  - „Bedrohungslage“, epidemiologischen Aufgaben und unseren Patienten
  
- **Kurzer Blick über den Tellerrand**
  - Italien, England, Schweden

- **Ambulante hausärztliche Versorgung in der Realität**
  - Praktische Hinweise für den Alltag
  
- **Aktuelle Lage**
  
- **Wie geht`s weiter:**
  - Schutz vulnerabler Gruppen
  - Testen, testen, testen ...
  - Dynamische Entwicklung und Unsicherheiten
  - Risikokommunikation

- Pausen zum Nachdenken (und Kaffeetrinken)
- und zum Diskutieren
- Chat

- Zuerst haben wir es aus den Medien erfahren
- Dann haben es uns die Virologen erklärt: Wo kommt das neue Coronavirus SARS-CoV-2 her und was macht es mit uns?
- Epidemiologen erklärten im Fernsehen anhand immer neuer Kurven und Histogramme, wie die Pandemie sich angeblich entwickelt, was jetzt zu tun wäre
- Seuchenhygieniker und Virologen gaben uns über Pressekonferenzen Anweisungen





- A. 30.000
- B. 50.000
- C. 100.000
- D. 500.000
- E. 1.000.000
- F. 2.000.000



Bis heute sind im Wesentlichen nur zwei Fachrichtungen, Virologen und mathematische Modellierer, in den Medien und von der Politik gehört worden. Die anfänglichen Modellrechnungen insbesondere der Wissenschaftler des Imperial College in London waren maßgeblich für die politischen Entscheidungen zum Lockdown verantwortlich. Sie ergaben, dass es weltweit 40 Millionen Covid-19-Tote geben würde; für Deutschland wurden 1,1 Millionen Intensivpatienten prognostiziert.

Anm.: Deutschland hat ca. 30.000 Intensivbetten

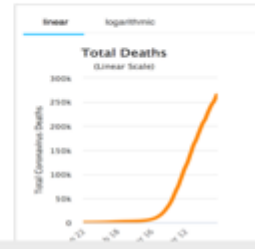
<https://interaktiv.tagesspiegel.de/lab/die-globale-verbreitung-des-coronavirus-im-zeitverlauf/>

## Cases Timeline (worldwide)

Total number of cases  
Per country over time



2020-01-14



## Cases Timeline (worldwide)

Total number of cases  
Per country over time



2020-02-23

- Auf einmal waren wir, die Hausärztinnen und Hausärzten in aller Munde, noch nie wurden wir so oft erwähnt und wurde so häufig über uns gesprochen
- Nur mit uns sprach keiner, in den Pandemieplänen kommt das Wort „Hausarzt“ nicht vor
- Das RKI übernahm die Führung
- Die Gesundheitsämter und die Körperschaften waren überfordert

# Die DEGAM reagierte schnell

25.02.2020

## Epidemiologische Lage

- In Deutschland findet *momentan keine* anhaltende Übertragung des SARS-CoV-2 in der Bevölkerung statt. *Die Situation kann sich täglich ändern.*
- Die Atemwegsinfekte, mit denen Patientinnen und Patienten z.Zt. die Praxen aufsuchen, sind fast ausschließlich auf Influenza oder Erkältungskrankheiten zurückzuführen.

## Vorgehen in der Praxis bei Verdacht auf SARS-CoV-2-Infektion

### Was ist ein „begründeter Verdachtsfall“?

#### Begründeter Verdachtsfall:

Anzeichen einer akuten Atemwegsinfektion  
**und** eine Reiseanamnese in ein COVID-19-Risikogebiet (s.u.)  
**oder** ein Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall

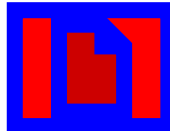
**Risikogebiete:** Neben China auch Länder bzw. Regionen, in denen einzelne Infektionsfälle oder Cluster (mit und ohne Rückverfolgbarkeit der Infektionsketten) aufgetreten sind

### Was tun, wenn Kriterien für einen „begründeten Verdachtsfall“ zutreffen?

- Patient/in noch am Tresen einen Mund-Nasen-Schutz überreichen, den sie/er anlegen soll, sofern das toleriert wird. *MFA: FFP2-Maske!*
- Isolierung in eigenem Praxisraum
- Ärzt\*innen/MFA: Schutzkittel, Handschuhe, FFP2-Maske, ggf. Schutzbrille
- Anamnese vervollständigen (Immunsuppression? Chron. Krankheiten? etc.)
- Influenza-Schnelltest durchführen (falls positiv, Influenza wahrscheinlich)
- **Gesundheitsamt verständigen** (PLZ-Suche <https://tools.rki.de/plztool/>)

▶ Abstriche aus Naso- und Oropharynx (in Schutzkleidung)

**Klinisch schwere Fälle einweisen, sonst Isolation zuhause\* bis Befundeingang** (\* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/guidance-home-care.pdf>)



## Das RKI veröffentlicht unkommentiert absolute Zahlen

- Ein Virologe (Prof. Drosten) spricht zunächst von „einem Schnupfen, sei harmlos“
- Das RKI veröffentlicht ein Flussschema: Alle Infizierten ins Krankenhaus
  - wurde schnell korrigiert
- Es soll getestet werden, aber wer soll das machen?
- Gesundheitsminister Spahn sprach (nur) mit den Körperschaften
- Die WHO änderte Ihre Einschätzung
- Bundesweit fehlende Vereinheitlichung und mangelnde Kooperation zwischen regionalen Gesundheitsämtern, Notdiensten/Notaufnahmen, KV`en und Hausärztinnen und Hausärzten

- Gesetzlich klar geregelte, aber nicht angemessen wahrgenommene Verantwortung: RKI = Beratung der Regierung
- **Monothematische, d.h. rein virologische Betrachtungsweise auf allen Ebenen**
- z.T. Totalausfall von Gesundheitsämter, Hotlines, Überlastung der Telefone
- Die Hausarztpraxis steht im Zentrum, aber:
- **Keine Schutzausrüstung, d.h. wie Abstriche machen, wie vulnerable Patienten versorgen? Gefahr der Quarantäne**

# Stellungnahme

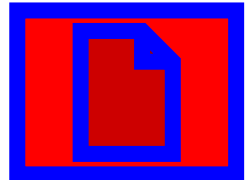
Deutsches Netzwerk Evidenz-  
basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk)

Berlin, den 20.03.2020

---



**COVID-19: Wo ist die Evidenz?**



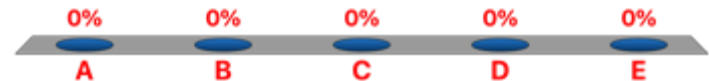


# Wieviele Menschen sterben pro Tag?



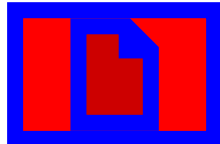
- A. 1000
- B. 2000
- C. 3000
- D. 5000
- E. 8000

Gehen Sie bitte zu [www.menti.com](https://www.menti.com) und tippen Sie: 90 32 61



# **DEGAM-S1 Handlungsempfehlung SARS-CoV-2/Covid-19**

**Telefonkonferenz  
Freitag, 13. März, 10:00 bis 11:00 Uhr**



# Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die haus- ärztliche Praxis

## DEGAM S1- Handlungsempfehlung

AWMF-Register-Nr. 053-054

Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin e.V.



© DEGAM 2020

**Autoren** (in alphabetischer Reihenfolge)

**Hannes Blankenfeld**,  
Gemeinschaftspraxis Blankenfeld & Völk, München

**Hanna Kaduszkiewicz**,  
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Kiel

**Michael M. Kochen**,  
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Freiburg

**Josef Pömsl**,  
Hausarztzentrum Kaufering

**Unter Mitarbeit von Martin Scherer u. Hans-Otto Wagner**,  
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Konzeption und wissenschaftliche Redaktion**  
SLK-Leitungsteam

**Kontakt**

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien  
c/o Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinik Ulm  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm  
Tel. +49 (0)731 500 57901  
leitlinien@degam.de

**Stand 29/05/2020**

Informationen können sich jederzeit ändern. Bei Bedarf wird  
die Handlungsempfehlung wöchentlich aktualisiert.

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium.  
Für die Aktualisierung sind die Autoren verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt einge-  
holt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK und eine  
Vertreterin des AWMF-IMWi wurden keine Interessenkonflikte  
festgestellt.

**Hinweis**

Die Änderungen in dieser Leitlinie gegenüber der Vorversion  
sind mit einem blauen Strich am rechten Rand markiert.



# Ständiger Krisenstab DEGAM und HÄV



*DEUTSCHER*  
**HAUSÄRZTEVERBAND**

Aktuelle Nachrichten aus Berlin

**Ulrich Weigelt**

**Bundvorsitzender**

Deutscher Hausärzteverband e. V.  
Bleibtreustraße 24 | 10707 Berlin

**Prof. Dr. Martin Scherer**

**Präsident**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin  
Schumannstraße 9 | 10117 Berlin  
geschaeftsstelle@degam.de



Publisert: 31. mars 2020

Tidsskr Nor Legeforen 2020

doi: 10.4045/tidsskr.20.0262

Mottatt 25.3.2020, første revisjon innsendt 29.3.2020, godkjent 30.3.2020.

## **Covid-19 med akutte magesmerter som debutsymptom**

Hilde Bastøe Sellevoll, Usman Saeed, Victoria Solveig Young, Gunnar Sandbæk, Karsten Gundersen, Tom Mala

<https://tidsskriftet.no/2020/03/kort-kasuistikk/covid-19-med-akutte-magesmerter-som-debutsymptom>

aus dem Norwegischen von Raphael Schreiber

## **COVID-19 mit akuten Bauchschmerzen als erstes Symptom**



Die Patientin hatte seit 1 Woche Schmerzen im rechten Oberbauch bei bekannten Gallensteinen, eine medikamentös eingestellte Hypertonie, Übergewicht, Z.n. Miliartuberkulose (mit Befall von Lunge und Peritoneum) vor vielen Jahren.

Jetzt im Krankenhaus:

- Übelkeit und Erbrechen, fraglich Fieber
- Druckschmerz im rechten Oberbauch,
- Antibiotische Vorbehandlung
- Erhöhte AF, Tachycardie, Sauerstoffsättigung 95 %, CRP-Erhöhung
- Zeichen einer basalen viralen oder atypischen Pneumonie im CT (Voraufnahmen?) bei blandem Oberbauch
- Nachweis von Genmaterial des SARS-CoV-2 im Rachenabstrich

**Der weitere Verlauf im Krankenhaus: Keine weiteren Symptome, Spontanheilung**

1. Spontan oder durch die antibiotische Vorbehandlung abgeklungene Cholezystitis
2. Spontan abgeheilte atypische Pneumonie (mit dafür typischen Oberbauchbeschwerden)
3. Alter Lungenbefund und unspezifische Magen-Darm-Erkrankung
4. Pneumonie durch eine COVID-19-Erkrankung
5. SARS-CoV-2-positiver Rachensabstrich bei zunehmender Durchseuchung
6. Falsch positiver SARS-CoV-2-PCR



- Entscheidungen zwischen:
  - (fehlender) Evidenz und alarmisierenden Prognosen
  - „Bedrohungslage“, epidemiologischen Aufgaben und unseren Patienten
  - „Katastrophenmedizin“ und Dominanz der Exekutive
- Ein Blick über den Tellerrand
  - Italien, England, Schweden
  - **Fragen**
- Der „Coronatunnel“

## Ambulante hausärztliche Versorgung in der Realität



## Wissenschaft meets Gesellschaft

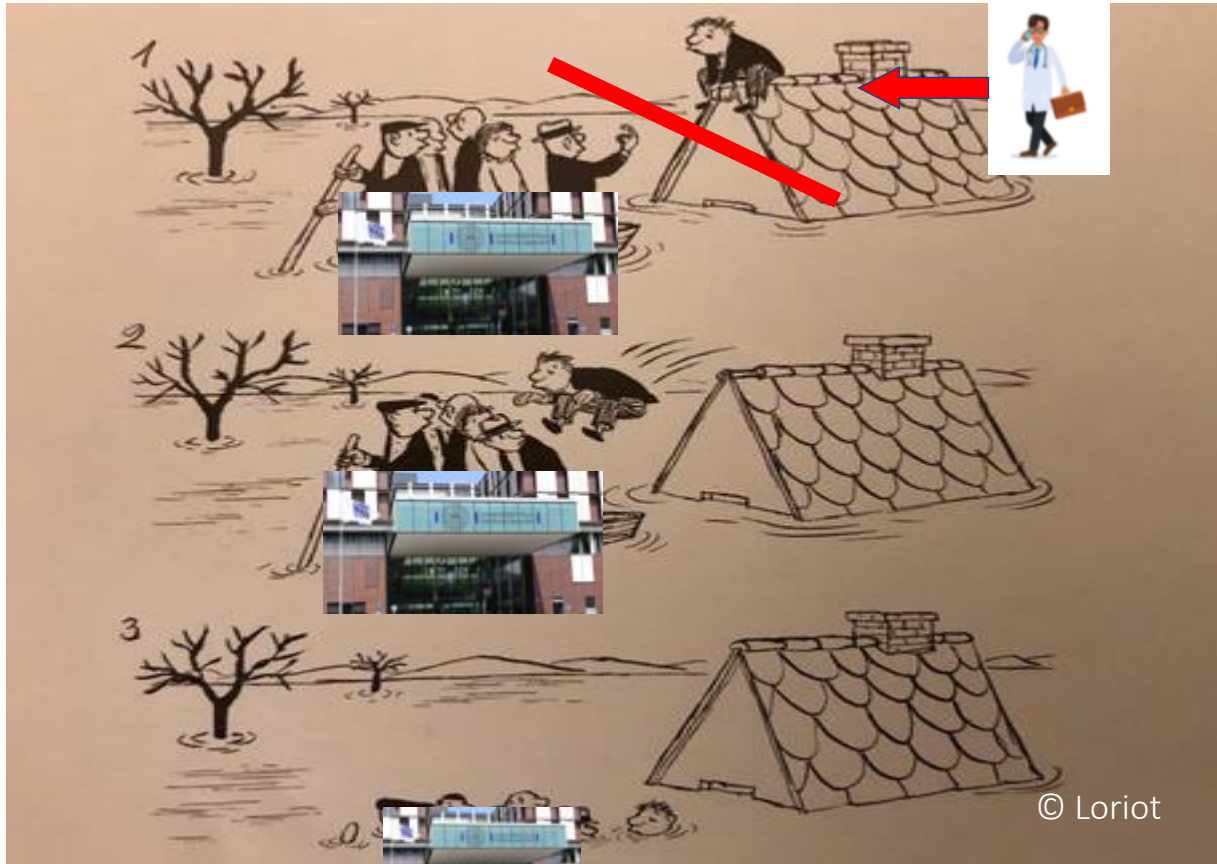
<https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/CoronaUpdate>



## Was uns klinische Daten zu COVID-19 aus der Lombardei und Aachen verraten

Was Aachen und die Lombardei gemeinsam haben? Beide Regionen sind besonders von der Coronavirus-Pandemie betroffen. In den dortigen Krankenhäusern mussten Ärzte sehr schnell eine hohe Zahl von COVID-19-Patienten versorgen.











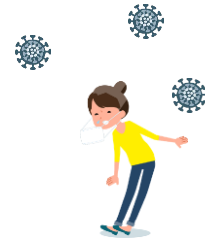
## Der Schutzwall

„Fluten“ der Krankenhäuser



## Beispiele für regional organisiertes Monitoring

-  Fahrender Dienst für Hausbesuche
-  Hausbesuche durch spezielle „COVID-19-Care-Ärzte“
-  Hausbesuchsdienstpläne – bei Bedarf 24/7
-  2x täglich Anrufe bei Patientinnen und Patienten
-  Video- und Telefonsprechstunden
-  digitale Vernetzung mit den Gesundheitsämtern



## Wissenschaft meets Gesellschaft

<https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/CoronaUpdate>



Die "Tagesschau" titelte in ihrer Online-Ausgabe jüngst:

"Corona-Tote – Neun Lebensjahre verloren". Basis für diesen

Bericht war eine Modellierung von schottischen Forschern.

Dass diese Zahlen vermutlich nicht richtig sind und vieles, was

dazu im Moment behauptet oder berechnet wird, oft Humbug

sein kann, darüber reden wir in diesem "CoronaUpdate".



## Kompetenznetz Public Health COVID-19

AG Indirekte Gesundheitsfolgen von Maßnahmen des Infektionsschutzes

# Hintergrundpapier: Indirekte Gesundheitsfolgen der aktuellen Maßnahmen zum Infektionsschutz in Deutschland

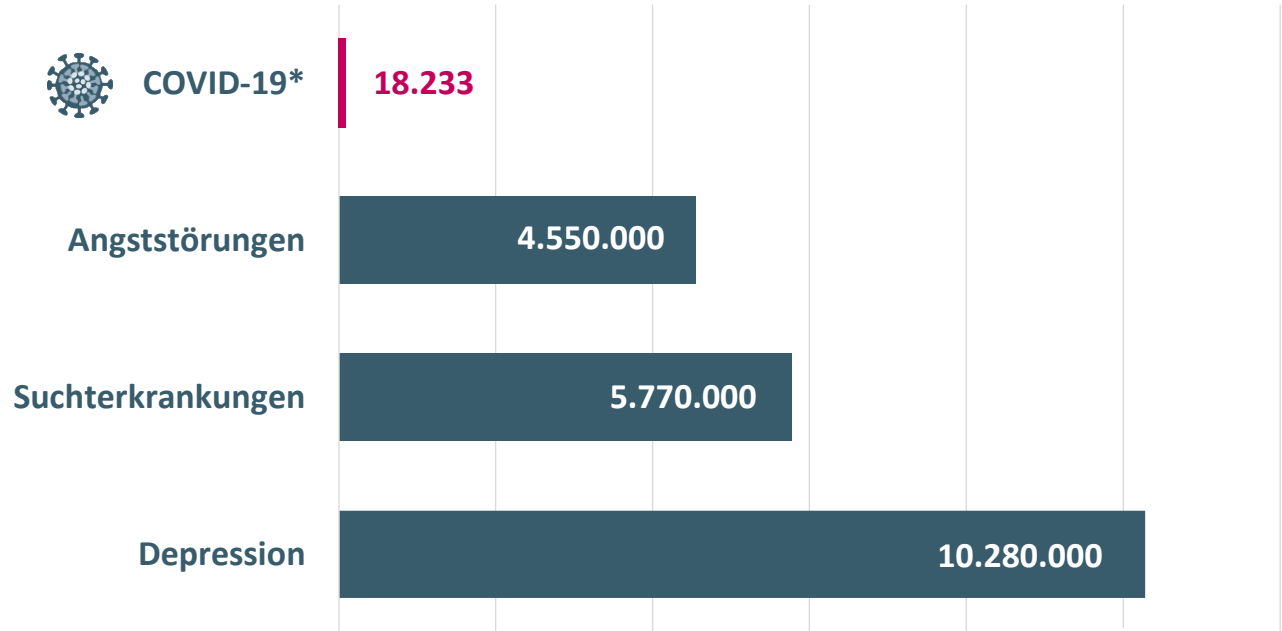
Ökonomie, psychosoziale Belastung und Umwelt

## Zusammenfassung

Indirekte gesundheitliche Wirkungen von Maßnahmen zum Infektionsschutz können entstehen, wenn sich in der Folge soziale und wirtschaftliche Rahmenbedingungen so verändern, dass gesundheitliche Risiken wie Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen, eingeschränkte medizinische Versorgung und Bildung, soziale Ungleichheit und Umweltbelastungen mittel- und langfristig zunehmen. Um hier frühzeitig und parallel zu den derzeit akuten Reaktionen auf die COVID-19 Pandemie gegensteuern zu können, ist eine Einschätzung möglicher indirekter Folgen auf Basis verfügbaren Wissens hilfreich. Eine methodische Grundlage zur Bewertung liefert die Gesundheitsfolgenabschätzung, die relevante Bereiche von indirekten Gesundheitswirkungen politischer Maßnahmen benennt. In diesem Bericht wird der Stand der Forschung zu indirekten gesundheitlichen Wirkungen umrissen und es werden mögliche Problembereiche definiert. Eine genauere Betrachtung folgt in thematischen Einzelberichten. Dort werden dann auch Ansätze für Gegenmaßnahmen zur Vermeidung indirekter gesundheitlicher Folgen vorgestellt.



# Häufige psychische Erkrankungen: 16 Mio. Betroffene



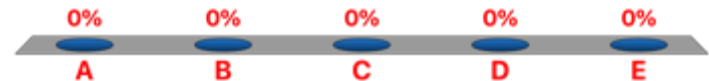
Quelle: Zi, Behandlungen im Jahr 2018 // \*Quelle: JHU am 13.05.2020 um 7:32 Uhr





- A. ca. 20.000 mehr
- B. ca. 20.000 weniger
- C. ca. gleich viel
- D. ca. 10.000 mehr
- E. ca. 10.000 weniger

## Menschen verstorben?

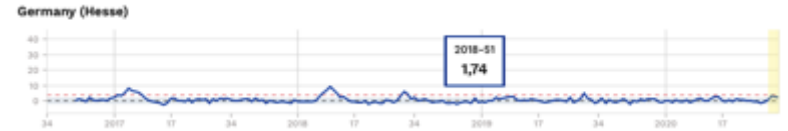
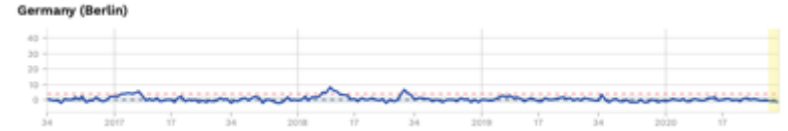
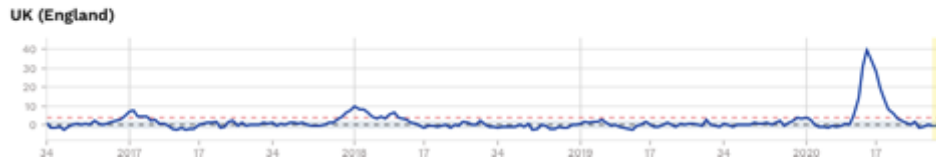
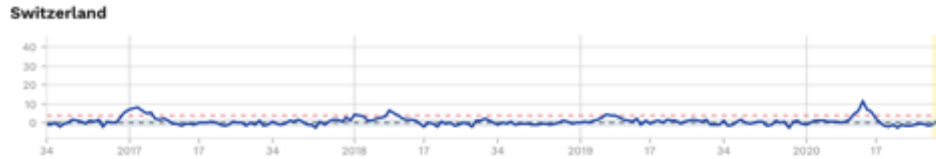
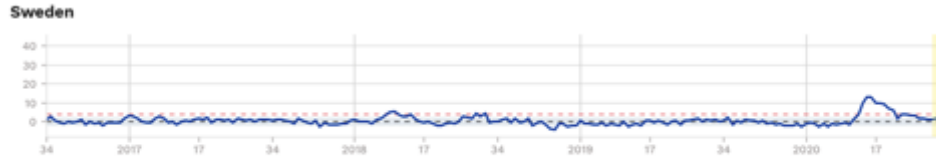




- A. 10%
- B. 5 %
- C. 1%
- D. 5‰
- E. 2‰
- F. 1‰

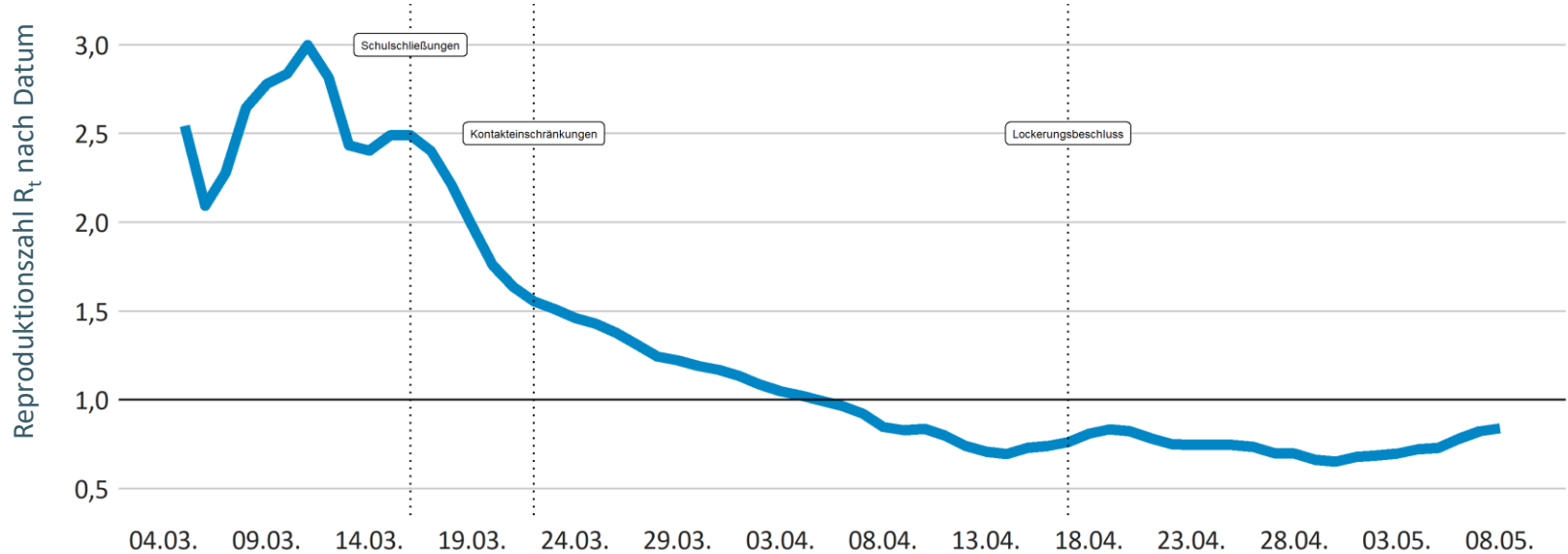








## Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in Deutschland

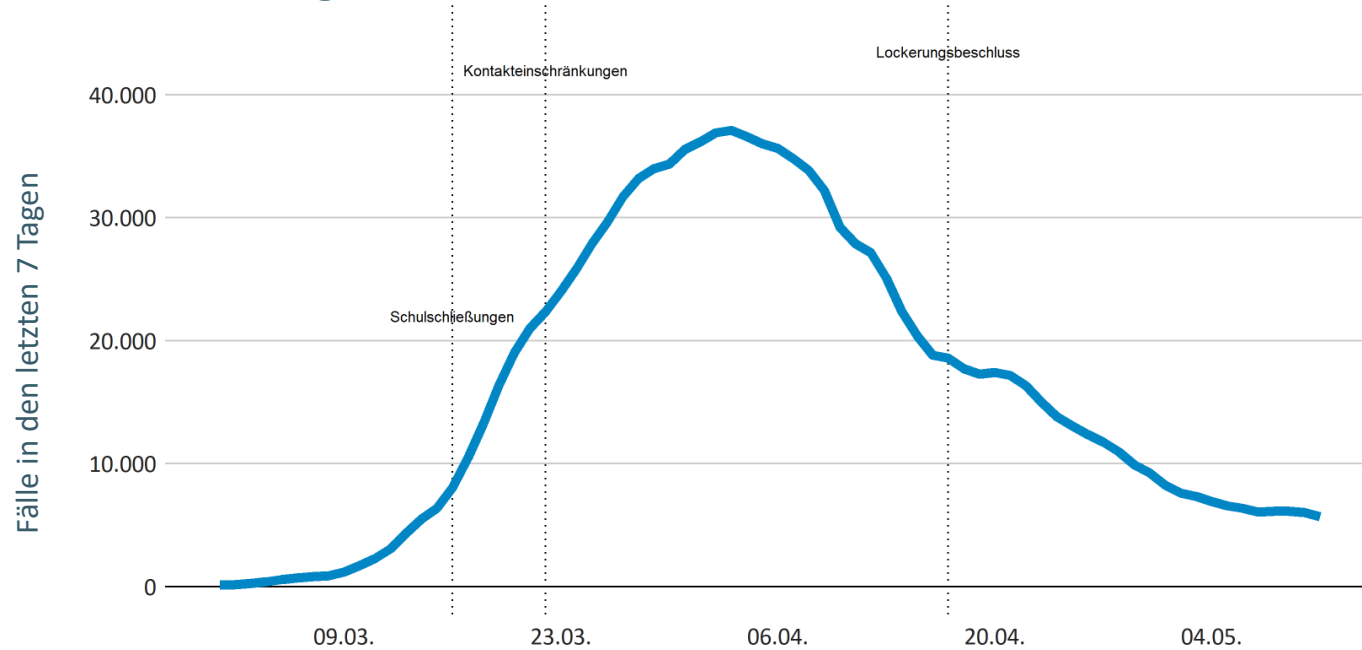


Quelle: Darstellung des Zi auf Basis von Daten des RKI, Stand 12.05.2020





## Entwicklung der Neuinfektionen



Quelle: Darstellung des Zi auf Basis von Daten des RKI, Stand 12.05.2020



## Die Coronavirus-Kurven im Vergleich – live

So entwickeln sich die täglichen Fallzahlen von COVID-19 in den Berliner Bezirken, den deutschen Bundesländern und in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern.

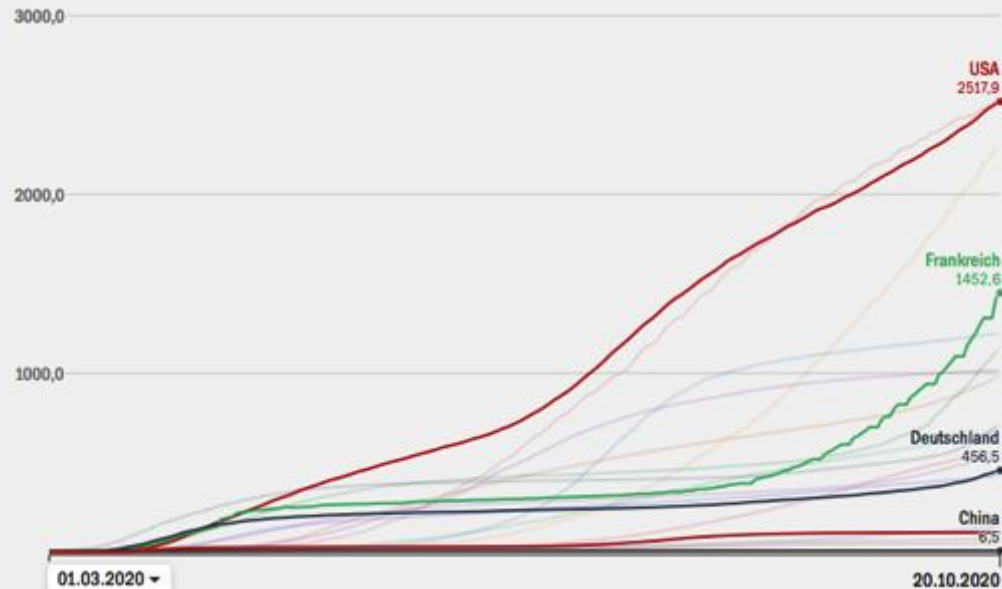
Anzahl der Fälle  pro 100.000 Einw.

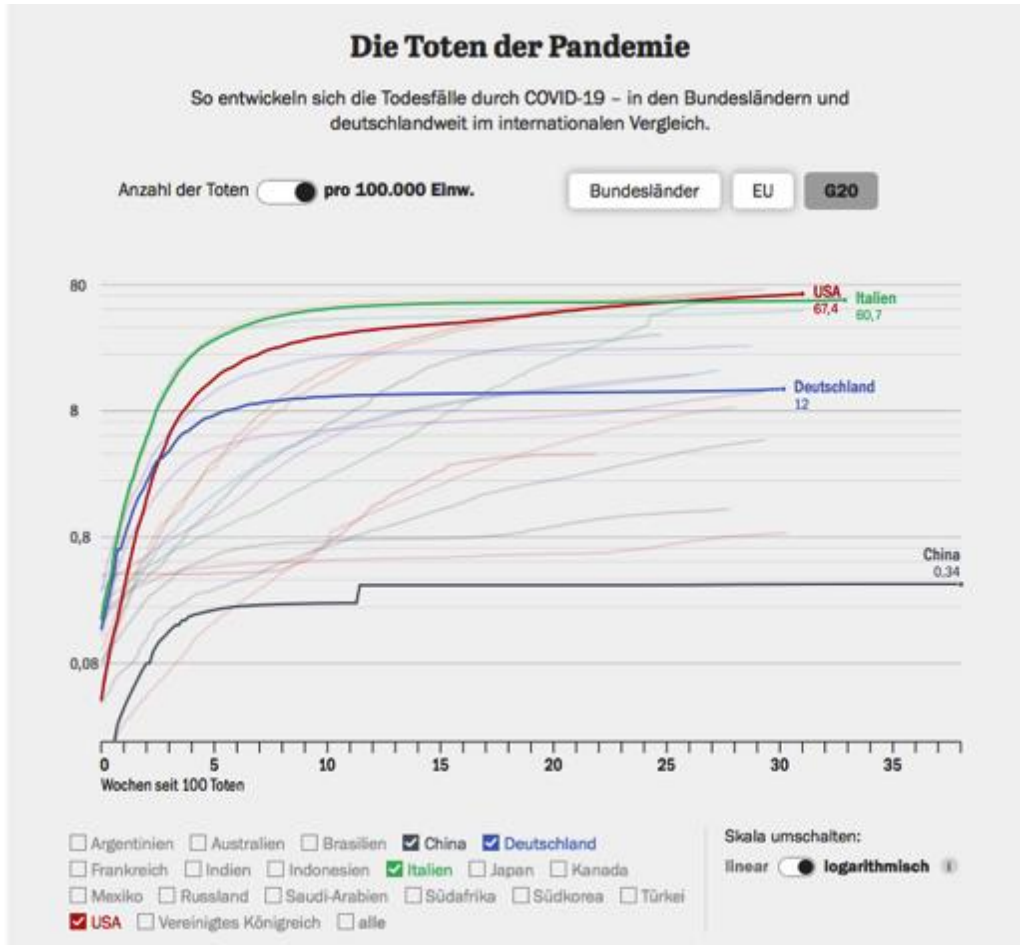
Bezirke

Bundesländer

EU

G20





## Die Toten der Pandemie

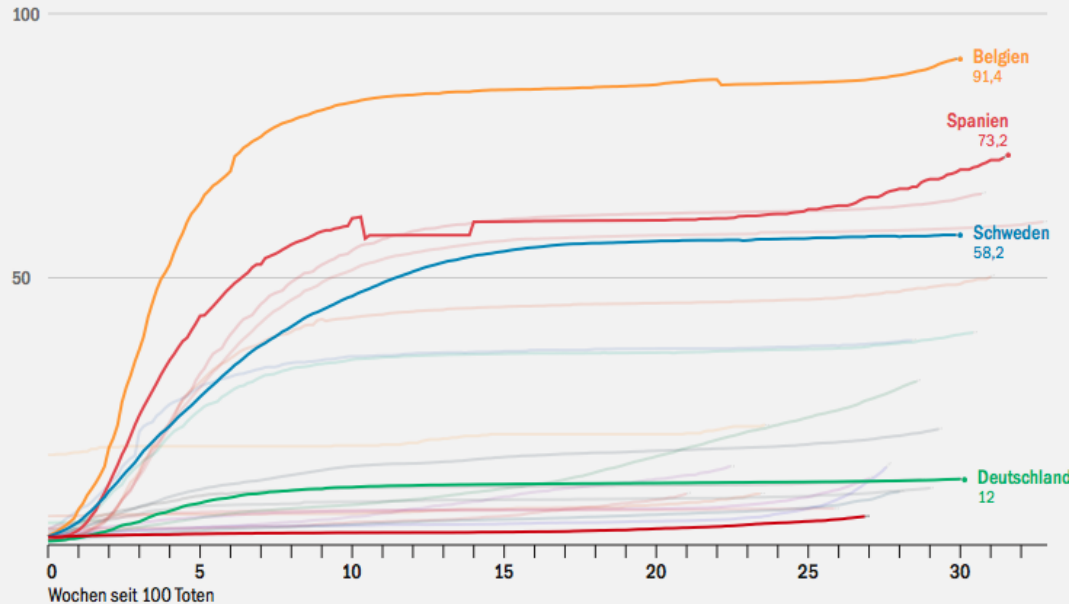
So entwickeln sich die Todesfälle durch COVID-19 – in den Bundesländern und deutschlandweit im internationalen Vergleich.

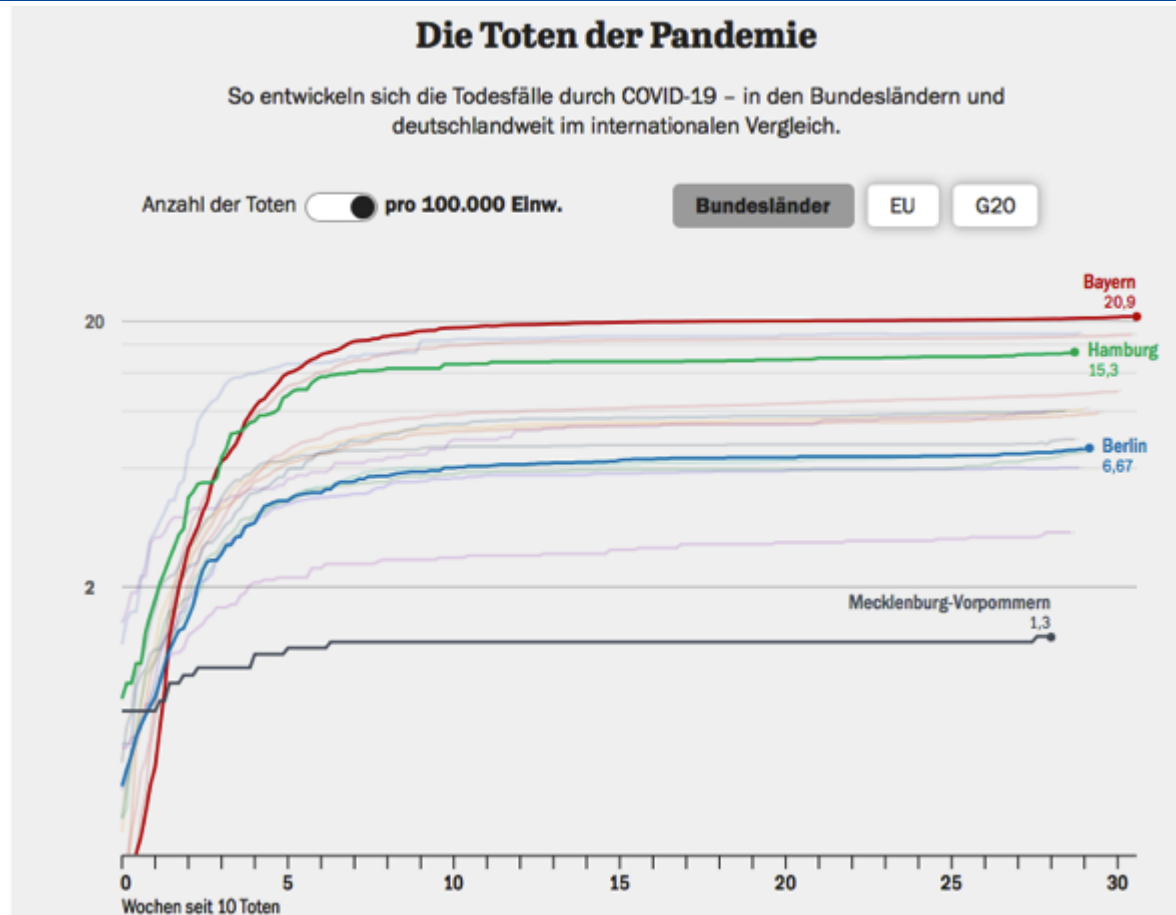
Anzahl der Toten  pro 100.000 Einw.

Bundesländer

EU

G20





# Schweden meldet mehr als 4000 Corona-Todesfälle

25  
MAI  
2020

Twittern

0  
Gefällt mir

0  
Weiterempfehlen



AFP / Jonathan NACKSTRAND



*Der schwedische Chef-Virologe Anders Tegnell*

Die Zahl der Corona-Todesfälle in Schweden ist auf 4029 gestiegen. Das meldeten die schwedischen Gesundheitsbehörden am Montag. Das nordeuropäische Land, das zuletzt durch weniger strikte Maßnahmen gegen das neue Coronavirus auf sich aufmerksam machte, verzeichnet mittlerweile eine wesentlich höhere Sterberate als seine skandinavischen Nachbarländer. Der Website Worldometer zufolge zählt Schweden aktuell 399 Corona-Todesfälle pro eine Million Einwohner. In Norwegen sind es 43 Tote pro eine Million, in

Dänemark 97, in Finnland 56. Das Land mit seinen 10,3 Millionen Einwohnern liegt aber immer noch hinter anderen europäischen Ländern wie Frankreich mit 435 Todesfällen pro eine Million Einwohner, Großbritannien und Italien mit jeweils 542 oder Spanien mit 615 Toten pro eine Million Einwohner.

Der schwedische Chef-Virologe Anders Tegnell betonte, beim Vergleich von Sterberaten sei Vorsicht geboten. "In Schweden wird jeder, bei dem Covid-19 nachgewiesen wurde und der im Laufe von 30 Tagen stirbt, als Covid-19-Toter gezählt, unabhängig von der Todesursache", sagte Tegnell der Nachrichtenagentur AFP.

Der schwedischen Regierung war zuletzt vorgeworfen worden, durch den Verzicht auf konsequente Maßnahmen mit dem Leben ihrer Bürger zu spielen. Die schwedischen Gesundheitsbehörden hatten darauf beharrt, ihr Vorgehen sei langfristig nachhaltig und drastische kurzfristige Maßnahmen nicht effektiv genug, um deren Auswirkungen auf die Gesellschaft zu rechtfertigen. Insgesamt wurden in Schweden bislang nach offiziellen Angaben 33.843 Coronavirus-Infektionen registriert.

ZURÜCK

ZURÜCK ZUR  
ÜBERSICHT

NÄCHSTE



## In Schweden sinken die Corona-Zahlen: 50-Personen-Grenze soll bald fallen

- In Schweden sinkt die Zahl der Corona-Neuinfizierten, -Toten und -Intensivpatienten.
- Am 1. Oktober soll deshalb die Personengrenze für öffentliche Veranstaltungen deutlich erhöht werden.
- Die Lockerung betrifft unter anderem Theater, Kinos und Sportveranstaltungen.



André Anwar | 23.08.2020, 8:29 Uhr

### Schweden in der Kritik: Vergleichsweise hohe Corona-Todesrate

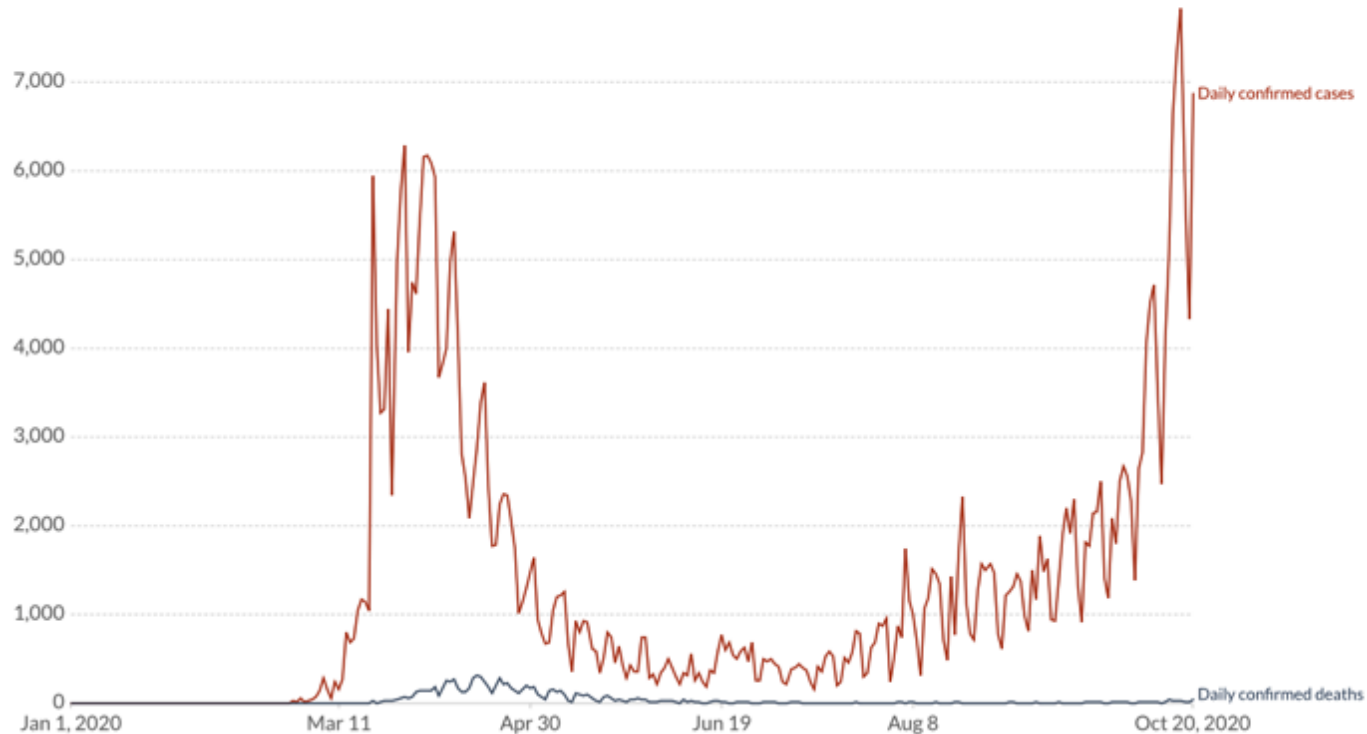
Schwedens Sonderweg wurde kritisiert, weil im Verhältnis zur Bevölkerung deutlich mehr Menschen gestorben sind als in den Nachbarländern und in Deutschland. Allerdings seien in einigen Ländern mit hartem Lockdown noch mehr Menschen gestorben, gibt Tegnell zu bedenken. Seine Strategie zur Corona-Eindämmung habe damit nichts zu tun. "Ein großer Anteil der Verstorbenen in Schweden, rund die Hälfte, lebte in speziellen Altenheimen, wo die Ältesten und Schwerkranken leben. Insgesamt sind dort rund 70.000 Menschen untergebracht", sagt Tegnell. Einige Altenheime hätten für die Pandemie leider keine Bereitschaft und nicht das nötige Wissen, um die Ausbreitung zu verhindern.

## Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Germany

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

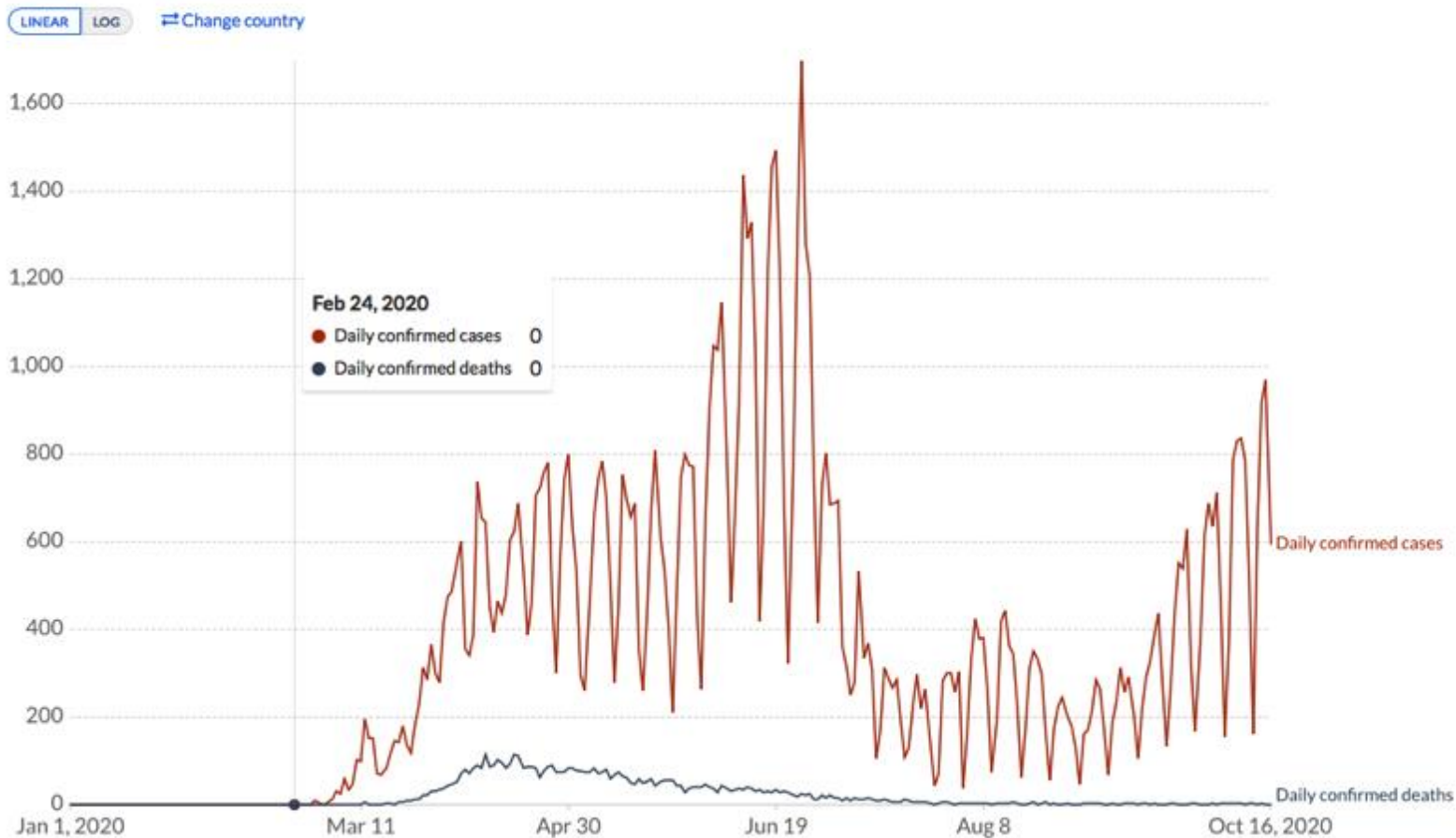


LINEAR LOG Change country

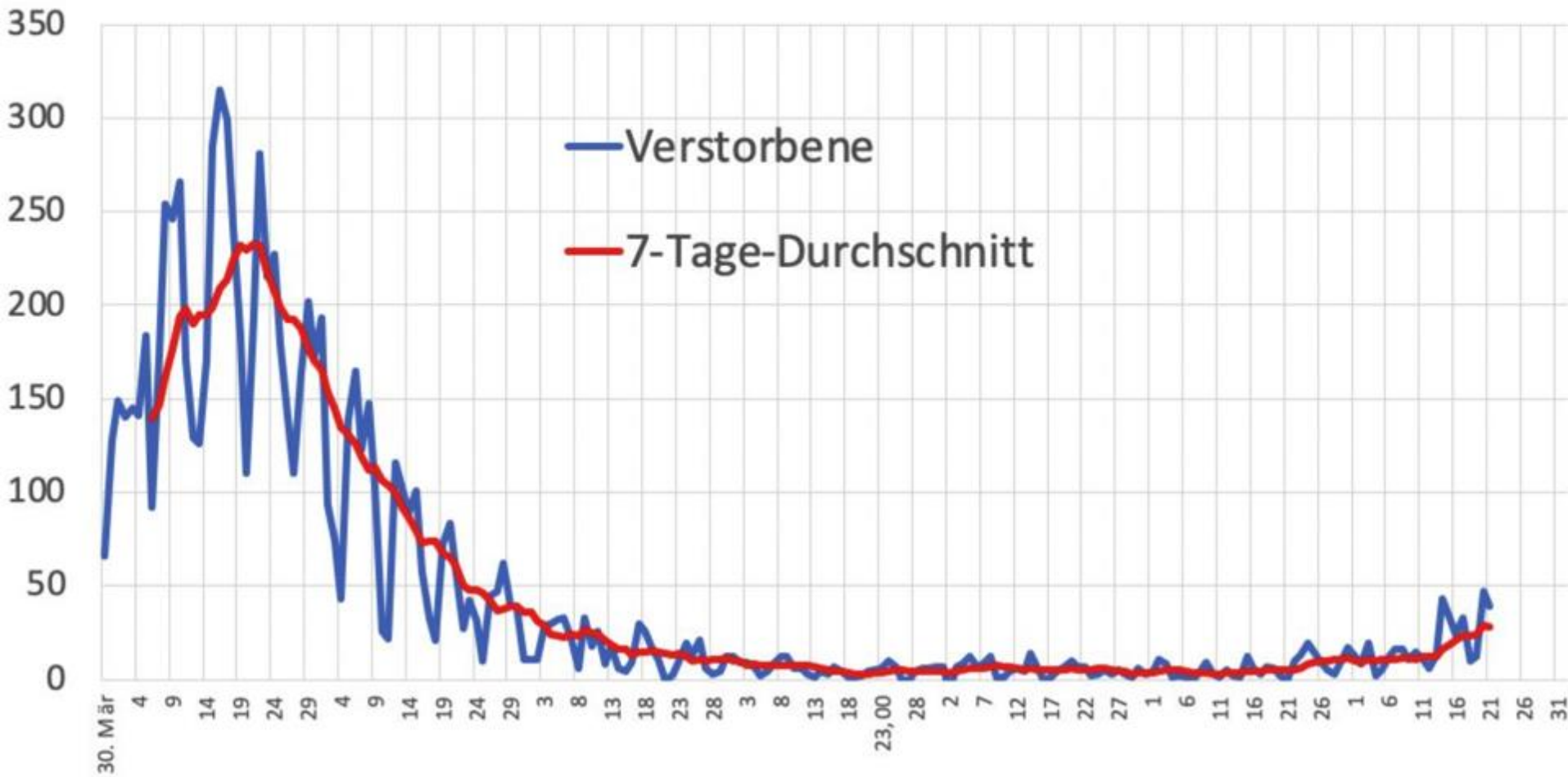


# Daily confirmed COVID-19 cases and deaths, Sweden

The confirmed counts shown here are lower than the total counts. The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



# Todesfälle unter Corona-Infizierten



# Ambulante hausärztliche Versorgung in der Realität

- Praktische Hinweise für den Alltag
- Wie geht`s weiter?



DEGAM > Degam

### DEGAM

Über uns

Mitglied werden

Positionen und Stellungnahmen

Presse

Kongresse & Veranstaltungen

Tage der Allgemeinmedizin

DEGAM Intern

Stiftung

SGAM

Stellenangebote

Links

### SEKTIONEN & AG'S

Forschung

Fortbildung

## Herzlich willkommen

auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Ich freue mich über Ihr Interesse und lade Sie herzlich ein, unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft näher kennen zu lernen. Ob Sie uns hier auf der Website besuchen oder auf einem unserer Kongresse – wir freuen uns über Ihre Anregungen und Vorschläge sowie Ihre aktive Mitarbeit.

Herzlich Ihr

Prof. Dr. med. Martin Scherer, Präsident der DEGAM

## S1-Handlungsempfehlung zum neuen Coronavirus

Bitte beachten Sie unsere **Informationen und Materialien zum neuen Coronavirus** (SARS-CoV-2 / Covid-19):

**S1-Handlungsempfehlung, Patienteninformation, Selbsttest, Häusliche Isolierung**  
(die Dokumente werden im wöchentlichen Rhythmus aktualisiert)

Leitfaden **"Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall"** und **Dokumentation**

Übersetzungen:

Home-Care Handlungsempfehlung: [englisch](#), [persisch](#), [spanisch](#), [französisch](#), [polnisch](#)

<https://www.degam.de>



<https://www.degam.de>

<https://www.hausaerzteverband.de/themen/aktuelle-informationen-zum-thema-corona>

<https://www.ihf-fobi.de/covid-19.html>

# MUSTER-BESCHEINIGUNG FÜR CORONA-RISIKOPATIENTEN

CORONA  
VIRUS

## Praktische Hinweise für den Alltag

Seitdem die Corona-Schutzmaßnahmen schrittweise gelockert werden und in öffentlichen, engen Räumen wie Nahverkehr oder Geschäften Mund-Nasen-Schutz getragen werden soll, stellen Patienten an Hausärzte besonders drei Fragen:

### 1. Mit einer Maske kann ich nur sehr schlecht atmen, ich bekomme Beklemmungen und Angst. Können Sie mir attestieren, dass ich keinen Mund-Nasen-Schutz tragen muss?

Grundsätzlich kann nur das Ordnungsamt eine Befreiung von der Maskenpflicht anordnen. Dafür wird das Amt aber in der Regel ein medizinisches Attest vom Patienten verlangen. Aufgrund gravierender medizinischer Gründe kann eine individuelle Einzelfallausnahme erwogen werden bei

- Erkrankungen mit eingeschränktem Atemwegswiderstand, wie beispielsweise Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, usw.
- Erkrankungen aus dem Bereich Angststörungen, wie z.B. Panikstörungen

Bei den genannten Personen handelt es sich überwiegend um Corona-Risikopatienten oder Menschen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung wahrscheinlich mehr als andere sorgen, sich anzustecken. Daher werden beide Gruppen wahrscheinlich sehr viel mehr von sich aus darauf achten, den nötigen Abstand von 1,5–2 Metern einzuhalten. Dies könnte die „fehlende Maske“ bei der Schutzwirkung wiederum kompensieren.

Nur nach strenger individueller Abwägung des Einzelfalls sollten Hausärzte daher erwägen, dem Patienten ein Attest auszustellen und dies gemäß GOÄ zu berechnen. Dabei sollten sie alternative Schutzlösungen prüfen (z.B. Schutzvisier). Zudem sollten sie versuchen festzustellen, ob sich die Erkrankung wirklich durch das Tragen einer Maske verschlechtert. Es wird geraten, die Bescheinigung individuell anzupassen.

#### Muster-Formulierung fürs Praxisverwaltungssystem (PVS):

*Pat.vorname, Pat.name, geb. am Pat.geburtstag wird von uns hausärztlich betreut. O.g. Patient/in sollte aus medizinischen Gründen von der Pflicht, einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, befreit werden. Es wurden alternative Schutzmaßnahmen besprochen.*

*Hinweis: Das ärztliche Attest/Gutachten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kostenpflichtig nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie erhalten eine Rechnung. Eine kostenfreie Erstellung eines Attestes/Gutachtens dieser Art würde gegen die Berufsordnung §12 und das Wettbewerbsgesetz §4 Abs. 11 verstoßen.*

### 2. Ich gehöre zur Risikogruppe und möchte aber trotzdem arbeiten gehen. Mein Arbeitgeber sagt, dafür brauche ich ein Attest vom Hausarzt.

Hier sollten Hausärzte vorsichtig mit dem Ausstellen einer Bescheinigung sein. Denn hier sollte eine Gefährdungsbeurteilung für den Patienten erfolgen, dafür ist der Arbeitgeber zusammen mit dem Betriebsarzt zuständig.

### 3. Ich gehöre zur Risikogruppe und habe Sorge, mich in der Arbeit/Schule mit Corona anzustecken und dann schwer zu erkranken. Können Sie mir bescheinigen, dass ich nicht zur Arbeit/Schule muss?

Wie bei Frage 2 ist auch hier eine individuelle Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber und Betriebsarzt erforderlich. Manche Landesschulbehörden stellen es Schülern mit erhöhtem Corona-Risiko frei, ob sie am Präsenzunterricht teilnehmen wollen. Hier sollten Hausärzte sich über die in ihrer Region gültige Regelung erkundigen.

Um Risikopatienten zu unterstützen, dass Arbeitgeber einer Gefährdungsbeurteilung nachkommen, können Hausärzte eine „Bescheinigung zu Risikofaktoren“ erwägen. **Muster-Formulierung fürs PVS** (S. 2).

## Bescheinigung zu Risikofaktoren

Nach aktuellem Kenntnisstand ist das Risiko für einen ungünstigen Verlauf einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus (SARS-CoV-2) bei manchen Personen erhöht. Nach Auskunft des Robert Koch-Institutes gelten folgende Vorerkrankungen als Risikofaktoren:

- starkes Übergewicht
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD, Sarkoidose etc.)
- Nikotinabusus
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung (KHK, Herzinsuffizienz)
- Diabetes mellitus
- aktuelle Krebserkrankungen
- geschwächtes Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können)
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankung

Des Weiteren ist das Risiko für einen ungünstigen Verlauf bei Männern und bei Menschen mit höherem Lebensalter (ab etwa 60 Jahre, Steigerung mit dem Alter) nach derzeitigem Kenntnisstand erhöht. Nach den derzeitigen Erkenntnissen haben Kinder und Schwangere kein Risiko für einen schweren Verlauf.

Bei älteren Menschen mit vorbestehenden Grunderkrankungen ist das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf höher, als wenn nur ein Faktor (Alter oder Grunderkrankung) vorliegt; wenn mehrere Grunderkrankungen vorliegen (Multimorbidität) dürfte das Risiko höher sein als bei nur einer Grunderkrankung. Welche Kombination von Risikofaktoren mit weiteren (Lebens-)Umständen ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 darstellen, ist noch nicht hinreichend bekannt. (Quelle: Robert Koch Institut, Stand 24.4.20)

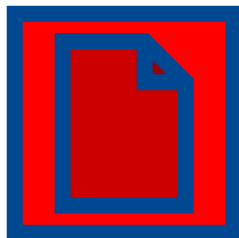
Pat.vorname, Pat.name; geb. am Pat.geburtsdatum wird von uns hausärztlich betreut.

Nach unserer Kenntnis liegen bei o.g. Person eine/mehrere Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 vor. Somit empfiehlt das Robert Koch-Institut, engen Kontakt unter 1,5m zu anderen Menschen zu meiden. Dies gilt auch für die berufliche Tätigkeit, Arbeitsplätze sollten daher so gestaltet werden, dass Arbeitnehmer möglichst keiner Gefährdung ausgesetzt sind.

Wir bitten, anhand der Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes nach Arbeitsschutzgesetz eine Einschätzung zu treffen, ob o.g. am Arbeitsplatz einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt ist. Sollte dies der Fall sein, sind bei vulnerablen Personen zusätzliche individuelle Schutzmaßnahmen, ggf. auch Freistellung/ Home Office zu erwägen, ggf. in Absprache mit dem Betriebsarzt.

Hinweis: Das ärztliche Attest/Gutachten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kostenpflichtig nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie erhalten eine Rechnung. Eine kostenfreie Erstellung eines Attestes/Gutachtens dieser Art würde gegen die Berufsordnung §12 und das Wettbewerbsgesetz §4 Abs. 11 verstoßen.

CORONA  
VIRUS

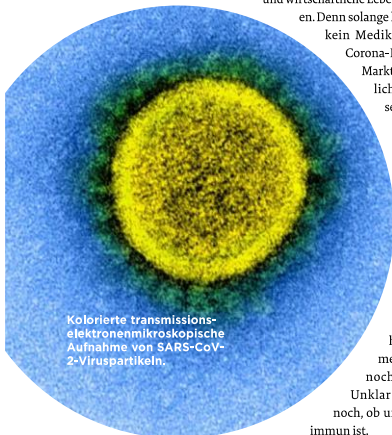




# Corona-Antikörpertests – Nutzen und Risiken

Seit einigen Wochen gibt es Antikörpertests gegen das Corona-Virus (SARS-CoV-2), die Immunität nach durchgemachter Corona-Infektion und damit auch die Durchseuchung der Bevölkerung anzeigen sollen. Was ist von diesen Tests zu halten, soll man sie einsetzen, und wie sind ihre Ergebnisse zu interpretieren?

2 Alfred Haug



Kolorierte transmissions-  
elektronenmikroskopische  
Aufnahme von SARS-CoV-  
2-Viruspartikeln.

**H** ohne Erwartungen an Corona-Antikörpertests haben nicht nur die Menschen, die wissen wollen, ob sie ihre Großeltern im Pflegeheim endlich wieder besuchen dürfen, und Mediziner und Pflegekräfte in ihrem täglichen Kampf gegen die Infektion. Auch Politik und Wirtschaft erhoffen sich von ihnen die notwendigen epidemiologischen Daten, die ihnen erlauben, das soziale und wirtschaftliche Leben wieder aufzutauen. Denn solange kein Impfstoff und kein Medikament gegen die

Corona-Pandemie auf dem Markt ist, kann bekanntlich nur eine Durchseuchung der Bevölkerung (geschätzt bei 60-70 Prozent) das Infektionsgeschehen stoppen.

Aktuell sind Antikörpertests in Bezug auf das neue Coronavirus aber noch mit viel Unsicherheit behaftet. So sind die meisten Schnelltests noch nicht validiert. Unklar ist bislang auch noch, ob und wie lange man immun ist.

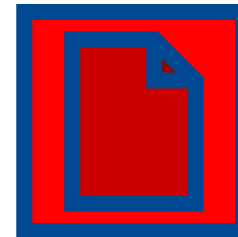
## Finger weg von den Corona-Antikörper-Selbsttests

Antikörpertests dienen bekanntlich nicht der Frühdiagnose der Corona-Infektion; hier ist der sehr zuverlässige PCR-Test Standard. Da sich SARS-CoV-2-Antikörper erst ca. 14 Tage nach Krankheitsbeginn deutlich ausgebildet haben, würde ein früherer Einsatz eines Antikörpertests hochwahrscheinlich ein falsch-negatives Ergebnis produzieren. Der Antikörpertest sagt auch nichts über eine eventuell noch bestehende Infektiosität des Patienten aus.

Im Internet werden für Patienten Corona-Antikörper-Schnelltests teilweise aus dubiosen Quellen zur Selbstdurchführung angeboten. Dafür wird üblicherweise Kapillarblut auf eine Testkassette gegeben; diese zeigt ähnlich wie bei einem Schwangerschaftstest dann gegebenenfalls eine Farbmarkierung an.

Diese Tests haben derzeit keine Expertise, ihre Ergebnisse sind sehr unsicher. Manche Tests schlagen auch auf Antikörper anderer harmloserer Coronaviren an. Gerade zum jetzigen Zeitpunkt – direkt nach der Erkältungssaison – ist daher mit häufigen Kreuzreaktionen zu rechnen.

Falsch negative und vor allem falsch positive Ergebnisse kommen häufig vor. Ein falsch positiver Schnelltest wird viele Menschen dazu verleiten, die notwendigen Schutzmaßnahmen nicht mehr zu praktizieren und damit sich selbst und andere zu gefährden. Raten Sie daher ihren Patienten unbedingt von diesen Tests in Eigenregie ab.



## Stellungnahme

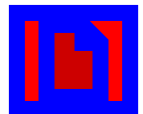
Deutsches Netzwerk Evidenz-  
basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk)

Berlin, den 20.08.2020



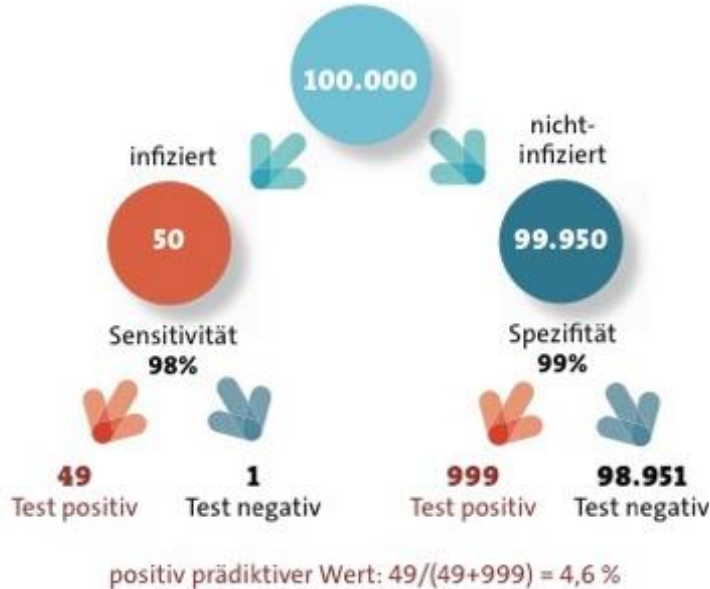
---

## Risikokommunikation zu COVID-19 in den Medien



## ABB. 2: LABORBEDINGUNGEN

Wahrscheinlichkeit einer SARS-COV-2-Infektion bei positivem Testergebnis und niedriger Prävalenz



## Anlassloses Testen auf SARS-Cov-2

Für Personen, bei denen kein begründeter Verdacht auf eine Infektion vorliegt, ist die Aussagekraft eines einzelnen positiven Testergebnisses verschwindend gering.

DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES NETZWERKS FÜR EVIDENZBASIERTE MEDIZIN  
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

Vielleicht hätten einige Entscheidungsträger Tedros Adhanom Ghebreyesus weiter zuhören sollen – der Satz ging weiter „Test, test, test. Test every suspected case ...“ ■

Der übliche Schwangerschaftstest hat eine „Genauigkeit“ von 99%, d.h. wenn er positiv ist, besteht zu 99% eine Schwangerschaft = Spezifität\*

**In 1% ist er falsch positiv** (Erhöhung des hCG-Spiegel anderer Ursache, Medikamente, wie z.B. Antidepressiva, u.a.)

- Wenn Sie diesen Test jetzt bei einer **25-Jährigen machen, deren Regel ausgeblieben** ist und er ist **positiv** (hohe Vortestwahrscheinlichkeit), dann ist sie mit großer Sicherheit **wirklich schwanger**

\* Die Sensitivität, also trotz negativem Test schwanger, ist niedriger

Der übliche Schwangerschaftstest hat eine „Genauigkeit“ von 99%, d.h. wenn er positiv ist, besteht zu 99% eine Schwangerschaft = Spezifität  
**In 1% ist er falsch positiv** (Erhöhung des hCG-Spiegel anderer Ursache, Medikamente, wie z.B. Antidepressiva, u.a.)

- Wenn Sie diesen Test jetzt bei einer **55-Jährigen machen, deren Regel ausgeblieben ist und er ist positiv**  
(niedrige Vortestwahrscheinlichkeit),  
dann ist sie wahrscheinlich **nicht schwanger** (= falsch positiv)

Der übliche Schwangerschaftstest hat eine „Genauigkeit“ von 99%, d.h. wenn er positiv ist, besteht zu 99% eine Schwangerschaft = Spezifität  
**In 1% ist er falsch positiv** (Erhöhung des hCG-Spiegel anderer Ursache, Medikamente, wie z.B. Antidepressiva, u.a.)

- Wenn Sie diesen Test jetzt bei einer 80-jährigen Frau **machen**  
(Vortestwahrscheinlichkeit 0),  
**dann ist jeder positive Test falsch positiv**

## Auf die Viruslast kommt es an

In seltener Eintracht teilten kürzlich Virologe **Hendrik Streeck** und SPD-Gesundheitsexperte **Karl Lauterbach** einen Artikel der "**New York Times**". Darin geht es darum, dass in den USA sehr viele Menschen positiv getestet werden, obwohl sie wahrscheinlich gar nicht ansteckend sind. Denn beim Standard-PCR-Test gibt's grundsätzlich nur zwei mögliche Ergebnisse: Ja oder Nein. Anders ausgedrückt: Der Test ist eigentlich nur dazu da, das Virus nachzuweisen. Ein positiver Befund sagt nichts darüber aus, ob ein Patient krank ist, war oder wird. Und man weiß auch nicht, ob er ansteckend ist.

Institut (RKI) hat als **Orientierungshilfe für Ärzte** "nach bisherigen Erfahrungen" einen Wert größer als 30 als Kriterium bestimmt, bei dem Patienten aus der Isolierung entlassen werden können. Begründet wird dies damit, dass eine entsprechende Menge Viren nicht ausreicht, um sie im Labor zu vermehren.

Die "New York Times" schreibt, die meisten PCR-Tests lieferten ein positives Ergebnis bereits bei einem Ct-Wert unter 40. Das entspricht einem Artikel der "**Pharmazeutischen Zeitung**" nach der auch in Deutschland gängigen Praxis. Aber "jeder Test mit einer Zyklusschwelle über 35 ist zu empfindlich", sagte Juliet Morrison, Virologin an der Universität von Kalifornien, der "New York Times". Ein vernünftiger Grenzwert läge zwischen 30 und 35. Ihr Kollege Michael Mina ist für den Ct-Wert, den das RKI empfiehlt.

## **Dramatische Auswirkungen**

Ein gesenkter Grenzwert hätte auf die registrierte Zahl der Infektionen dramatische Auswirkungen. So seien in einem New Yorker Labor im Juli 794 Tests positiv ausgefallen, von denen bei einem auf 35 gesenkten Ct-Wert die Hälfte weggefallen wäre, schreibt die "New York Times". Bei einem Schwellenwert von 30 hätten die Tests sogar nur noch bei 30 Prozent angeschlossen. In Massachusetts wären bei diesem Wert 85 bis 90 Prozent



- Definition/Häufigkeit?
- Nur Protrahierter Verlauf?
- Chronischer Verlauf mit Organschäden?
- „Spätschäden“?
- Altersverteilung?
- Vorerkrankungen?
- Komorbiditäten?
- Psychosomatisch?
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Nach Intensivbehandlung?
- ....

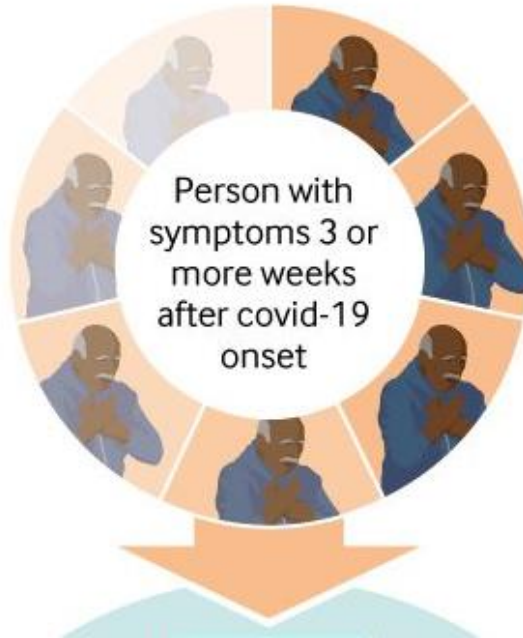
# Wieviele Patienten haben Sie, die sich nach COVID schlecht erholen?

- A. Habe keine COVID-Patienten
- B. > 10%
- C. Keine
- D. Habe mindestens einen  
"chronischen" Verlauf



## “Long covid” in primary care

Assessment and initial management of patients with continuing symptoms

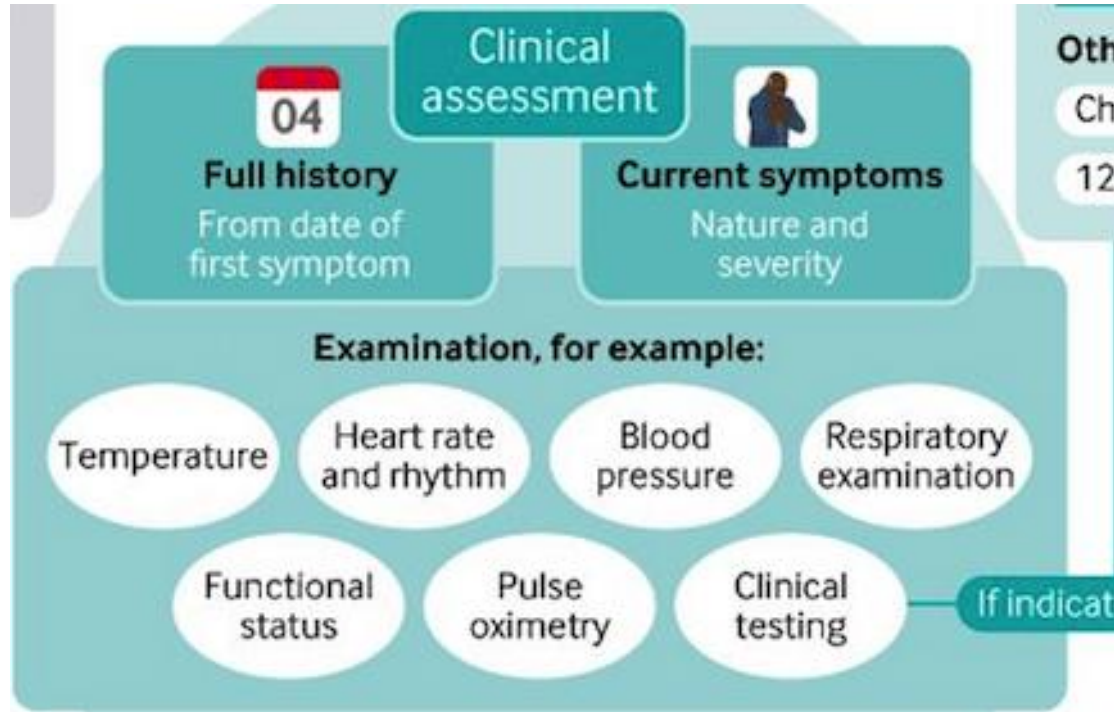


### Investigations

Clinical testing is not always needed, but can help to pinpoint causes of continuing symptoms, and to exclude conditions like pulmonary embolism or myocarditis. Examples are provided below:

#### Blood tests

- Full blood count
- Electrolytes
- Liver and renal function
- Troponin
- C reactive protein
- Creatine kinase
- D-dimer
- Brain natriuretic peptides
- Ferritin – to assess inflammatory and prothrombotic states





# Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

Stand 14.10.2020

## Wie geht's weiter

Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verbindlich.				Empfehlung Test-Typ					
				PCR-Test	Antigentest <sup>2</sup>	Frequenz	Kosten-Regelung	Priorisierung	
<p><b>Grundsätzlich gilt:</b></p> <p>1) Erweiterte Basishygiene</p> <p>2) Symptom-Monitoring</p> <p>3) Gemäß Vorschriften Bund/Länder: Abstand halten, Hygieneregeln einhalten, Alltagsmaske tragen, Lüften (AHA+L)</p>	Symptomatische Personen <sup>1</sup>	Allgemeinbevölkerung (exponiert)	Kontaktpersonen: Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall (z.B. gleicher Haushalt, 15-minütiger Kontakt, sowie über Corona-Warn-App)	■	■ <sup>3</sup>	●	K	1	
			Bei Ausbruch: Personen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§ 23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG, z.B. Arztpraxen, Kitas, Schulen, Asylbewerberheime	■	■ <sup>4,5</sup>	●	RVO	2	
	Asymptomatische Personen	Krankenhäuser/ Pflege/ Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	Patienten/ Bewohner/ Betreute	(Wieder-)Aufnahme sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse	■	■ <sup>3</sup>	●	RVO, K (KHG)	3
				bei Ausbruch	■	■ <sup>4,5</sup>	●	RVO	2
			ohne COVID-19 Fall		■	■ <sup>6</sup>	↻	RVO	5
			Personal	bei Ausbruch	■	■ <sup>4,5</sup>	●	RVO	2
		ohne COVID-19 Fall		■	■ <sup>6</sup>	↻	RVO	4	
		Besucher	vor Besuch der Einrichtung		■	■ <sup>7</sup>	↻	RVO	5
			(Zahn-)Arztpraxen, weitere Praxen <sup>8</sup>	Personal	bei Ausbruch	■	■ <sup>4,5</sup>	●	RVO
		ohne COVID-19 Fall			■	■ <sup>5,6</sup>	↻	RVO	4
Einreisende aus Risikogebiet (gemäß Musterquarantäneverordnung/Testpflichtverordnung)				■	■	●	RVO	5	

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Empfohlen</li> <li>■ Möglich</li> <li>■ Möglich bei begrenzter PCR-Kapazität</li> <li>● Akut (Wiederholung, bis zu einmal pro Person)</li> <li>↻ Regelmäßig, abhängig von Testkonzept der Einrichtung/Unternehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Differenzialdiagnostische Aspekte berücksichtigen (z.B. Influenza)</li> <li>2) Bei positivem Antigen-Testergebnis Bestätigung durch PCR</li> <li>3) Falls schnelles Resultat notwendig</li> <li>4) Ggf. zur Kohorten-Isolierung</li> <li>5) Z.B. auch labor-basierte Antigen-Test zur Entlastung von PCR-Kapazitäten</li> <li>6) Empfehlung für Reihentestungen: Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsbehörde, 7-Tage-Inzidenz &gt;50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7) Empfohlen bei 7-Tage-Inzidenz &gt;50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen</li> <li>8) Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe nach §23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 9 IfSG</li> </ul> <p>K = Krankenbehandlung KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz RVO = Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2</p>
---	--	--

- **Was genau ist im Moment das Ziel der Maßnahmen?**

- "flatten the curve"?
- wenn woran messen?
- niedrige Excess-Mortalität?
- wie niedrig?
- Nur auf die Infektionszahlen schauen?
- Niedrige Positivraten?
- wie niedrig?
- Dunkelziffer?

- **Was bedeutet positiv getestet?**

- Infektiös?
- wie stark?
- Gesund oder krank?
- wie ausgeprägt wird der Krankheitsverlauf?

## Wie geht's weiter

„EvidenzUpdate“-Podcast

# Virologe und Hausarzt: „Wir brauchen Vertrauen und Verständnis!“

Die Politik streitet über Beherbergungsverbote und die neue Teststrategie. Doch wie kommen wir gut durch den Corona-Winter? Interdisziplinär, meinen der Virologe Schmidt-Chanasit und DEGAM-Präsident Scherer – und liefern gleich einige Evidenzchecks.

Von Prof. Dr. med. Martin Scherer und Prof. Dr. med. Jona  
Veröffentlicht: 13.10.2020, 12:46 Uhr





Guter Mittelweg aus maximaler Infektionsprävention und möglichst geringer Einschränkung der persönlichen Freiheitsgrade

- Und sie beschäftigen sich mit zwei rezenten Studien: einer Modellierung zur Auswirkung von Lockdown-Maßnahmen und einer klinischen Studie zu Point-of-Care-PCR-Tests. Auch die neuen Antigen-Schnelltests nehmen sie kritisch unter die Lupe.

## Scherer:

Der Antigen-Schnelltest identifiziert infektiöse Patienten. Er müsste dann denjenigen Patienten vorbehalten bleiben, die symptomatisch sind.

Für das Screening asymptomatischer Patienten weist er Nachteile gegenüber dem Labor-PCR-Verfahren auf.

Patienten mit noch niedriger Viruslast aber steigender Tendenz könnten im Schnelltest falsch negativ klassifiziert werden.

Dass ein symptomatischer COVID-Patient im Schnelltest negativ erscheint, ist hingegen äußerst unwahrscheinlich.

## Schmidt-Chanasit:

Als Virologe würde ich dafür plädieren das gesamte gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben lahm zu legen, dann würde das Infektionsgeschehen buchstäblich zusammenbrechen. Ohne Kontakte hat das Virus keine Chance, einen Wirt zu finden. Aber was passiert dann mit uns, wirtschaftlich, kulturell, sozial?

## Streck:

Nur auf die Intensivbetten zu schauen ist zu spät. Nur auf die Infektionszahlen zu wenig

Wenn öffentliche Veranstaltungen gute Hygienekonzepte verfolgten, solle man sie auch stattfinden lassen. "Wir können nicht auf einen Pausenknopf des Lebens drücken und glauben, das Virus sei dann vorbei."

Er warnt vor dem Irrglauben, man könne das Virus irgendwie besiegen. Dies werde nicht einmal durch den härtesten Lockdown gelingen. Nach der zweiten werde es auch eine dritte und vierte Infektionswelle geben. "Wir sind in einer Dauerwelle. Wir müssen uns damit abfinden, das Virus wird normaler Teil unseres Lebens werden." Selbst mit Impfstoffen sei es der Menschheit erst ein einziges Mal (bei Pocken) gelungen, ein Virus auszurotten.

## **Schrappe et al:**

... letztlich aber der Erfolg der Prävention nur durch Zielgruppenorientierte Maßnahmen erreicht werden kann, die vor allem den Schutz von verletzlichen Personengruppen zum Ziel haben

... die Präventionsmaßnahmen nicht auf Kosten von Humanität und Würde der Person gehen dürfen,



John P.A. Ioannidis

Departments of Medicine, of Epidemiology and Population Health, of Biomedical Data Science, and of Statistics, and Meta-Research Innovation Center at Stanford (METRICS), Stanford University, Stanford, CA, USA

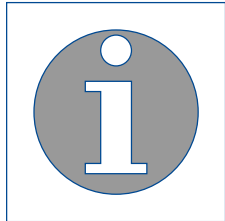
## Ioannidis:

Infektions/Sterberate (IFR): *"Global infection fatality rate is 0.15-0.20% (0.03-0.04% in those <70 years), with large variability across locations with different age-structure, institutionalization rates, socioeconomic inequalities, population-level clinical risk profile, public health measures, and health care."*



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

<https://www.zi.de>



## 14-Tage Inzidenz von gemeldeten Infektionen und Todesfällen

Stand 20.10.2020, 11:25 Uhr

Country	Cases per 100,000 population	Deaths per 100,000 population	Ratio Deaths/Cases in %
Czechia	905	7,1	0,783%
Belgium	783	3,1	0,393%
Netherlands	553	1,8	0,322%
France	427	2,0	0,464%
United Kingdom	339	2,0	0,603%
Switzerland	320	0,6	0,187%
Luxembourg	320	1,0	0,306%
Spain	318	3,2	1,011%
Slovakia	316	0,7	0,215%
Poland	214	2,5	1,174%
Austria	189	1,1	0,604%
Hungary	168	3,7	2,173%
Italy	159	1,0	0,641%
Denmark	100	0,5	0,472%
<b>Germany</b>	<b>84</b>	<b>0,4</b>	<b>0,416%</b>
Sweden	69	0,2	0,291%
Greece	53	1,0	1,819%
Finland	52	0,1	0,174%
Norway	38	0,1	0,160%
Estonia	35	0,1	0,226%

Zi auf Basis von Daten des ECDC

<https://ourworldindata.org/grapher/daily-covid-cases-deaths?time=2020-01-01..latest&country=~DEU>

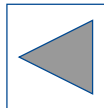
<https://www.ebm-netzwerk.de/de>

<http://matthias.schrappe.com>

### **Ad hoc-Stellungnahme**

Die Autorengruppe ergänzt anlässlich der Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder vom 14.10.2020 ihre vier Thesenpapiere um eine dringliche ad hoc-Stellungnahme

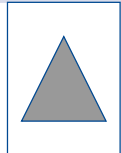
**Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19**  
**- Gleichgewicht und Augenmaß behalten -**



552 | Hessisches Ärzteblatt 10/2020

## **Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen**

*Prof. Dr. med. René Gottschalk, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf*



<https://euromomo.eu>