

# Fuldaer Gesundheitsberichte

Corona-Ausgabe 13



+++ Gesundheitsberichte + Statistik + Hygiene + Gesetze + RKI-kompakt + News + Termine +++

## Alle Jahre wieder...

### *Wiederkehrende Krankheits- und Erkältungssymptome bei Kindern zu Corona-Zeiten*

Eltern und noch mehr die Mitarbeiter in Kindertagesstätten kennen die Situation: Nach den Ferien oder spätestens im Herbst nimmt die Häufigkeit von Krankheits- und Erkältungssymptomen wieder zu. Meist handelt es sich um Erkältungssymptome wie erhöhte Temperatur (selten Fieber), Schnupfen oder Husten von kurzer Dauer; oft nur wenige Stunden bis ein Tag.

Schon vor Corona-Zeiten galt, dass kranke Kinder nicht in Kindergemeinschaftseinrichtungen (Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegestellen oder Schulen) gebracht werden durften. Die Einschätzung des Gesundheitszustands der Kinder obliegt zwar den Eltern, aber die Einrichtung kann die Abholung veranlassen, wenn das Kind krank in die Einrichtung gebracht wird oder während des Besuchs erkrankt.

In Zeiten der Corona-Pandemie kommt solchen Symptomen eine hohe Bedeutung zu: Kinder erkranken an COVID-19 oft nur mit milden Symptomen. Eltern und Kindergemeinschaftseinrichtungen sind verunsichert, wie sie die Symptome einschätzen sollen. Kinderärzte fürchten die Überlastung der medizinischen Versorgung, wenn die große Zahl jährlich wiederkehrender Erkrankungen nun als COVID-19-Verdacht zu handhaben sind. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) hat nun zusammen mit dem Hessischen Kultusministerium (HKM) Hinweise für Eltern und Personal zum [Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen, in Kindertagespflegestellen und in Schulen](#) veröffentlicht.

In den Hinweisen wird betont, dass Symptome bekannter chronischer Erkrankungen, wie z.B. Asthma, genauso wenig ein Ausschlussgrund sind wie ein Schnupfen ohne weitere Krankheitszeichen.

Ausschlusskriterien sind nach HMSI/HKM

- Fieber ab 38,0°C
- Trockener Husten (d.h. ohne Schleim; ein leichter oder gelegentlicher Husten oder Halskratzen reichen nicht aus)
- Störungen des Geschmacks- oder Geruchssinns (nicht als Begleitsymptom von Schnupfen)

Die Entscheidung einen Arzt aufzusuchen, obliegt den Eltern. Wenn kein Arzt aufgesucht wird, muss das Kind mindestens einen Tag fieberfrei und bei gutem Allgemeinzustand sein, bevor es wieder die Gemeinschaftseinrichtung aufsuchen darf.

Wird ein Arzt aufgesucht und der Arzt entscheidet, keinen SARS-CoV-Test durchzuführen oder der SARS-CoV-Test ist negativ, gilt die genannte Vorgabe von einem Tag Fieberfreiheit und einem guten Allgemeinzustand, bevor die Kindergemeinschaftseinrichtung wieder besucht werden darf. Dabei ist zu beachten, dass nach Infektionsschutzgesetz auch andere Erkrankungen ein Betretungsverbot nach sich ziehen. Bei positivem Test darf die Kindergemeinschaftseinrichtung frühestens nach 10 Tagen mit 48 Stunden Fieberfreiheit und gutem Allgemeinzustand wieder besucht werden.

Für die Wiederzulassung zur Kindergemeinschaftseinrichtung sind kein negativer Virusnachweis und kein ärztliches Attest notwendig!

Gesunde Geschwisterkinder, die keinen Quarantäneauflagen durch das Gesundheitsamt unterliegen, können die Kindergemeinschaftseinrichtung weiterhin besuchen. Auch hier gilt zu beachten, dass ebenso andere Erkrankungen ein Betretungsverbot von Familienmitgliedern aufgrund weiterer Vorgaben aus dem Infektionsschutzgesetz nach sich ziehen können.

Die veröffentlichten Hinweise enthalten weitere, detailliertere Informationen und ein Muster für Bescheinigungen zur Wiederzulassung in die Kindertageseinrichtung, Kindertagespflegestelle oder Schule.

Quelle:

HMSI (2020): [Krankheits- und Erkältungssymptome](#). (Abgerufen: 13.08.2020)

## COVID-19 und Kinder

### Zusammenfassung der Informationen des Robert Koch-Instituts

Kindergärten und Schulen stehen kurz vor der Öffnung, ein möglichst normaler Schulbetrieb soll wieder beginnen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit Kinder von COVID-19 betroffen sind und welche Rolle sie in der Übertragung spielen. Im Folgenden werden die Informationen des RKI zusammengefasst:

Die auf PCR-Testung basierende **Prävalenz** als Ausdruck aktiver Krankheitsgeschehen liegt bei Kindern in den meisten Studien niedriger als bei Erwachsenen. In serologischen Studien, welche überstandene Infektionen anhand von Antikörpernachweisen abbilden sollen, zeigt sich kein einheitliches Bild: teils unterscheiden sich die Seroprävalenzen wenig von Erwachsenen, teilweise zeigte sich bei Kindern unter 10 Jahren im Vergleich eine niedrigere Seroprävalenz. Zu beachten ist, dass hier neben der Empfänglichkeit für eine Infektion auch Anzahl und Art der Kontakte eine Rolle spielen. Da die Studien meist während oder im Anschluss an Kontaktbeschränkungen bzw. Lockdown-Situationen durchgeführt wurden, ist die Übertragbarkeit auf den Alltag begrenzt.

Mittels Haushaltskontaktstudien, in denen untersucht wird, wie viele Haushaltsmitglieder ein Indexfall ansteckt, können Rückschlüsse auf die **Empfänglichkeit** für eine SARS-Cov-2-Infektion gezogen werden. Bei Kindern zeigte sich im Vergleich zu Erwachsenen eine geringere Empfänglichkeit. In zwei Studien wurde für Kinder und Erwachsene eine vergleichbare attack rate (Befallsrate; Anteil der wirklich Erkrankten an allen exponierten Empfänglichen) von etwa 7-10% beobachtet.

Die **Infektiosität** im Kindesalter wurde bisher selten untersucht und kann daher nicht abschließend bewertet werden. Die bisherigen Studien zeigen, dass Kinder meist von Erwachsenen infiziert werden; in Haushaltscluster-Untersuchungen wurden aber auch Kinder als Indexfall identifiziert. Da in Haushaltskontaktuntersuchungen nur symptomatische Personen als Indexfall gewertet werden, ist eine Unterschätzung der Eintragung durch Kinder in die Familien denkbar.

Auch bei Kindern können vielfältige **Symptome** vorkommen. Wie bei Erwachsenen zählen Fieber und Husten zu den häufigsten. Magen-Darm-Symptome kommen häufiger vor als bei Erwachsenen, teilweise auch, wenn keine respiratorischen Symptome vorliegen. Der Manifestationsindex (Aufkommen typischer Krankheitssymptome) liegt bei Kindern bei 72–96 %. Die Mehrzahl der Kinder

zeigt nach bisherigen Studien einen eher milden und unspezifischen Krankheitsverlauf. Nur ein kleiner Teil benötigt eine intensivmedizinische Versorgung und wird beatmungspflichtig.

In Deutschland wurden für 26 % der hospitalisierten Kinder und für 50 % aller intensivmedizinisch behandelten Kinder Vorerkrankungen berichtet. Bei den hospitalisierten Kindern sind dabei pulmonale (15 %) und kardiale (8 %) Vorerkrankungen häufiger registriert worden. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern sind auch schwere Verläufe beschrieben; eine Auswertung von europäischen Daten zeigte allerdings keinen Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit intensivmedizinischer Behandlungen bei Kindern unter bzw. über 5 Jahren. In einer europaweiten Studie waren ein Alter unter einem Monat, das Vorliegen einer Vorerkrankung sowie Anzeichen einer Infektion der unteren Atemwege Risikofaktoren für eine Aufnahme auf die Intensivstation. Auf das „paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)“ wurde bereits im letzten Newsletter eingegangen.<sup>1</sup>

Tabelle 1: Häufigkeit von Symptomen bei Corona-Fällen im Landkreis Fulda; Kinder bis 15 Jahre, Stand: 10.08.2020, 16:35 Uhr)

Symptome	Altersgruppe		
	>= 5 Jahre (n=19)	6 - 10 Jahre (n=7)	11 - 15 Jahre (n=6)
Allgemeinsymptome	4	2	1
ARDS	1		
Durchfall	2		
Fieber	8	1	
Husten	5	1	
Halsschmerzen	3		1
Schnupfen	1		
Hospitalisierung	1		

Im Landkreis Fulda sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit Stand 11.08.2020 32 Kinder gemeldet worden. Bei 454 Fällen insgesamt umfasst diese Altersgruppe gerade 7 % aller Fälle. Die Verteilung der Symptome kann Tabelle 1 entnommen werden. Keines der Kinder musste

beatmet werden, auch Symptome wie Tachykardie traten selbst bei den beiden Neugeborenen nicht auf. Unter den Kindern ist kein Todesfall und nur eine stationäre Aufnahme zu verzeichnen.

Quellen

<sup>1</sup> RKI (2020): [SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 \(COVID-19\)](#) (Stand. 07.08.2020, Abgerufen 10.08.2020)

## Coronatests I

### Untersuchungen von Reiserückkehrern, Lehrern und Erziehenden

In den letzten Tagen wurden die Untersuchungsangebote und -pflichten in unterschiedliche Richtungen ausgeweitet. Die Kassenärztliche Vereinigung führt hierzu aus:

Das Bundesgesundheitsministerium hat beschlossen, dass sich Reiserückkehrer unter bestimmten Voraussetzungen ab dem 1. August 2020 kostenfrei auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) testen lassen können. In Hessen haben die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) und die hessische Landesregierung ebenfalls kostenfreie und freiwillige Tests für hessische Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen vereinbart. Lehrkräfte können sich vom 10. August bis zum 1. Oktober 2020 zweiwöchentlich in den teilnehmenden Arztpraxen testen lassen, Erzieher vom 17. August bis 8. Oktober 2020.

Seit dem 1. August 2020 haben **Rückkehrer aus dem Ausland** – nicht nur aus Risikogebieten – und Personen, die sich in Deutschland in einem Gebiet mit erhöhtem Infektionsrisiko aufhalten oder aufgehalten haben, Anspruch auf einen kostenlosen Test auf das Coronavirus SARS-CoV-2. Aktuelle Risikogebiete stellt das Robert-Koch-Institut (RKI) fest ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete\\_neu.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html), abgerufen: 10.08.2020). Die Tests sollen unter anderem von und in Arztpraxen durchgeführt werden. Wer Anspruch auf einen Test hat, kann sich demnach in einer Praxis vorstellen, um sich testen zu lassen. Voraussetzung ist, dass der Test innerhalb von 72 Stunden nach der Einreise erfolgt. Darüber hinaus muss der Auslandsaufenthalt gegenüber der Praxis nachgewiesen werden, beispielsweise mit einem Flugticket, einer Hotelrechnung oder einem vergleichbaren Nachweis.

**Lehrkräfte in Hessen**, die ein Schreiben des hessischen Kultusministeriums erhalten haben, können sich vom 10. August bis 1. Oktober 2020 freiwillig auf das Coronavirus SARS-CoV-2 testen lassen. Dies ist mehrfach, das heißt alle zwei Wochen, möglich. Damit sie gleich einen weiteren Termin für den nächsten Test erhalten, lassen sich Lehrkräfte in einer der Arztpraxen testen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben. Die COVID-Koordinierungszentren (umgangssprachlich Testcenter) vergeben keine Folgetermine.

**Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen in Hessen**, die ein Schreiben des hessischen Kultusministeriums erhalten haben, können sich vom 17. August 2020 bis zum 8. Oktober 2020 freiwillig auf das Coronavirus SARS-CoV-2 testen lassen. Dies ist mehrfach, das heißt alle zwei Wochen, möglich. Damit sie gleich einen weiteren Termin für den nächsten Test erhalten, lassen sich Lehrkräfte in einer der Arztpraxen testen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben.<sup>1</sup>

Eine Arztpraxis für den Test finden Sie über die Arzt- und Psychotherapeutesuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH; <https://arztsuchehessen.de/arztsuche/arztsuche.php?page=erweiterteSuche&default=true>, abgerufen: 10.08.2020). Geben Sie den Ort ein, in dem Sie suchen möchten (kein Fachgebiet oder weitere Einträge). Unter dem Punkt "Testung auf SARS-CoV-2" wählen Sie im Menü den jeweils passenden Punkt aus:

- Testungen von Erzieherin auf SARS-CoV-2
- Testungen von Lehrkräften auf SARS-CoV-2
- Testungen von Reiserückkehrern auf SARS-CoV-2

**Es ist in jedem Fall zunächst eine telefonische Anmeldung in der Praxis notwendig.**

Quellen:

<sup>1</sup> KV Hessen (2020): [CORONATESTS](#). (Stand: 07.08.2020, Abgerufen: 10.08.2020)

### Nationale Teststrategie

Ein essentieller Bestandteil für die Unterbrechung von Infektionsketten ist die Durchführung von Test. Nach Auskunft des RKI wurden die Testmöglichkeiten seit März kontinuierlich ausgebaut, sodass zurzeit wöchentlich über eine Million PCR-Test durchführbar wären und keine Engpässe mehr bestehen.

Eine Übersicht der vom empfohlenen und aufgrund von Bundesregelungen verpflichtenden SARS-CoV-2-Testungen inklusive Hinweise zu Kostenregelungen und möglicher Priorisierungen bei zukünftigen Engpässen hat das RKI unter Nationale [Teststrategie – wer wird in Deutschland getestet?](#) (abgerufen 13.08.2020) veröffentlicht.

## Coronatests II

### Was ist mit falsch-positiven Ergebnissen?

Grundsätzlich lassen sich in der Diagnostik zwei Arten von Fehlerquellen unterscheiden:

- Falsch-negative, wenn also bei einer vorhandenen Infektion der Test negativ ist, und
- Falsch-positiv, wenn der Test bei einem nicht Infizierten positiv ist.

Beide Fehlermöglichkeiten haben z.B. im Corona-Geschehen negative Konsequenzen. Für die infektiologische Überwachung sind natürlich falsch-negative Ergebnisse schlecht, da so Fälle übersehen und Infektionskrankheiten weiter übertragen werden können. Für den Betroffenen sind aber auch falsch-positive Ergebnisse aufgrund der Konsequenzen (insbesondere Quarantäne für sie selbst als auch evtl. Kontaktpersonen) von Nachteil. Während über mögliche falsch-negative Ergebnisse in Medien und Fachwelt schon mehrfach diskutiert wurde, soll an dieser Stelle auf mögliche falsch-positive Ergebnisse der SARS-CoV-2-PCR eingegangen werden.

Die Häufigkeit von falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen werden über die Kennzahlen Spezifität und Sensitivität im Rahmen der Testentwicklung bestimmt.

**Spezifität:** Anteil der negativen Ergebnisse an allen Tests bei Gesunden

**Sensitivität:** Anteil der positiven Ergebnisse an allen Tests bei Erkrankten

Die für den Patienten allerdings einzig entscheidende Kennzahl ist der positive Vorhersagewert: Die Wahrscheinlichkeit, bei einem positiven Ergebnis auch wirklich krank zu sein. Dieser lässt sich allerdings nicht im Labor bestimmen, da er von der Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) abhängt. Bei seltenen Erkrankungen, zu denen SARS-CoV-2-Infektionen noch gehören, müssen Sensitivität und Spezifität sehr hoch sein, um aussagekräftig zu sein.

Zu falsch-positiven Ergebnissen führt das Robert Koch-Institut aus:<sup>1</sup>

*Ein falsch-positives Testergebnis bedeutet, dass eine Person ein positives Testergebnis bekommt, obwohl keine Infektion mit dem SARS-CoV-2 vorliegt. Generell wird die Richtigkeit des Ergebnisses von diagnostischen Tests auch von der Verbreitung einer Erkrankung beeinflusst. Je seltener eine Erkrankung ist und je ungezielter getestet wird, umso höher sind die Anforderungen an die Sensitivität (= die Empfindlichkeit des Tests) und die Spezifität (die Zielgenauigkeit des Tests, also wie wahrscheinlich es ist, dass nur der gesuchte Erreger sicher erkannt wird) der zur Anwendung kommenden Tests. Aufgrund der Eigenschaften von PCR-Tests und hoher Qualitätsanforderungen kommen falsch-positive Befunde bei der SARS-CoV-2-PCR-Testung nach derzeitigen Erkenntnissen nur selten vor und sind in der Regel durch eine geringe Spezifität des Testes bzw. Abläufe im Diagnostikprozess bedingt.*

*Die Ergebnisse von Ringversuchen spiegeln die gute Testdurchführung in deutschen Laboratorien wider. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass von der Durchführung eines Ringversuches nicht auf die Gesamtheit der durchgeführten Tests geschlossen werden kann. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Laboratorien widmen sich fortlaufend diesem Aspekt.*

So sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Anmerkungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM; Vergütungssystem im gesetzlichen Krankenversicherungswesen) vor: *Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32816 [Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2] setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.*<sup>2</sup>

Genauere Angaben zu Spezifität, Sensitivität und positivem Vorhersagewert können nicht gemacht werden, da sich Spezifität und Sensitivität je nach konkret angewandtem Test unterscheiden können. Hierzu führt das RKI aus:

*Bei niedriger Prävalenz und niederschwelliger Testindikation (einschließlich der Testung asymptomatischer Personen) werden an die Spezifität der Tests im Hinblick auf den positiven Vorhersagewert hohe Anforderungen gestellt. Dem tragen z.B. "Dual Target"-Tests Rechnung. Unabhängig vom Testdesign sind jedoch grundsätzlich die für einen Test vorliegenden Daten zu den Leistungsparametern entscheidend.*

*Die verwendeten Targets (Zielgene) können sich zwischen verschiedenen Testsystemen sowie innerhalb eines Testsystems (z.B. im Falle von "Dual Target"-Tests) in ihrer analytischen Spezifität und Sensitivität unterscheiden. Insbesondere bei diskrepanten Ergebnissen innerhalb eines Tests bzw. unklaren/unplausiblen Ergebnissen der PCR-Testung (z.B. grenzwertige ct-Werte, untypischer Kurvenverlauf) muss eine sorgfältige Bewertung und Validierung durch einen in der PCR-Diagnostik erfahrenen und zur Durchführung der Diagnostik ermächtigten Arzt (s. dazu auch die Hinweise im EBM) erfolgen. Ggf. muss zur Klärung eine geeignete laborinterne Überprüfung (z.B. Wiederholung mit einem anderen Testsystem) erfolgen bzw. eine neue Probe angefordert werden. Der Befund soll eine klare Entscheidung im Hinblick auf die Meldung ermöglichen.*<sup>3</sup>

Quelle:

<sup>1</sup> RKI (2020): [Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2 / Krankheit COVID-19. Welche Rolle spielen falsch-positive Testergebnisse?](#). (Stand: 07.08.2020, Abgerufen: 10.08.2020)

<sup>2</sup> KBV (2020): [32816 Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2](#). (Erstellt: 07.07.2020, Abgerufen: 10.08.2020)

<sup>3</sup> RKI (2020): [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#). (Stand: 11.08.2020, Abgerufen: 12.08.2020)

## Gerüchte, Stigmata und Verschwörungstheorien

### Begleiterscheinungen von Pandemien mit konkreten Auswirkungen

Pandemien und Krankheitsausbrüche sorgen für Verunsicherung und wecken Ängste. Dies war schon zu Zeiten der Pestzüge so, aber auch bei aktuellen Geschehen wie der HIV-Epidemie oder auch Ebola und Zika zu beobachten. Eine besondere Rolle kommt hier den Informationstechnologien und Social Media zu. Der WHO-Direktor warnte daher vor einer Infodemie im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, eines Überangebots an Informationen, von denen manche irreführend oder sogar schädlich sein können.<sup>1</sup>

In einer aktuellen Studie wurden die Veröffentlichungen in Sozialen Medien des Zeitraums 31.12.2020 bis 5.5.2020 vor dem Hintergrund der Infodemie bezüglich COVID-19 analysiert.<sup>2</sup> Die Ergebnisse werden im Folgenden kursorisch zusammengefasst:

In der Studie wurden bezüglich COVID 19

- Gerüchte (alle Aussagen zu Zirkulation, Erkrankung, Prävention und Therapie),
- Stigmata (soziale Konstrukte, aufgrund deren Menschen in Hinsicht ihrer Erkrankung, Herkunft, Exposition oder Reiseverhalten diskriminiert oder sonstige negative Folgen zu ertragen haben) und
- Verschwörungstheorien (Theorien zum Ursprung von SARS-CoV-2 und diesbezügliche böswillige Ziele)

unterschieden. Alle in die Studie aufgenommene Veröffentlichungen können wahr, irreführend oder falsch sein; mangels Begründung ist das den Behauptungen nicht anzusehen.

Die Studiengruppe konnte 2.311 Veröffentlichungen in die Studie einbringen, davon wurden 89 % als Gerüchte, 7,8 % als Stigmatisierungen und 3,5 % als Verschwörungstheorien klassifiziert.

Inhaltlich lassen sich 24 % der Veröffentlichungen den Themen Erkrankung, Übertragung und Mortalität zuordnen, 21 % den Kontrollmaßnahmen, 19 % der Behandlung, 15 % der Krankheitsursache (inkl. Herkunft des Virus), 1 % Gewaltthemen und 20 % diversen anderen Themen.

Wie oben definiert, ist das Kennzeichen von Gerüchten, dass sie unbegründet sind. Zu 2.276 der Veröffentlichungen lagen Informationen bezüglich des Wahrheitsgehalts vor, davon waren 82 % falsch, 9 % korrekt, 8 % waren irreführend, 1 % waren ohne Beweis, d. h. **90 % der Veröffentlichungen in Social Media, zu deren Wahrheitsgehalt Informationen vorlagen, waren falsch oder irreführend!** Eine Auswahl der Themen ist unten aufgeführt.

Gerüchte, Verschwörungstheorien und Stigmata haben konkrete Konsequenzen: Insbesondere zu Beginn der Pandemie kam es zu Ausgrenzungen, Diskriminierung und sogar Gewalt gegenüber Chinesen oder auch nur China zugeordneten Menschen sowie Menschen, die sich in chinesischen Risikogebieten aufhielten. In Aus-

tralien bewirkte die Zeitungsüberschrift „Chinas Kinder bleiben zu Hause“ Stigmatisierung australischer Kinder chinesischer Herkunft. Durch Begriffe wie „China-Virus“ wird die Stigmatisierung noch gefördert. In der Ukraine wurde ein Bus mit Rückkehrern aus Wuhan mit Steinen angegriffen. Auch Selbststigmatisierung kann Folgen haben, in Indien erschoss sich ein Mann, weil er fälschlicherweise annahm, sich mit SARS-CoV-2 infiziert und dies in der Familie weitergegeben zu haben und die gesellschaftlichen Folgen fürchtete. In Uganda wurden COVID-19-Patienten aus Angst vor der Krankheitsübertragung die Aufnahme ins Krankenhaus verweigert. Das Gerücht, Alkohol könne das Virus im Körper töten, führte weltweit zu mehreren Hundert Todesfällen, mehreren Tausend Krankenhauseinweisungen sowie Erblindungen aufgrund des Einsatzes von Methanol. In Indien erkrankten Menschen nach dem Konsum einer Stechapfelflösung. Die Erkrankten hatten über Social Media ein Video angeschaut, das erklärte, dass Stechapfelsamen gegen COVID-19 immunisieren. Sogar Ausbrüche können durch falsche Informationen und daraus gezogene Schlüsse verursacht werden. In Südkorea sind Fälle eines größeren Ausbruchs in einer Kirchengemeinde darauf zurückzuführen, dass eine kontaminierte Flasche mit Salzwasserlösung zur Reinigung des Rachenraums genutzt wurde, ohne die Flasche regelmäßig zu desinfizieren.

Aus der Stellungnahme der WHO Europe und der Studie lassen sich auch für Deutschland Schlussfolgerungen ziehen:

*Diese unüberschaubare Menge an Informationen kann sich auf unterschiedliche Weise negativ auf die menschliche Gesundheit auswirken. Sie kann:*

- *es erschweren, präzise, evidenzbasierte Informationen und Empfehlungen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit zu erstellen;*
- *aufgrund ihres Umfangs und ihrer Zugänglichkeit und Allgegenwärtigkeit zu Angstzuständen, Sorgen und anderen psychischen Gesundheitsproblemen führen;*
- *die Menschen dazu veranlassen, irreführenden oder sogar gefährlichen Ratschlägen zu folgen;*
- *Ermüdungserscheinungen sowie Desinteresse und Ablehnung gegenüber gesundheitlichen Botschaften hervorrufen; und*
- *Xenophobie, Hass und Ausgrenzung Vorschub leisten.<sup>1</sup>*

Gerüchte, Stigmata und Verschwörungstheorien können das Vertrauen in staatliche und internationale Gesundheitsorganisationen schwächen. Gerüchte können sich selbst als glaubwürdige Therapie- oder Präventionsmethoden präsentieren, die dann vor belegten und geprüften priorisiert werden und somit notwendige Untersuchungen oder Therapien hinauszögern. Wenn aufgrund der Vorstellung, dass allein aufgrund der Fähigkeit, den

Atem anzuhalten COVID-19 diagnostiziert werden könnte, eine ärztliche Diagnostik hinausgezögert werden kann, bedeutet dies u.U. eine fatale Weiterverbreitung der Erkrankung.

Gerüchte können aber auch außerhalb des medizinischen Bereichs Konsequenzen haben, wenn z.B. Gerüchte zu Maßnahmen des Social Distancing zu Hamsterkäufen und Preissteigerungen führen.

Das Vertrauensverhältnis zu Leistungsanbietern und Gesundheitsbehörden ist essentiell, um eine Pandemie zu bewältigen. Dieses kann durch Gerüchte, Stigmata und Verschwörungstheorien untergraben werden. Die Auseinandersetzung mit Gerüchten, Stigmata und Verschwörungstheorien ist notwendig, um eine passende Risikokommunikation zu entwickeln. Hierzu gehört auch die Kommunikation von fehlendem Wissen und, dass sich die Maßnahmen jederzeit neuen Erkenntnissen anpassen müssen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass falsche Informationen fälschlicherweise als Aussage von staatlichen oder internationalen Organisationen deklariert werden. Gerade vor diesem Hintergrund kann nur eine offene und transparente Kommunikation dazu beitragen, das Vertrauen der Bürger zu erhalten. Aber nicht nur die staatlichen, halbstaatlichen oder privaten Institutionen sind in der Verantwortung. Ein verantwortungsbewusster Einsatz von Social Media kann dazu beitragen, die Corona-Pandemie zu überwinden. Die WHO sieht den Umgang mit der Infodemie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und führt weiter aus: *Die Verbreitung zuverlässiger, evidenzbasierter Informationen ist eine Aufgabe für alle.*<sup>1</sup>

Quelle:

<sup>1</sup> WHO Europe (2020): [Gemeinsam gegen die Infodemie](#). (Stand: 29.06.2020, Abgerufen: 12.08.2020)

<sup>2</sup> Islam MS, Sarkar T et al (2020): [COVID-19–Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis](#). Am. J. Trop. Med. Hyg., 00(0), 2020, pp. 1–9. doi:10.4269/ajtmh.20-0812

## **Weltweite Gerüchte, Stigmata und Verschwörungstheorien in Bezug zu COVID-19, 2020<sup>2</sup> (Auswahl)**

- **Gerüchte**
  - Coronavirus ist eine Schlangen-Grippe
  - Haustiere sind die Quelle für Coronaviren
  - Das neue Corona-Virus ist eine Form von Tollwut
  - Coronaviren durch Importwaren
  - Mobiltelefone übertragen Coronaviren
  - Die normale Grippe wurde in Coronavirus umbenannt
- **Gerüchte über Behandlung, Prävention oder Ausbreitungskontrolle**
  - Knoblauch zu essen kann Coronavirus heilen
  - Bleiche trinken tötet das Virus
  - Alkohol trinken kann das Virus töten
  - Kuhurin und Kuhdung trinken kann das Coronavirus heilen
  - Kamelurin mit Limetten
  - Vitamin C-Einnahme verhindert die Erkrankung
  - Vitamin D-Einnahme verhindert die Erkrankung
  - Den ganzen Körper mit Chlor einzusprühen, verhindert die Coronavirus-Infektion
  - Den Rachen feucht halten, scharfes Essen meiden und Vitamin C nehmen kann die Krankheit verhindern
  - Mundspülungen mit Salzwasserlösungen verhindern Infektionen aus neuen Ausbrüchen
  - Vaseline um die Nasenlöcher schützt gegen gefährliche Luftverschmutzungen
  - Anleitungen zum Coronavirus-Nachweis im Eigenbau
  - Cannabis verbessert die Immunabwehr gegen das neue Corona-Virus
  - Regelmäßiges Wäschewaschen kann die Übertragung verringern
  - Durch das Atemanhalten über 10 Sekunden kann die Coronavirus-Infektion selbst diagnostiziert werden
- **Verschwörungstheorien**
  - Das neue Coronavirus ist künstlich im Labor hergestellt worden und entweder absichtlich oder unabsichtlich auf dem Gebiet des Wuhan Seafood und Tiermarkts freigesetzt worden.
  - Der COVID-19-Ausbruch war geplant.
  - Es ist eine von der Bill und Melinda Gates-Stiftung finanzierte Biowaffe, um Impfstoffverkäufe zu fördern
  - Eine von der CIA hergestellte Biowaffe
  - Der Ausbruch ist ein Programm der Bevölkerungskontrolle
  - Die USA und Israel sind für die Herstellung und Verbreitung des Virus verantwortlich, es ist Teil ihres ökonomischen und psychologischen Kriegszugs gegen China
  - Es gibt schon einen Impfstoff
  - Israel hat für die Corona-Patienten einen Impfstoff nach Wuhan geschickt
  - Präsident Donald Trump zielt mit Coronaviren auf die Stadt, um die Kultur und die Ehre des Iran zu schädigen
  - Zionisten sind gegen die regionale Sicherheit.
- **Stigmata**
  - Chinesen sind unzivilisiert
  - Chinesen sind Bioterroristen
  - Jede Krankheit ist noch immer aus China gekommen
  - Chinesische Essgewohnheiten verursachten COVID-19

## Epidemiologische Lage im Landkreis

### Was sagen die Daten meldepflichtiger Fälle?

COVID-19 bzw. SARS-CoV-2 ist nach §§6,7 meldepflichtig. Das Meldeformular für meldepflichtige Erkrankung nach §§6,7 Infektionsschutzgesetz finden Sie auf der Website des Landkreises ([www.landkreis-fulda.de->gesundheit->hygiene->infektionsschutzgesetz](http://www.landkreis-fulda.de->gesundheit->hygiene->infektionsschutzgesetz)).

Die Meldung des Verdachts einer Erkrankung hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Empfehlungen sind zu berücksichtigen.

Ebenfalls wird die Pflicht zur namentlichen Meldung auf den direkten oder indirekten Nachweis genannten Krankheitserregers ausgedehnt, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist.<sup>1</sup>

Auf Basis der an das Gesundheitsamt gemeldeten, im Rahmen der Fallbearbeitung erhobenen und schließlich an die Landesstelle übermittelten Daten, lassen sich zur epidemiologischen Lage im Landkreis Fulda die folgenden Aussagen treffen. Dabei ist zu beachten, dass die Daten den jeweiligen Stand der Ermittlungsergebnisse widerspiegeln und sich fortlaufend ändern.

Tabelle 2: Daten zu COVID-19-Fällen im Landkreis Fulda (Daten des Gesundheitsamtes)

**Datenstand:** 14.08.2020 (14:53 Uhr)

<b>Anzahl Fälle</b>	473
<b>Geschlechtsverteilung</b>	
männlich	242
weiblich	231
<b>Hospitalisierung</b>	29
<b>Verstorben</b>	13
<b>Noch in Absonderung (bestehende Fälle!)</b>	66
<b>Genesene (Absonderung beendet)</b>	394

<b>Altersverteilung</b>	
<=10	28
<=20	35
<=30	104
<=40	66
<=50	77
<=60	81
<=70	34
<=80	22
<=90	17
<=100	9

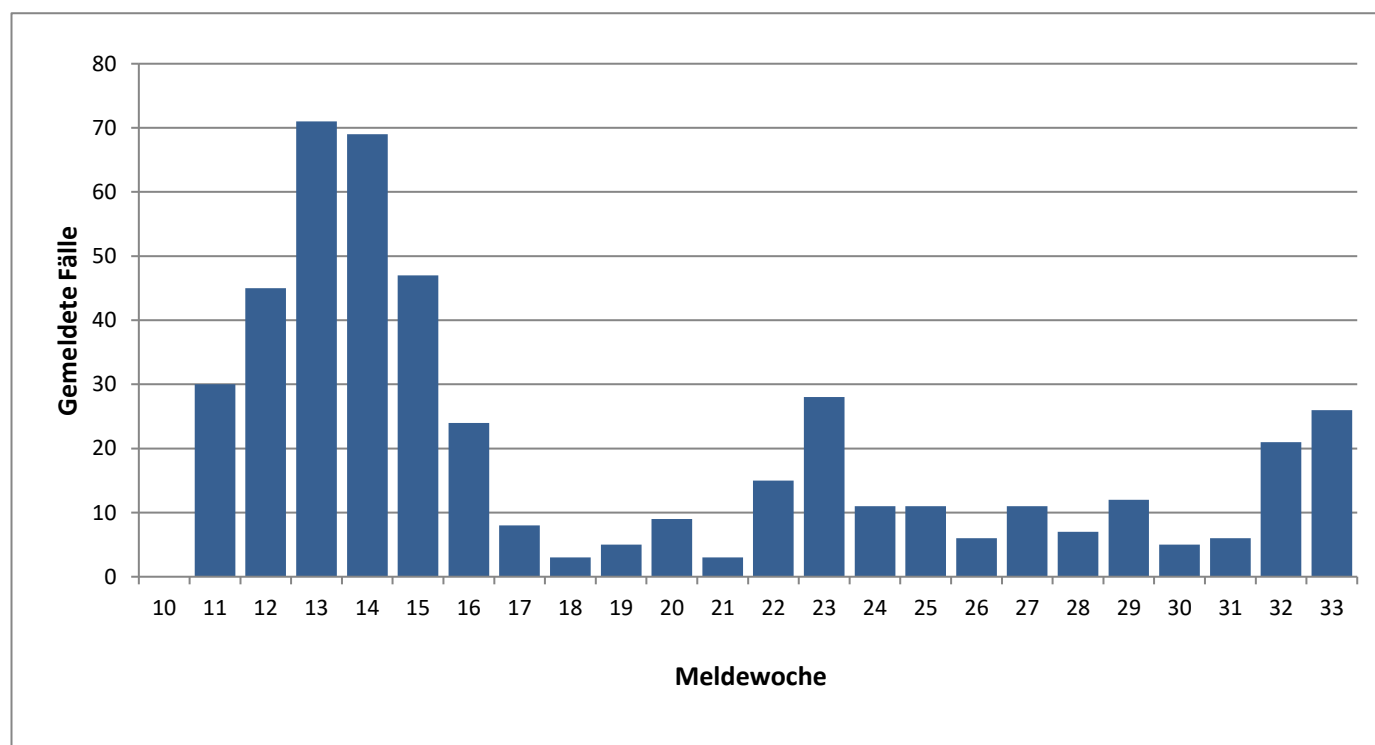


Abbildung 1: Dem Gesundheitsamt Fulda gemeldete Infektionen an COVID-19 nach Meldewoche und wahrscheinlichem Infektionsland (Daten des Gesundheitsamtes)

<b>Symptome (Mehrfachnennung möglich)</b>	
<u>Akute respiratorische Symptome</u>	
Halsschmerzen	95
Husten	188
Pneumonie (Lungenentzündung)	6
Schnupfen	106
<u>Krankheitsschwere</u>	
Akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)	3
Beatmung	5
Dyspnoe (Atemstörung)	0
Fieber	126

<u>Sonstige Symptome</u>	
Allgemeine unspezifische Krankheitszeichen	93
Durchfall	16
Geruchsverlust*	25
Geschmacksverlust*	26
Tachykardie (Herzrhythmusstörung)*	0
Tachypnoe (beschleunigte Atmung)*	1

\*Neue erfasst seit 24.04.2020

<b>(Berufliche) Exposition</b>	
Medizinische Heilberufe**	34
Tätigkeit im medizinischen Labor	1
Aufenthalt in medizinischen Einrichtung bis 14 Tage vor Erkrankungsbeginn	5
Enger Kontakt mit wahrscheinlichem oder bestätigtem Fall bis 14 vor Erkrankungsbeginn	279

\*\* Heilberufe definiert als alle dem Gesundheitsamt im Rahmen der Medizinalaufsicht zu meldenden Berufe; die Exposition muss nachvollziehbar im Zusammenhang mit der Ausübung des Heilberufs stehen

### Zusammenfassung:

Die Anzahl der neu übermittelten Fälle war in Deutschland seit etwa Mitte März bis Anfang Juli rückläufig, seitdem nimmt die Fallzahl stetig zu. Einige Kreise übermitteln derzeit nur sehr wenige bzw. keine Fälle an das RKI. Es kommt aber zunehmend wieder zu einzelnen Ausbruchsgeschehen, die erhebliche Ausmaße erreichen können. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland

daher derzeit weiterhin insgesamt als hoch ein, für Risikogruppen als sehr hoch. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern.<sup>1</sup>

Die Schätzung der Reproduktionszahl ist auf Basis eines 7-Tage-Werts bei 1,03 (Konfidenzintervall: 0,95 – 1,19, berechnet für den Erkrankungsbeginn 08.08.2020)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RKI (2020): [Risikobewertung zu COVID-19](#); abgerufen am 30.07.2020

<sup>2</sup> RKI (2020): [Nowcasting und R-Schätzung: Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland](#) (Stand: 13.08.2020, abgerufen: 14.08.2020)

### Hinweise des Landkreises Fulda zu Corona

Der Landkreis Fulda hat unter der Internetadresse [www.corona-fulda.de](http://www.corona-fulda.de)

Informationen aus verschiedenen Bereichen zum Thema Corona zusammengetragen. Entsprechend sich ständig ändernder Rahmenbedingungen werden die Informationen fortlaufend aktualisiert.

Unter der Telefonnummer (0661) 6006-6009 steht von Montag bis Donnerstag von 07:30 bis 16:30 Uhr und Freitag von 07:30 bis 15:00 eine Telefonhotline zum Thema Corona/COVID-19 zur Verfügung.

Eine hessenweite Hotline zu dem Thema ist unter der Nummer 0800 555-4666 täglich von 9 bis 15 Uhr erreichbar. Auf der Website des Landes Hessen finden Sie unter <https://www.hessen.de/fuer-buerger/aktuelle-informationen-zu-corona-hessen> aktuelle Informationen zu Corona und zu den in Hessen gültigen Regelungen.

**Bei Symptomen und medizinischen Fragen ist der Ärztliche Bereitschaftsdienst unter 116117 erreichbar.**