

# Fuldaer Gesundheitsberichte

Corona-Ausgabe 16



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

## Verlegungen zwischen Einrichtungen

### Was ist zu beachten?

Mit Wirkung vom 29. September 2020 hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration die Regelungen für Alten- und Pflegeheime geändert.

Da seit Beginn der Corona-Pandemie die Fallzahlen sowohl bei Personal als auch bei Bewohnern stark gefallen sind (siehe auch Newsletter 15), wurden die allgemeinen Besuchsbeschränkungen abgeschafft.

Alter bzw. mit dem Alter verbundene chronische Erkrankungen sind noch immer die bedeutsamsten Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe. Auch wenn im Moment die Neuerkrankungsrate niedrig ist, sodass die Besuchsmöglichkeiten erleichtert werden konnten, sind präventiv doch Maßnahmen zu ergreifen, um die Ausbreitung in Einrichtungen für Menschen mit Risiken für schwere Krankheitsverläufe zu verhindern.

Ein schon aus Vor-Corona-Zeiten bekanntes Problem ist die Verschleppung von Krankheitserregern zwischen verschiedenen Einrichtungen, genannt seien hier vor allem MRSA und multiresistente gramnegative Erreger (MRGN). Das Robert Koch-Institut hat nun seine Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen auch in dieser Hinsicht erweitert.

*Bei Verlegung von Bewohnern ohne bekannte SARS-COV-2-Infektion in eine andere Gesundheitseinrichtung, z.B. wenn eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich wird, sollte diese vorab darüber informiert werden, ob in der verlegenden Einrichtung unter den Bewohnern/Betreuten/Mitarbeitern SARS-COV-2-positive Fälle innerhalb der letzten 14 Tage aufgetreten*

*sind. Dies ist unabhängig davon, ob für die zu verlegenden Bewohner ein aktuelles, negatives Testergebnis für SARS-COV-2 vorliegt oder ob zum Zeitpunkt der Verlegung kein aktuelles SARS-COV-2-Testergebnis zur Verfügung steht.*

*Dies gilt in gleicher Weise für die medizinische Versorgung von extern wie z.B. die Behandlung durch den Hausarzt oder die Versorgung durch einen externen Pflegedienst. Die betreffenden medizinischen Dienstleister sollten vorab/zeitnah über das Auftreten von SARS-COV-2-positiven Fällen (s.o.) in der Einrichtung informiert werden.*

Quelle:

RKI (2020): [Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.](#)

### AHA+L +C – Was ist das?

Die empfohlenen Maßnahmen in der Bevölkerung werden unter der Regel AHA (Abstand, Hygiene, Alltagsmaske) zusammengefasst.

Aufgrund der Auswirkungen der richtigen Belüftung auf die Verteilung von Viren im Raum und die daraus folgende Ansteckungswahrscheinlichkeit wird die AHA-Regel verschiedentlich um ein „+L“ ergänzt. Das „L“ steht das für Lüften.

Schließlich können Bürgerinnen und Bürger durch die Corona-App auf übertragungsrelevante Kontakte aufmerksam gemacht werden. Daher wird die AHA-Regel auch verschiedentlich um das „+C“ für Corona-App ergänzt.

## Wie wirksam sind Corona-Maßnahmen?

### Zusammenfassung der Studienlage

Die Erfahrungen im Umgang mit COVID-19 und dem SARS-CoV-2-Virus erstrecken sich noch nicht einmal über ein ganzes Jahr. Vielfach wurde bei der Eindämmung auf Erfahrungen mit Influenza oder SARS-CoV-1 zurückgegriffen: Ohne einen verfügbaren Impfstoff zur Eindämmung der Corona-Pandemie muss durch nicht-pharmazeutische Maßnahmen, die auf den Erfahrungen mit Influenza und SARS-CoV-1 beruhen, versucht werden, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 einzudämmen.

Inzwischen liegt eine Vielzahl von Erfahrungen und Studien zur Eindämmung der Corona-Pandemie vor. Leider sind diese nicht immer so aufbereitet, dass sie wissenschaftlichen Ansprüchen zur Beurteilung der Wirksamkeit genügen.

Das Robert Koch-Institut hat mehr als 4.900 Veröffentlichungen zu nicht-pharmazeutischen Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie durchgesehen, aber nur 16 lieferten eine reale Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen. Davon konzentrierten sich drei alleine auf die Auswirkungen von Reisebeschränkungen.

Eine kursorische Zusammenfassung der Studienergebnisse zeigt die Schwierigkeiten der Bewertung: Verschiedene Staaten zu verschiedenen Zeitpunkten werden hinsichtlich unterschiedlicher Maßnahmen mittels verschiedener Effektivitätsvariablen bewertet. Einzelne Maßnahmen in verschiedenen Staaten können dann noch unterschiedlich umgesetzt worden sein. So waren die Maßnahmen

des „Lockdowns“ in Spanien sehr viel strikter als in Deutschland.

Relativ groß ist die Überschneidung von Maßnahmen, wie Einschränkungen der Versammlungsfreiheit und das Verbot von Veranstaltungen. Bei anderen Maßnahmen, wie Schließungen von Schulen, sind die Ergebnisse weniger eindeutig. Auch wird darauf hingewiesen, dass, wenn einzelne Maßnahmen keine Wirkung zeigen, dies nichts über ihren Effekt in Kombination mit anderen Maßnahmen aussagt.

Die einzige Längsschnittstudie in der Übersichtsarbeit kommt zu folgenden Ergebnissen:

Nach der derzeitigen Datenlage sind folgende Maßnahmen wirksam, die Pandemie, in unterschiedlichem Umfang, einzuschränken: Einschränkungen von Versammlungen, Mund-Nasen-Bedeckung (Masken), Schulschließungen, Arbeitsplatzschließungen, Ausweitung der Untersuchungskapazitäten. Soweit messbar, bestand eine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung.

Das RKI weist explizit darauf hin, dass diese Form statistischer Analyse nicht erschließen kann, inwieweit einzelne Maßnahmen oder Richtlinien implementiert beziehungsweise befolgt wurden.

RKI (2020): [Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie.](#)

## Quarantäne und Isolierung

### Was sind die Unterschiede?

In den Gesprächen zu Maßnahmen im Rahmen der Eindämmung der Corona-Pandemie werden die Begriffe Quarantäne und Isolierung häufig verwechselt bzw. synonym benutzt.

Beide Maßnahmen dienen dazu, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Absonderung zu verhindern. Beide Ansätze orientieren sich dabei am typischen Krankheitsverlauf bzw. an dem Verlauf der Virusausscheidung, und beide Ansätze beruhen auf der gesetzlichen Regelung nach § 30 Infektionsschutzgesetz. Aber die beiden Ansätze unterscheiden sich im Detail. Das Robert Koch-Institut führt hierzu aus:

Der Begriff der **Quarantäne** bezieht sich auf die zeitweilige Absonderung symptomfreier Personen, bei denen eine Ansteckung wahrscheinlich ist, da sie in Kontakt mit (einer) ansteckenden Person(en) waren (Exposition).

Bei der **Isolierung** handelt es sich um die Absonderung von kranken oder nachweisbar infizierten Personen. Durch die Isolierung soll verhindert werden, dass eine infizierte Person in der Zeit, in der sie den Erreger ausscheidet und ansteckend ist, Kontakt zu anderen Personen hat und diese ansteckt.

Die Bedeutung der Unterscheidung der Ansätze ergibt sich aus der biomedizinisch-epidemiologischen Begründung. Wichtig sind hierzu die Inkubationszeit und die Zeit der infektiösen Periode:

Die **Inkubationszeit** ist die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten der ersten Symptome. Diese beträgt im Median fünf bis sechs Tage, in 95 % aller Fälle 10 bis 14 Tage zu einem kleinen Teil noch länger. Ein nicht geringer Anteil aller Fälle entwickelt gar keine Symptome. Daraus folgt, dass in den allermeisten Fällen, falls es bei einem übertragungsrelevanten Kontakt zu einer Infektion gekommen sein sollte, sich innerhalb von 14 Tagen die Symptome entwickeln. Ob dies der Fall ist, wird in der Quarantäne abgewartet. *Eine Übertragung durch infizierte Personen, die nie Symptome entwickeln und dennoch Viren ausscheiden, spielt nach derzeitigem Kenntnisstand eine untergeordnete Rolle.*

Die **infektiöse Periode** ist die Phase der Erkrankung, in der der Patient ansteckungsfähig ist, d.h. Viren ausscheidet. Während die Inkubationszeit noch verhältnismäßig einfach zu bestimmen ist, ist die Bestimmung der infektiösen Phase schwieriger. Hier ergänzen sich epidemiologische und virologische Studien. Fest steht, dass die infektiöse Periode vor dem Auftreten der ersten

Symptome beginnt, nach einer epidemiologischen Studie in den allermeisten Fällen drei Tage vor Symptombeginn. Virologische Untersuchungen sind z.T. schon 6 bis 10 Tage vor Erkrankungsbeginn positiv. Mit dem Eintritt der Symptome scheint die Viruslast ihr Maximum erreicht zu haben und beginnt zu sinken. Bei milden oder moderaten Symptomen gilt die Virenanzucht zehn Tage nach Symptombeginn als unwahrscheinlich, bei schweren Krankheitsverläufen bzw. Immungeschwächten in der Regel nach 20 Tagen. Daraus leitet sich die Empfehlung der Isolierung von 10 Tagen ab Symptombeginn für leichte und asymptomatische Verläufe verbunden mit 48 Stunden Symptomfreiheit ab. Bei schweren Verläufen und geriatrischen Fällen ist zusätzlich eine labordiagnos-

tische Abklärung angezeigt. Wie bei vielen Infektionskrankheiten sind Erkrankungen von Immundefizienten Einzelfallbeurteilungen.

Die Abhängigkeit der Ansteckungsfähigkeit von Krankheitsschwere, Alter und Immunstatus sorgt dafür, dass die Dauer der Isolierung im Vergleich zur Quarantäne vergleichsweise komplex ist. Hinzu kommt, dass sich die Inkubationszeit und infektiöse Phase überschneiden (dies ist z.B. bei SARS nicht so; SARS-Patienten wurden erst mit dem Auftreten der Symptome infektiös, was die Eindämmung der Epidemie vereinfachte) und die Quarantäne durch Auftreten von Symptomen bzw. dem Nachweis einer Erkrankung in eine Isolierung übergehen kann (siehe Abbildung 1)

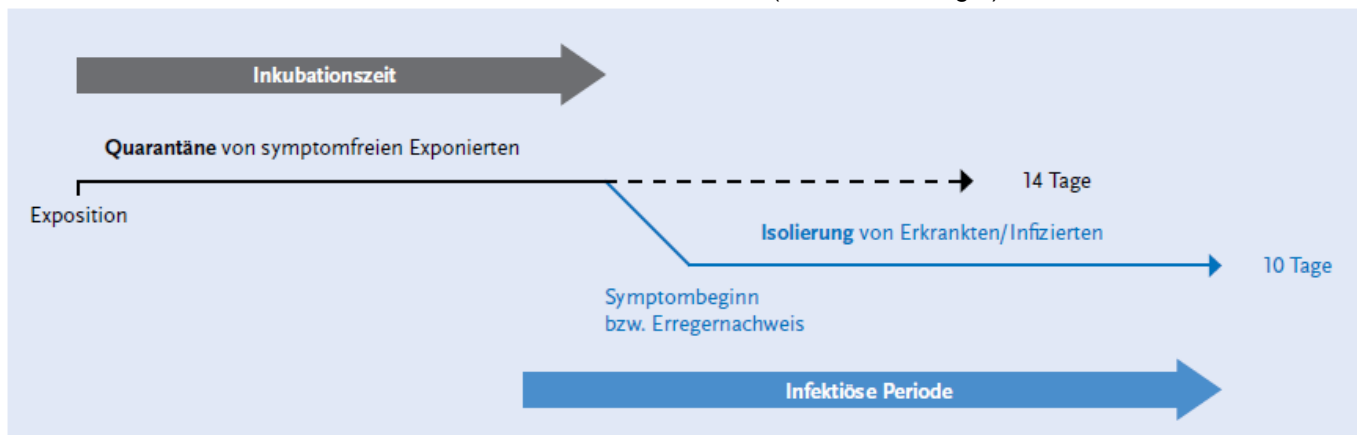


Abbildung 1: Verlauf von Inkubationszeit und infektiöser Periode bei Corona-Fällen (Quelle: RKI (2020))

Verkürzung von Isolierung und Quarantänedauer sind immer mit dem Risiko verbunden, dass noch ansteckungsfähige Patienten den Erreger übertragen können. Jede Verkürzung ist eine Risikoabwägung zwischen der, wenn auch u.U. geringen, Steigerung eines Übertragungsrisikos mit sozialen, wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Aspekten.

**Laboruntersuchungen** können hierbei nur begrenzt weiterhelfen. Der Standard ist noch immer die Untersuchung mittels PCR zum Nachweis des Erbmaterials des Virus. Da nicht jeder Nachweis des Genoms ein infektiöses Partikel ist (z.B. das Erbmaterial abgetöteter Viren in den Atemwegen), bestätigt ein positives Ergebnis die Infektion, belegt aber nicht unmittelbar die Ansteckungsfähigkeit.

Auswertungen zeigen, dass der Nachweis bei Quarantänisierten mit der Dauer der Quarantäne ansteigt; die Kombination von Quarantäne und Laboruntersuchungen kann die Sicherheit der Risikoeinschätzung erhöhen: So ist der Anteil der Fälle, der nach 14 Tagen Quarantäne ohne eine abschließende PCR noch ansteckungsfähig

ist, genauso groß, wie der Anteil der Fälle, der nach 10 Tagen Quarantäne noch ansteckungsfähig ist und einer abschließende PCR-Untersuchung zugeführt wurde. Ohne abschließende PCR-Untersuchung wäre das Risiko durch die Verkürzung um 4 Tage dreimal höher.

Zum Nachweis der Ansteckungsfähigkeit könnte die Virusanzucht in Zellkultur durchgeführt werden, diese ist jedoch methodisch sehr aufwändig, dauert mehrere Tage und kann nur in speziellen Laboren durchgeführt werden. Untersuchungen zeigen allerdings, dass bei Fällen, die auch ohne Risikofaktoren noch Wochen nach der Genesung PCR-positiv waren, in der Virusanzucht die Ansteckungsfähigkeit nicht bestätigt werden konnte. In der Diskussion sind die Berücksichtigung weitere Laboruntersuchungen wie Antigen-Untersuchungen oder quantitativer Parameter in der PCR, um die Isolierungsdauer zu verkürzen.

RKI (2020): [Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19](#). Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020



## In der Pandemie alles anders?

### Gesundheitsverhalten in Zeiten der Corona-Pandemie

Maßnahmen zum Schutz vor der Erregerübertragung im Rahmen der Corona-Pandemie veränderten den Alltag der gesamten Bevölkerung: Von sozialen Kontakten (z.B. das Vereinsleben) über öffentliche Verkehrsmittel und Sporteinrichtungen bis hin zur täglichen Arbeit mussten Einschränkungen hingenommen werden. Ein Aspekt dieser Veränderungen ist, wie sie das Gesundheitsverhalten beeinflussten. Hierzu hat das Journal of Health Monitoring ein Themenheft herausgegeben. Schwerpunkte sind hierbei die klassischen Elemente des Gesundheitsverhaltens: Bewegung, Ernährung und Suchtmittelkonsum. Die Untersuchungsmethode ist ein Review bis zum Stand Mitte Juni 2020. Die Untersuchung ging dabei in zwei Richtungen: Welche Auswirkungen hat das Gesundheitsverhalten auf COVID-19 und welche Auswirkungen hatten Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 auf das Gesundheitsverhalten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Rauchen und Adipositas direkt wirkende, und chronischer Alkoholmissbrauch, körperliche Inaktivität sowie eine unausgewogene Ernährung indirekt wirkende Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung sein können. Gesundheitsverhalten wie Nichtrauchen, Vermeidung von riskantem Alkoholkonsum, ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Aktivität tragen zur Stärkung des Immunsystems bei, was sich möglicherweise positiv auf den Verlauf einer COVID-19-Erkrankung auswirken kann.

Wenige und teilweise widersprüchliche Erkenntnisse liegen aktuell zu den Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen auf das Gesundheitsverhalten vor. Insgesamt wird deutlich, dass zu den Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen auf das Gesundheitsverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung noch zu wenige Daten vorliegen. Es deutet sich aber aus den bisherigen Erkenntnissen an, dass die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Auswirkungen haben. Ein Beispiel, wie komplex die Zusammenhänge sein können, zeigen folgende Beispiele: Erste Daten zum Bewegungsverhalten zeigen, dass die in Deutschland lebende Bevölkerung während der Phase des sogenannten Lockdowns möglicherweise nicht weniger körperlich aktiv war als zuvor, was angesichts von Ausgangsbeschränkungen und der Schließung von Sportstätten überrascht. Allerdings liegen bislang nur Daten einer nicht repräsentativen Onlinebefragung für Erwachsene vor. Zudem haben Sportvereine

auch auf virtuelle Trainings- und Online-Angebote umgestellt. Studien aus anderen Ländern liefern Hinweise darauf, dass sich das Aktivitätsniveau in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich entwickelte, so bewegten sich zum Beispiel diejenigen weniger, die gewohnt waren, mit Freundinnen und Freunden oder im Verein zu trainieren. Auch die ersten Beobachtungen bezüglich des Ernährungsverhaltens lassen verschiedene Entwicklungen in der Bevölkerung erkennen: Während ein Teil über eine gesundheitsbewusstere Ernährungsweise berichtet, ernähren sich andere scheinbar schlechter als vor der Pandemie. Für Rauchen und riskanten Alkoholkonsum deuten die Daten auf aggregierter Ebene für die Gesamtbevölkerung keine Verhaltensänderung an. Es zeichnen sich aber Ungleichheiten zwischen Subgruppen ab, da Teile der Bevölkerung den Konsum legaler Suchtmittel während der Phase der Einschränkung des öffentlichen Lebens erhöhen, zum Beispiel rauchten vermehrt Personen mit niedrigerer Bildung. Interessanterweise gibt es sowohl für den Alkohol als auch für den Tabakkonsum Hinweise, dass manche Menschen die Pandemie bewusst nutzen, um weniger zu trinken oder mit dem Rauchen aufzuhören. Es erscheint wichtig, für diejenigen, die ihren Konsum konkret reduzieren möchten, gezielte Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Wenn sich die beobachteten vorläufigen Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen sollten, würde das den Bedarf an pandemiebegleitenden Präventionsmaßnahmen weiter unterstreichen, insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit. Verhältnispräventive Maßnahmen, die klassischerweise in der gesundheitsförderlichen Umgestaltung von Lebensräumen wie Gemeinden, Betrieben oder Schulen bestehen, müssen hinsichtlich der vorgegebenen Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie teilweise neu konzipiert und gegebenenfalls angepasst werden. Denkbar wäre für die Gesundheitsförderung die verstärkte Nutzung des öffentlichen Raums in der Kommune, wenn der Aufenthalt in geschlossenen Räumen mit einem erhöhten Infektionsrisiko einhergeht oder auch der Einsatz digitaler Techniken, um die Bevölkerung an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu beteiligen. Politische Maßnahmen sollten auch wirtschaftliche Folgen der Pandemie berücksichtigen, die als soziale Determinanten das Gesundheitsverhalten beeinflussen können.

RKI (2020): [Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie](#). Journal of Health Monitoring 8/2020

## 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 1: Daten zu COVID-19-Fällen im Landkreis Fulda (Daten des Gesundheitsamtes)

Datenstand: 08.10.2020 (15:45 Uhr)

<b>Anzahl Fälle</b>	644
<b>Geschlechtsverteilung</b>	
männlich	340
weiblich	304
<b>Hospitalisierung</b>	45
<b>Verstorben</b>	17
<b>Noch in Absonderung (bestehende Fälle!)</b>	51
<b>Genesene (Absonderung beendet)</b>	576

<b>Altersverteilung</b>	
<=10	46
<=20	60
<=30	139
<=40	84
<=50	103
<=60	102
<=70	47
<=80	32
<=90	20
<=100	11

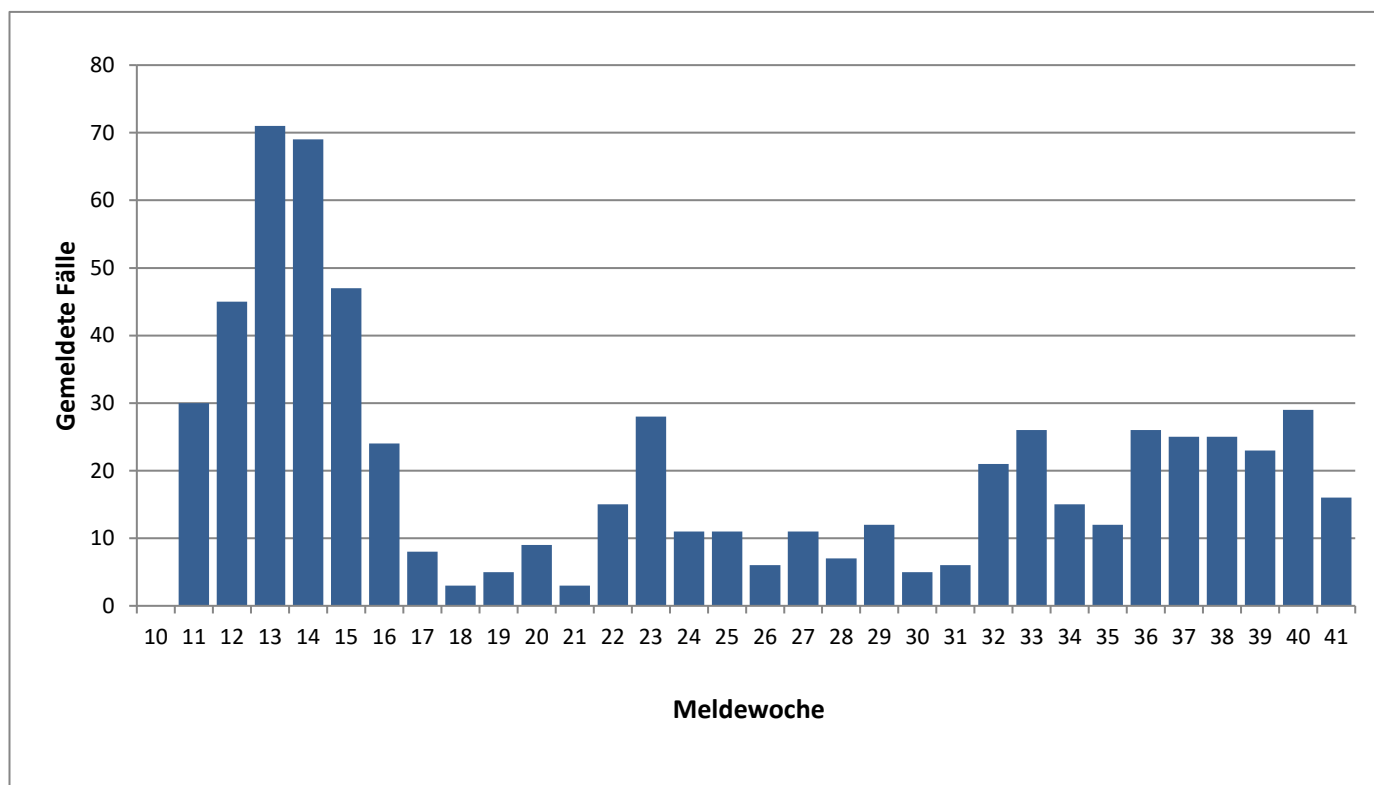


Abbildung 2: Dem Gesundheitsamt Fulda gemeldete Infektionen an COVID-19 nach Meldewoche und wahrscheinlichem Infektionsland (Daten des Gesundheitsamtes)

<b>Symptome (Mehrfachnennung möglich)</b>	
<u>Akute respiratorische Symptome</u>	
Halsschmerzen	128
Husten	225
Pneumonie (Lungenentzündung)	6
Schnupfen	135
<u>Krankheitsschwere</u>	
Akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)	9
Beatmung	6
Dyspnoe (Atemstörung)	1
Fieber	156

<u>Sonstige Symptome</u>	
Allgemeine unspezifische Krankheitszeichen	146
Durchfall	23
Geruchsverlust*	44
Geschmacksverlust*	46
Tachykardie (Herzrhythmusstörung)*	0
Tachypnoe (beschleunigte Atmung)*	1

\*Neue erfasst seit 24.04.2020

<b>(Berufliche) Exposition</b>	
Medizinische Heilberufe**	35
Tätigkeit im medizinischen Labor	2
Aufenthalt in medizinischen Einrichtung bis 14 Tage vor Erkrankungsbeginn	8
Enger Kontakt mit wahrscheinlichem oder bestätigtem Fall bis 14 vor Erkrankungsbeginn	356

\*\* 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:

Es handelt sich weltweit und in Deutschland um eine sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation. Weltweit nimmt die Anzahl der Fälle weiterhin zu. Die Anzahl der neu übermittelten Fälle war in Deutschland von etwa Mitte März bis Anfang Juli rückläufig. Seit Ende Juli werden wieder deutlich mehr Fälle übermittelt, viele davon standen zunächst in Zusammenhang mit Reiseverkehr. Seit Ende August (KW 35) werden wieder vermehrt Übertragungen in Deutschland beobachtet.

Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein kontinuierlicher Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten. Die Dynamik nimmt in fast allen Regionen zu.

Es kommt bundesweit zu Ausbruchsgeschehen, insbesondere im Zusammenhang mit Feiern im Familien- und Freundeskreis und bei Gruppenveranstaltungen und es

werden wieder vermehrt COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet.

Nach wie vor gibt es keine zugelassenen Impfstoffe und die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und langwierig. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland weiterhin 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 1,11 (Konfidenzintervall: 1,00 – 1,21, berechnet für den Erkrankungsbeginn 02.10.2020)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RKI (2020): [Risikobewertung zu COVID-19](#); Stand: 07.10.2020 abgerufen am 08.10.2020

<sup>2</sup> RKI (2020): [Nowcasting und R-Schätzung: Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland](#) (Stand: 07.10.2020, abgerufen: 08.10.2020)

### 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.**