

30. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 18.03.2021, 14:00-19:00

Anmerkung: Es wurde zur Dokumentation der Sitzung die Form eines Ergebnisprotokolls gewählt, Wortmeldungen sind entsprechend der Funktion des/der Sprecher/in gekennzeichnet.

1. Feststellung der virtuellen Anwesenheit der Mitglieder

Herzog begrüßt alle TeilnehmerInnen zur 30. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

Die Anwesenheit der TeilnehmerInnen wird über Eintragung von Namen und Funktion im Chat dokumentiert.

→ siehe Anhang 1: 25032021_Anwesenheitsliste_30. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 19 von 20 stimmberechtigten Mitgliedern anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 29. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 29. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 11032021_Corona Kommission_29. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Herzog weist darauf hin, dass die Länder Tirol und Vorarlberg unter TOP 4 einen Bericht zur aktuellen Situation und rezenten Maßnahmen angekündigt haben. Die im Vorfeld ausgeschickten Dokumente dienen als Diskussionsgrundlagen zu diesem TOP, die heute nicht formal abgenommen werden.

3. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich

Ferdin (BMSGPK) berichtet über die Kapazitätserhebung des Bundes, die seit letztem Sommer laufend durchgeführt wird. Sie weist darauf hin, dass das diesbezügliche Reporting sowohl den aktuellen Stand als auch die jeweilige 7-Tages-Prognose zum Belag umfasst.

Erhoben werden darin Belag und zur Verfügung stehende Kapazitäten auf Normal- und Intensivpflegestationen. Der Belagstrend der letzten 7 Tage ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg steigend. Dasselbe Bild zeigt sich in Bezug auf den ICU-Belag. Der Trend sei dabei in Abhängigkeit zu den absoluten Ausgangszahlen stets vorsichtig zu interpretieren. Die Zahl der belegten Betten ist in den letzten 14 Tagen deutlich gestiegen.

Herzog weist darauf hin, dass die Zusammenfassung der gezeigten Erhebung in den vorab ausgeschickten Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich inkludiert wurde und dort künftig regelmäßig angeführt werden soll.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob gemäß der gezeigten Präsentation die Steigerungen im Bereich Intensivstationen in Oberösterreich mit 16 % im Bundeslandvergleich am Höchsten sind und ob sich in Bezug auf Beatmungsgeräte bereits kritische Situationen im Burgenland und in Tirol ableiten lassen. Ferdin weist darauf hin, dass die Einmeldung in Bezug auf Beatmungsgeräte im Burgenland differiert und die Zahlen daher vorsichtig zu interpretieren sind. Sie bestätigt, dass die Entwicklung in Oberösterreich am stärksten war. Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass von seinem Bundesland IntensivpatientInnen aus einem anderen Bundesland übernommen wurden, was einen Teil des Anstieges erklärt. Dies sei in Bezug auf das Systemrisiko jedenfalls zu berücksichtigen, was von Ferdin bestätigt wird. Sie führt aus, dass insbesondere auch die 14-Tages-Entwicklung in die Betrachtung einbezogen werden muss. Der Vertreter aus Oberösterreich weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Bundesland derzeit keine freien ECMO-Kapazitäten mehr hat.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) fragt nach, ob auch Post-COVID-PatientInnen berücksichtigt werden, die nach einem Intensivaufenthalt auf COVID-Stationen verbleiben. Diese Situation habe im benachbarten Ausland das System wesentlich belastet. Ferdin bestätigt die Wichtigkeit dieser Thematik und verweist auf eine diesbezügliche Abstimmung mit den Ansprechpersonen der Bundesländer, die innerhalb einer Sitzung kommenden Dienstag abgeschlossen werden soll. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) betont, dass das aufgezeigte Problem bereits jetzt sehr bedeutsam ist.

Der Vertreter aus Wien fragt nach dem Hintergrund der heutigen Präsentation bzw. der Kapazitätserhebung selbst und hinterfragt etwaige Implikationen. Ostermann erläutert, dass Prognoserechnung und Kapazitätsvorschau auf diesen Daten basieren. Auch vor dem Hintergrund der immer weiteren Verbreitung der Virusvarianten scheint es essenziell, diese Informationen laufend zu beobachten. Daher soll die Kapazitätserhebung wie erwähnt künftig regelmäßig in den Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich aufgenommen werden.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums, die mit jenen der letzten Woche vergleichbar sind, zumal sich die maßgeblichen Grundlagen sich nicht wesentlich verändert haben. Die britische Virusvariante stellt österreichweit bereits rund 75% der Infektionen dar, in einigen Bundesländern sind schon über 90% der Infektionen dieser Variante zuzurechnen.

Die aktuelle Prognose geht von einem Infektionsgeschehen von rund 3.300 Fällen/Tag aus. Die 7-Tages-Inzidenz wird am 24.3. mit 263 erwartet, wobei sich die starken Unterschiede zwischen den Bundesländern fortsetzen. Der Belag auf den Intensivstationen wird gemäß Prognose von derzeit 19,6% bis zum 24.3. auf 25,5% ansteigen. Es wird darauf hingewiesen, dass im Burgenland eine Überschreitung der per 16.3. gemeldeten Kapazitäten im Intensivbereich erwartet wird. Die Kapazitätsvorschau sieht darüber hinaus in Wien eine Überschreitung der Auslastungsgrenze von 33% COVID-Belag an der ICU-Gesamtkapazität in den nächsten Tagen vor. In Niederösterreich ist eine Überschreitung dieser Grenze innerhalb des 68%-Intervalls möglich. Auch in Oberösterreich und Tirol wird der Intensivbelag laut Prognose deutlich ansteigen.

Eine Neuberechnung der Szenarien konnte entgegen der letztwöchigen Ankündigung mangels vollständiger Datengrundlagen zu Impfungen noch nicht vorgenommen werden. Die Beobachtung der bereits bekannten Szenarien zeigt, dass die exponentielle Wachstumskurve des Worst-Case-Szenarios rezent durchbrochen werden konnte. Gegebenenfalls wirkt hier der Anteil von Personen mit bereits durchgemachter Infektion in Kombination mit einer fortschreitenden Impfung von bereits rund 15-30% der Bevölkerung moderierend. Zudem scheinen die gesetzten Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten ihre Wirkung zu zeigen und Einfluss auf die Gesamtinzidenz zu nehmen. Ob sich

diese Entwicklung fortsetzt, wird engmaschig zu beobachten sein. Im Bereich der Belagsentwicklung bewegt man sich derzeit zwischen Baseline- und Worst-Case-Szenario.

➔ *siehe Anhang 3: TOP 3 Prognose*

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation und zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Die 7-Tages-Inzidenz zum 16.3. liegt bei 213,5/100.000. R_{eff} hält sich in den letzten Tagen stabil bei rund 1,1. Von KW 6 bis KW 10 zeigt sich jeweils ein leichter Anstieg bei der Anzahl der Testungen, die Positivitätsrate flacht in den letzten Tagen langsam ab. Das Infektionsgeschehen wird derzeit von der Kohorte der 6-24-Jährigen dominiert. Lokale Cluster sind das dominierende Übertragungssetting, es gibt kaum Fälle mit Reiseassoziation. Nach wie vor dominiert das Haushaltssetting. Während in KW 5 noch rund 10% der Fälle dem Setting Gesundheit und Soziales zugeordnet werden konnten, traten in KW 10 nur mehr 1,5% der Fälle in diesem Setting auf. Die Mortalität in der Altersgruppe über 85 Jahren ist weiterhin rückläufig, es zeichnet sich rezent ein leichter Anstieg in der Altersgruppe der 75-84-Jährigen ab.

Eine Trendanalyse der Altersgruppen bis 25 Jahren zeigt ein zwischen den Bundesländern heterogenes Bild. Bei der Gruppe bis 6 Jahre gibt es nur im Burgenland und in Wien einen steigenden Trend. In der Altersgruppe der 6-14-Jährigen gibt es in mehr als der Hälfte der Bundesländer einen steigenden Trend, bei den 15-19-Jährigen weisen nur 3 Bundesländern einen stabilen, alle anderen einen steigenden Trend auf. Der Anteil der im Bildungsbereich erworbenen Cluster ist im Burgenland, in Salzburg und Vorarlberg im Vergleich zur Vorperiode deutlich zurückgegangen.

Daten zu den Testungen im Bildungsbereich zeigen für KW 9 und 10 eine stabile Entwicklung. Die Testfrequenz bei LehrerInnen hat zwischen KW 9 und 10 deutlich zugenommen. Damit geht ein Unterschied in der Positivitätsrate einher, die in der Lehrerpopulation rund 10 Mal höher ist als in der Schülerpopulation. Nach wie vor wird der Großteil der im Bildungssetting erworbenen Cluster von LehrerInnen ausgelöst.

Der Anteil der Fälle mit Variants of Concern liegt österreichweit bei knapp 75%. Am Höchsten ist der Anteil mit fast 95% im Burgenland, am Geringsten in Vorarlberg mit 33%. Dominant ist die britische Variante, der Anteil der südafrikanischen Variante konnte auf insgesamt unter 0,5% zurückgedrängt werden.

➔ *siehe Anhang 4: Ampel_slides_2021-03-17*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs.

Die Entwicklung im Burgenland hat sich mit einem Anstieg von 13% auf eine rohe Inzidenz von knapp 250/100.000 fortgesetzt. Anstiege wurden in fast allen Bezirken verzeichnet. Kritisch ist die hohe Auslastung der Intensivstationen zu betrachten.

Der Vertreter aus dem Burgenland verweist auf intensive Maßnahmen im Bezirk Jennersdorf. Als Hauptproblem wird die Auslastung der Intensivstationen erachtet, wobei in Bezug auf die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten insbesondere der Faktor des verfügbaren Personals kritisch ist. Im Bildungsbereich wurden die Impfungen der PädagogInnen vorgezogen und ein intensives Kontaktpersonenmanagement etabliert und durchgeführt. Berichtet wird von Problemen bei der Datenbereinigung, wodurch die Fallzahlen ggf. verzerrt werden.

Schmid führt aus, dass Wien durch das genannte Datenproblem in der letzten Woche benachteiligt wurde, was zwischenzeitlich bereinigt werden konnte. Nunmehr kam es zu Fehlzuordnungen im Bezirk Eisenstadt Stadt, die es noch zu bereinigen gilt. Als problematisch werden im Burgenland nach wie vor die häufigen Einträge im Kindergartenbereich erachtet. Auf Nachfrage berichtet der Vertreter aus dem Burgenland, dass 72% der PädagogInnen zur Impfung angemeldet waren. In 49 Gemeinden gibt es Testangebote für Antigentests sowie 7 Stationen für PCR-Testungen.

Die Situation in Kärnten ist mit einem Anstieg von nur einem Prozent stabil. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt nunmehr bei 187,4/100.000 und damit nach wie vor deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. In Hermagor konnte ein Rückgang der Fallzahlen um rund 34% verzeichnet werden.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet, dass sich die Situation in Hermagor weitgehend beruhigt hat, aber nach wie vor unter Beobachtung steht. Es werden nun stichprobenartig Ausreisekontrollen vorgenommen. Zum geplanten KAP-Survey wird eine bilaterale Abstimmung mit Siebenhofer-Kroitzsch avisiert.

In Niederösterreich betrug der Inzidenz-Anstieg rund 6%. Die aktuelle rohe Inzidenz liegt bei 235/100.000. Nach wie vor liegt die Inzidenz in Wiener Neustadt Stadt über 500/100.000. Auch Wiener Neustadt Land hat die Schwelle von 400/100.000 bereits überschritten, in Neunkirchen zeigt die Entwicklung klar in diese Richtung.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einem Ausbruch in der Justizanstalt Stein mit rund 30 Fällen. Die geplante Impfkation für PädagogInnen am kommenden Wochenende musste mangels Impfstoffes eingeschränkt werden. Die Kontrollen der Ausreisetestungen in Wr. Neustadt laufen weitgehend reibungslos. Auch Wiener Neustadt Land bereitet sich auf verstärkte Maßnahmen vor, wobei man sich hier auf besonders betroffene Gemeinden rund um Wr. Neustadt fokussieren wird. Auch in Neunkirchen bereitet man sich auf eventuell verstärkte Maßnahmen vor.

Schmid ergänzt, dass der stabile Trend des Verbreitungsgeschehens bei über 65-Jährigen sowie bei älteren SchülerInnen in Niederösterreich trotz der kritischen Gesamtentwicklung hervorzuheben ist. Das Aufkommen an Bildungscleistern im Bundesland ist nach wie vor erhöht. Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer probeweisen Implementierung von Lollipop-Tests im Bereich Kindergarten. In Hochinzidenzgebieten wurde zudem die Maskenpflicht für KindergartenpädagogInnen wiedereingeführt.

Oberösterreich hat mit einem Anstieg von 20% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 195/100.000 einen deutlich steigenden Trend zu verzeichnen. Mehrere Bezirke verzeichneten markante Fallanstiege und weisen eine Inzidenz von über 300/100.000 aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einer nach wie vor stabilen Situation in den Spitälern, auch im Bereich der Intensivstationen. Es wurde hier dennoch die nächste Stufe im Krisenplan aktiviert, da man mit einem weiteren Anstieg der Fallzahlen rechnet. Auf den Normalstationen ist die Situation insbesondere vor dem Hintergrund der guten Durchimpfung im Bereich der Alten- und Pflegeheime entspannter. Das Durchschnittsalter der PatientInnen auf Normalstationen sinkt. Im Bezirk Braunau sind Fälle im Zusammenhang mit Betrieben, Kindergärten und Schulen aufgetreten, die sich gut abgrenzen lassen. Im Bezirk Perg sowie in Gemeinden, die an den Bezirk Freistadt angrenzen, wurden zahlreiche Fälle identifiziert, wobei ein großer Anteil davon K1-Personen sind. Ansteckungen konnten hier auf den Transport in Schulbussen zurückgeführt werden. Man geht davon aus, dass im Bezirk Perg der Peak bereits überschritten wurde. Für den Bezirk Kirchdorf konnten primär Familiencluster identifiziert werden. Es folgt nun eine genaue Analyse, Kontrollen sollen verstärkt werden. Der Bezirk Wels Land, der bereits länger auffällig ist, wird ebenfalls verstärkter Analyse und Kontrolle

unterworfen. Man rechnet mit einer weiterhin verstärkten Inanspruchnahme im stationären Bereich in den nächsten Wochen.

Schmid hebt hervor, dass im 14-Tages-Trend in Oberösterreich auch in der Altersgruppe 65+ ein markanter Anstieg verzeichnet wurde. Diese Fälle sind primär dem Haushaltssetting zuzuordnen, wobei es sich häufig um Groß- bzw. Mehrfamilienausbrüche, ausgelöst durch Feierlichkeiten, handelt. Auch die Schülerpopulation ist in Oberösterreich vergleichsweise stark betroffen.

Die Lage in Salzburg war ebenfalls durch einen Inzidenzanstieg von 19 gekennzeichnet. Die rohe Inzidenz liegt bei 284/100.000. Mit Ausnahme von Sankt Johann im Pongau haben alle Bezirke einen Anstieg der Inzidenz zu verzeichnen.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet, dass die Ausgangsbeschränkungen im Gasteinertal dazu beigetragen haben, die Situation zu stabilisieren. Jene in Radstadt wurden aufgrund der positiven Entwicklung bereits aufgehoben. Cluster wurden im Bereich Sport, Tanz und auch in Familien verzeichnet. Darüber hinaus treten zahlreiche Fälle im Bereich Schulen und Kindergärten auf. Es wurden Ansteckungen trotz (behaupteter) getragener FFP-2-Maske bzw. K2-Status verzeichnet. In Schulen wird nun ein verschärftes Kontaktpersonenmanagement angewandt und Kinder weitgehend als K1-Personen abgesondert.

Die Steiermark verzeichnete ein stabiles Infektionsgeschehen und die rohe Inzidenz liegt nach wie vor bei 169/100.000. Nur wenige Bezirke verzeichneten Fallanstiege, der Großteil blieb stabil.

Der Vertreter aus der Steiermark bestätigt die stabile Lage. Ab kommendem Montag wird ein weiteres Testzentrum in Knittelfeld in Betrieb genommen. Zudem werden weiterhin Testbusse in auffälligen Gemeinden eingesetzt. Bezirke mit den höchsten 7-Tages-Inzidenzen werden analysiert und es werden gezielte PCR-Testungen angeboten. Gemäß heutiger AGES-Morgenmeldung liegt die Steiermark in der Inzidenz bereits an zweiter Stelle in Österreich. Zum am stärksten betroffenen Bezirk Leibnitz wird von mehreren Ausbrüchen in Schulen und Kindergärten berichtet. In Alten- und Pflegeheimen gibt es nur mehr vereinzelte Ausbrüche, die primär von Neuzugängen ausgelöst werden.

Schmid bestätigt die positive Entwicklung im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie die stärkere Betroffenheit des Bildungsbereichs. R_{eff} liegt in der Steiermark nahe 1.

Die Situation in Tirol ist mit einem Anstieg von 17 % und einer Inzidenz von 158/100.000 wieder klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Während es in Reutte und Schwaz zu einer deutlich positiven Entwicklung gekommen ist, ist der Zentralraum Innsbruck von Fallzunahmen gekennzeichnet. Die Bezirke Lienz und Imst sind in der Inzidenz auffällig.

Für Innsbruck berichtet der Vertreter aus Tirol von einem großen Cluster im Bereich einer Obdachlosen-Einrichtung sowie einem neuen Cluster im Bildungsbereich. In Innsbruck-Land wurden Cluster in einer Behinderteneinrichtung sowie in einem Krankenhaus verzeichnet. Dem Hot-Spot Imst wird mit verstärkten Testungen begegnet. Das Fallgeschehen in Lienz ist nach wie vor sehr hoch. Primär treten Ansteckungen im Haushalt bzw. in Bildungseinrichtungen oder im Setting Arbeit auf. Die massiven Maßnahmen im Bezirk Schwaz zeigen nunmehr deutlich positive Auswirkungen.

Schmid ergänzt, dass der Anteil der südafrikanischen Virusvariante in Tirol sehr erfolgreich zurückgedrängt werden konnte. Die britische und die Normvariante halten sich hier nun weitgehend die Waage.

Vorarlberg verzeichnete entgegen dem Bundestrend einen weiteren Rückgang der Inzidenz um 9% auf eine rohe Inzidenz von 60/100.000. Man liegt damit nach wie vor sehr deutlich im Bereich des hohen Risikos. Der Anteil der asymptomatischen Personen liegt in Vorarlberg nun bei rund 29%.

Der Vertreter aus Vorarlberg bestätigt die positive Entwicklung in seinem Bundesland. Die Inzidenz entspricht weitgehend jener der gesamten Bodenseeregion. Auf den Normalstationen wurde ein sinkender Trend verzeichnet, die Auslastung der Intensivstationen ist gering. Die Verbreitung der Virusvarianten bleibt stabil bzw. ist sogar rückläufig.

Auch in Wien wurde ein Anstieg der Inzidenz von 21% auf eine rohe 7-Tages-Inzidenz von 274/100.000 verzeichnet. Das Testgeschehen ist nach wie vor hoch.

Die Vertreterin aus Wien bestätigt die steigenden Zahlen. Die Aufklärungsrate konnte mit 72% dennoch hochgehalten werden. Das Projekt „Alles gurgelt“ wird weiter ausgerollt. Erfreulich ist der Rückgang der Fälle in Pflegeeinrichtungen. Der Großteil der geimpften Personen bleibt bei Infektionen asymptomatisch bzw. zeigt nur geringe Symptome.

Schmid ergänzt, dass der Anteil asymptomatischer Personen in Wien im Vergleich deutlich höher ist, was zum Teil auf die hohe Testfrequenz zurückgeführt werden kann.

Die vorbereitete und gestern ausgeschickte Beschlussgrundlage wird aufgerufen. Der Trend bei den Virusvarianten wurde entfernt, da die Darstellung nicht mehr zielführend scheint. Gegenüber der gestrigen Version neu aufgenommen wurde der 14-Tages-Trend bei den über 65-Jährigen. Es gibt keine Korrekturen oder Änderungswünsche seitens der Kommissionsmitglieder.

Der vorab ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird aufgerufen. Die Inhalte und Darstellungen sind weitgehend unverändert zu jenen der Vorwoche. Wie heute bereits erläutert, wurden die Darstellungen zur Kapazitätserhebung neu aufgenommen.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien präzisiert Schmid, dass die Abbildung zu Testungen auf Seite 12 auf den Daten des BMI (SKKM-Meldungen) beruht. Es sind hier keine Schul- oder Apothekentests enthalten. Herzog avisiert zusätzliche Auswertungen aus der Screening-Datenbank. Über eine etwaige Aufnahme in den Bericht soll nach deren Vorliegen entschieden werden.

In Bezug auf die Empfehlungen schlägt Ostermann vor, einen Verweis auf die spezielle Situation hinsichtlich der Kapazitäten in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland aufzunehmen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, inwieweit die Übernahme von ICU-PatientInnen anderer Bundesländer bei der Darstellung der Auslastung berücksichtigt wird und ob damit einhergehend die Situation in Niederösterreich derzeit unterschätzt wird. Herzog bestätigt diese Ausführungen und verweist nochmals auf die von Ferdin für Dienstag avisierte Arbeitsgruppe. Reich hinterfragt, ob bei zunehmender Auslastung Wiens übernommene PatientInnen rücktransferiert oder Wiener PatientInnen in andere Bundesländer transferiert werden müssen. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass ein Rücktransfer von ECMO-PatientInnen aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Generell wird angeregt die Frage von TransferpatientInnen in den Erhebungen (besser) zu berücksichtigen. Der Vertreter aus Oberösterreich hebt hervor, dass hier das Risiko gegebenenfalls unterschätzt wird. Herzog fasst zusammen, dass die heutige Diskussion in der Arbeitsgruppe kommenden Dienstag aufgegriffen und in Form einer Gastpatientenerfassung umgesetzt werden soll.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) verweist auf die Inzidenzkurven der östlichen Bundesländer und betont, dass sich die Systeme hier kurz vor einer Sättigung befinden. Es muss daher rasch das Management der Situation in Form eines dynamischen Austauschs zwischen den Bundesländern umgesetzt werden. Herzog hebt hervor, dass in der Kommission seit Jänner vom dynamischen Anstieg der Fallzahlen und deren Auswirkungen auf die Belagssituation berichtet wird. Er fragt nach, welche Gruppe geeignet wäre, um diese kritische Situation zu lösen.

Der Vertreter aus Oberösterreich schlägt vor, je Bundesland einen Intensiv-Koordinator einzusetzen, die wechselseitig bilateral Transfernotwendigkeiten abstimmen. Man befinde sich derzeit in einer Situation, wo ECMO-PatientInnen transferiert werden müssen, da bundeslandeigene Kapazitäten fallweise nicht ausreichen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) berichtet auf Nachfrage von Herzog, dass IntensivkoordinatorInnen in Wien bereits etabliert und namhaft gemacht sind. Dies scheint nicht in allen Bundesländern der Fall zu sein.

Herzog regt an eine Formulierung, nämlich dass ein Netzwerk an IntensivkoordinatorInnen einzurichten ist, in die Empfehlung aufzunehmen und ersucht die LändervertreterInnen dies in den jeweiligen Ländern weiterzuleiten und voranzutreiben. Er weist an dieser Stelle darauf hin, dass Wien nach wie vor im Rahmen der Kapazitätsmeldung des Bundes seine Daten nicht über das automatisierte Tool einmeldet.

Netzer fragt in Hinblick auf den Passus zu effizienteren und sensitiveren Testverfahren nach, welche Einsatzgebiete konkret gemeint sind. Herzog verweist auf die aktuelle Situation Vorarlbergs mit sehr breitflächigem Einsatz von Eintrittstestungen.

Es kommt zu einer Pause, in der die Empfehlungen gemäß der vorhergehenden Diskussion ergänzt und in dieser Form an alle Mitglieder der Kommission ausgeschickt werden. Um eine interne Abstimmung zu ermöglichen, wird nach der Pause mit TOP 4 fortgesetzt.

4. Berichte

Diskussion über Regionalisierung von Maßnahmen – Entwicklung einer Toolbox

Reich (BMSGPK) präsentiert die vorab ausgeschickte Toolbox für regionale Maßnahmen in Gebieten mit hohen Inzidenzen. Die Einstufung erfolgt grundlegend anhand des Manuals der Corona-Kommission und orientiert sich an der 7-Tages-Inzidenz sowie ergänzenden Kriterien.

Es werden nach diesen Kriterien 3 Klassen von Bundesländern sowie 2 Stufen für behördliche Maßnahmen definiert. Darüber hinaus sind Möglichkeiten für inhaltliche Lockerungen angeführt, die an das Erreichen bestimmter Inzidenzgrenzen gebunden sind. Für die kommenden Osterfeiertage wird vorgeschlagen Besuche mit Testungen zuzulassen (analog zur Weihnachtsregelung für den Zeitraum Karfreitag bis einschl. Ostermontag). Religiöse Veranstaltungen sollten wo möglich Outdoor stattfinden.

Rizzoli (Land Tirol) berichtet von gesetzten Maßnahmen auf Bezirks- und Gemeindeebene in seinem Bundesland. In Tirol findet ein tägliches Monitoring auf Gemeindeebene statt. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass neben den reinen Inzidenzen auch andere Faktoren (Bevölkerungszahl etc.) einbezogen werden müssen. Er betont, dass von der Entscheidung bis zur Umsetzung maximal 4 Tage anberaumt werden. Nur so sei die Situation rasch und effizient in den Griff zu bekommen. Mögliche Handlungsfelder sind eine Testverpflichtung bei Ausreise sowie Interventionen im Bereich Bildungseinrichtungen und Handel. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit

(lückenloser) Kontrollen an vordefinierten Kontrollpunkten, die hier rollierend zwischen 6 und 20 Uhr besetzt werden.

Erste Erfahrungen zu breitflächigen Impfungen zeigen Herausforderungen in Bezug auf die Impfung immobiler Personen auf. Mobile Impfteams binden hier im Vergleich mit der Inanspruchnahme von Krankentransporten rund 50% weniger Personal. Hinsichtlich der Logistik wird die Bedeutung der Kommissionierung der Waren betont. Es sollte stets ein disponierbarer Bestand an Spritzen und Nadeln vorrätig sein. In Bezug auf Back-up-Listen wurden den Gemeinden klare Vorgaben gemacht, die auch kontrolliert werden müssen.

➔ *siehe Anhang 5: TOP 4_Tirol_CK_2021_03_18.*

Strauß (BMSGPK) gibt einen Überblick über den Status Quo zur Umsetzung des Erlasses betreffend zusätzlicher Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten. Die bereits im Erlass definierten Ausnahmen wurden weitgehend umgesetzt, regional gab es darüber hinaus weitere Ausnahmen. Die gezeigte Präsentation versteht sich als Ideensammlung für die zuvor präsentierte Toolbox.

➔ *siehe Anhang 6: TOP 4_Hochrisikoinzidenz_Erlass PPT Strauss Version 18_3_2021*

Die Vertreterin aus Niederösterreich fragt nach der etwaigen (rechtlichen) Verbindlichkeit der Toolbox. Zudem fragt sie nach dem Zweck verpflichtender Antigentests als Zutrittstests im Handel, wo ohnedies bereits FFP2-Maskenpflicht und Kapazitätsbeschränkungen gelten. Sie gibt zu bedenken, dass die im Erlass genannte Anforderung, die Ausreisetestpflicht erst nach 10 Tagen mit einer Inzidenz unter 200 zu beenden, schwer zu erreichen ist. So würden die betroffenen Gebiete gegenüber anderen mit einer Inzidenz von beispielsweise 300/100.000 schlechter gestellt werden. Die Vertreterin aus Salzburg schließt sich dieser Wortmeldung an.

Der Vertreter aus Vorarlberg regt an, in der Impfstrategie nicht nur nach Alter zu reihen, sondern auch RisikopatientInnen vorzuziehen und dies schriftlich festzuhalten. Er verweist auf Medienberichte, wonach bald der grüne Pass implementiert werden soll und regt an, diesen Aspekt zu berücksichtigen.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt, ob sich die in der Toolbox vorgeschlagenen Maßnahmen auf Bezirks- oder auf Gemeindeebene beziehen. Er gibt zu bedenken, dass hier Größenordnungen in Form der Bevölkerungszahlen beachtet werden müssen. Gewisse Gemeinden in Oberösterreich haben vergleichbar viele EinwohnerInnen wie ein großer Gemeindebau in Wien. Ein Vergleich unterschiedlicher Gemeinde- bzw. Bezirksgrößen mit großen Bundesländern scheint nicht zielführend zu sein. Zudem sei die Kontrollierbarkeit von Maßnahmen zu beachten. Große Flächenbezirke in Oberösterreich seien in dieser Hinsicht z.B. nicht mit Tiroler Gemeinden vergleichbar. Darüber hinaus wird berichtet, dass Assistenzkräfte des Bundesheeres fallweise aus Teststraßen abgezogen werden, um Ausreisekontrollen durchzuführen. Vorgeschlagen wird, wie in anderen Ländern fallweise umgesetzt, anstelle von Bezirks- oder Gemeindegrenzen Kilometer-Radien für Regelungen und deren Kontrollen zu definieren.

Ostermann erläutert, dass es im Bundesland Tirol gelungen ist, die bisherigen Erfahrungen zu nutzen und ein sehr effizientes System aufzubauen. Regionale Maßnahmen haben in der letzten Zeit in mehreren Gebieten zu einem erfolgreichen Eindämmen der Inzidenzraten geführt. Diese Maßnahmen sind stets auf der Ampel-Website nachzuverfolgen. Die genannten Inzidenzwerte von 200 bzw. 400/100.000 scheinen definitiv nicht zu tief gegriffen. Am Beispiel Wiens gibt er zu bedenken, dass ein Überschreiten der Grenze von 400/100.000 hier zu einer nicht bewältigbaren Situation im Bereich der Intensivstationen führen würde und Maßnahmen daher jedenfalls früher zu ergreifen sind.

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug auf die Maßnahme der Aus- und Einreisetests. Er betont, dass hier bislang keine Verkehrswege umfasst waren, die besonders hoch frequentiert sind. Wien verfügt über 130 Aus- und Einfahrten, die zudem mehrere Autobahnen umfassen. Kontrollen würden das Verkehrsgeschehen der gesamten Ostregion maßgeblich beeinflussen. Zudem fragt er nach, welche Maßnahmen neben den Aus- und Einreisetests geeignet sind, um die Infektionen und nicht nur die Ausbreitung von Virusvarianten einzudämmen.

Heinz betont den Unterschied der Bedeutung der britischen gegenüber der südafrikanischen Variante, da der Schutz von Impfungen gegen Erstere gegeben ist, während für Zweitere vermutlich modifizierte Impfstoffe notwendig sind.

Herzog ersucht darum, sämtliche Anmerkungen zum Dokument schriftlich zu übermitteln. Ein diesbezügliches E-Mail wird noch am Sitzungstag an alle Kommissionsmitglieder ergehen. Die Beratungen der Bundesregierung mit den Landeshauptleuten haben zu dem Auftrag geführt, gemeinsam mit LändervertreterInnen ein Maßnahmenpaket zu entwickeln. Die Corona-Kommission scheint hierfür das geeignete Setting zu sein. Die Toolbox stellt einen ersten Vorschlag dar und hat derzeit keine Rechtsverbindlichkeit. Eine solche hat derzeit lediglich der angesprochene Erlass, der durchaus einen gewissen Gestaltungsspielraum einräumt (z.B. Fokussierung auf einzelne Gemeinden anstelle ganzer Bezirke).

Zur 10-Tages-Grenze verweist er nochmals darauf, dass Kontrollen stichprobenartig erfolgen und mit zunehmend positiver Entwicklung gelockert werden können.

Hinsichtlich der Impfungen bestätigt Herzog die Wortmeldung des Vertreters aus Vorarlberg, wonach besonderes Augenmerk auf RisikopatientInnen zu legen ist. Die Priorisierung der Altersgruppe 65+ wurde primär vor den aktuellen Entwicklungen im Intensivbelag vorgenommen.

Der Vertreter aus Tirol konkretisiert in Hinblick auf die Kontrollthematik, dass in Tirol rund 1.200 Einsatzkräfte für die Ausreisekontrollen gebunden waren. Ziel der Ausreisetestverpflichtung ist es, Bevölkerungsgruppen zu Testungen zu animieren, die sonst keine Angebote in Anspruch nehmen. Zum Erreichen dieses Ziels scheint es ausreichend, rund 30% der Ein- und Ausfahrten rollierend zu kontrollieren. Dies wäre personell in vernünftigen Rahmen möglich und ausreichend. Zudem hebt er die Möglichkeit hervor, die Anzahl von Ein-/Ausfahrten mittels Fahrverboten zu reduzieren. Aus der bisherigen Erfahrung rät der Vertreter aus Tirol davon ab, etwaige Beschränkungen mit Kilometerradien zu versehen, da dies für die Bevölkerung schwerer nachvollziehbar wäre als die bekannten Bezirks- und Gemeindegrenzen.

Herzog führt aus, dass etwaigen Maßnahmen immer eine Evaluierung durch die lokalen Behörden zugrunde liegt und auf dieser Basis individuell zu entscheiden, ist, welche Maßnahmen in welchem Ausmaß gesetzt werden. Die jetzt definierten Inzidenzzahlen sind ein Ausgangspunkt, um diese Evaluierung zu beginnen. In Hinblick auf die angeführten Maßnahmen verweist er darauf, dass diese derzeit stark an die aktuelle Situation der Virusvarianten angelehnt sind. Gerne werden darüberhinausgehende Vorschläge entgegengenommen.

Eine etwaige rechtliche Umsetzung der Toolbox kann erst nach deren Finalisierung überlegt werden. Herzog ersucht in diesem Zusammenhang nochmals um möglichst konkrete Rückmeldungen und Inputs zur Toolbox bis Montag, 22.03.2021. Ziel wäre es, in der Sitzung nächste Woche eine finale Fassung zu verabschieden.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt, dass die Grenze von 10 Tagen für eine 7-Tages-Inzidenz von unter 200 aus fachlicher Sicht durchaus sinnvoll ist. In Bezug auf die Akzeptanz und Compliance der

Bevölkerung wird dies aber kritisch erachtet. Eine Anpassung der Kontrollfrequenz wird als geeignete Alternative erachtet.

Auf nochmalige Nachfrage des Vertreters aus Vorarlberg berichtet Herzog, dass die Arbeiten am Green-Pass keinesfalls abgeschlossen sind. Es ist hier mit Maß und Ziel vorzugehen; zunächst müssen technische Lösungen geschaffen werden. Es sollen hier zunächst die Entwicklungen auf EU-Ebene abgewartet werden. Benka (BMSGPK) berichtet, dass die aktuell gültigen Erleichterungen für Genesene eine gute Grundlage für die europäischen Abstimmungen darstellen.

Der Vertreter aus Oberösterreich sieht die aktuelle Toolbox dahingehend kritisch, dass die Klassifizierung anhand fester Inzidenzgrenzen vorgenommen wird. Er regt an, dies noch zu adaptieren. Die Summe von Genesenen und Geimpften beträgt in Oberösterreich je nach Region zwischen 10 und 20 Prozent. Aus seiner Sicht sind die im November besonders betroffenen Regionen aktuell geringeren Inzidenzen unterworfen.

Der Vertreter aus Wien berichtet von einem ihm vorliegenden Entwurf der Stadt Wien für eine Besuchsregelung in Krankenanstalten, wonach 2 Besuche pro Woche möglich sein soll. Hausreither ergänzt, dass im heutigen Gesundheitsausschusses ergänzende Regelungen zum grünen Pass formuliert wurden. Der diesbezügliche Abänderungsantrag soll zeitnah an die Kommissionsmitglieder ausgeschickt werden, etwaige Rückmeldungen sind bis Montag früh möglich.

Teststrategie – Update und Ausblick

Benka verweist auf die in der letzten Sitzung präsentierte aktualisierte Teststrategie. Er berichtet, dass künftig vermehrt Personal aus Teststraßen für den Einsatz in Impfstraßen benötigt wird. Es wurde daher mehrfach der Wunsch geäußert, in Teststraßen die Eigenabnahme von Proben vor Personal zuzulassen. Auch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstests steht in Diskussion. Es sind hier grundlegende Entscheidungen zu treffen.

Darüber hinaus gibt es Überlegungen, künftig vermehrt Pooling-Lösungen für PCR-Tests einzusetzen. Hier sind primär Gurgeltestungen – wie aktuell in Wien bereits durchgeführt – gemeint. Ein breitflächigerer Einsatz könnte dazu beitragen, eine niederschwellige, einfache und ressourcenschonende Testmöglichkeit zu schaffen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von den ersten positiven Erfahrungen mit der Registrierung von Selbsttests in seinem Bundesland. Der Test ist nicht absolut fälschungssicher, es wurden aber mehrere Schritte zur Validierung und Absicherung implementiert (zum Ablauf siehe https://youtu.be/qlbHK_Ja02Q). Eine Evaluierung der Strategie ist geplant. Herzog ersucht um einen neuerlichen Erfahrungsbericht in der nächsten Sitzung, was vom Vertreter aus Vorarlberg zugesagt wird.

Allerberger (AGES) warnt vor einer österreichweiten Ausrollung der PCR-Pooling-Testung, bevor die Methode mittels Piloten getestet und grundlegende Fragen geklärt wurden.

Die Vertreterin aus Salzburg fragt nach, ab welcher Inzidenz Pooling-Testungen sinnvoll angewendet werden können. Benka führt aus, dass hier keine festen Grenzen definiert sind. Tanios ergänzt, dass Pool-Größen je nach Inzidenz anzupassen sind, um zu vermeiden, dass alle Pools nachgetestet werden müssen.

Himpele (Wien) berichtet, dass im März in Wien 48% aller Testungen mittels PCR-Test vorgenommen wurden. Im nächstfolgenden Bundesland beträgt dieser Anteil nur 15,1%. Die Teststrategien der Bundesländer weichen somit in der Praxis deutlich voneinander ab und man ersucht, dies im Papier

durchgängig zu berücksichtigen. Die Spezifität von Antigentests wird nicht als problematisch erachtet, da hier mittels PCR-Nachtestung korrigiert werden kann. Problematisch wird aber die Sensitivität der Antigentests gesehen. Im Papier wird ausgeführt, dass 2/3 bis 4/5 der tatsächlich Infektiösen mittels Antigentest in einem Durchgang erkannt werden und man ersucht um Nennung der diesbezüglichen Quelle. Man ersucht darüber hinaus um Nennung der Quelle, wonach eine Selbstabnahme gleichzusetzen ist mit den derzeitigen Abnahmen in Teststraßen. Himpele gibt zu bedenken, dass durch das Zulassen von Selbsttests als Eintrittstestungen die aktuelle Strategie eines qualitativ hochwertigen Testangebots aufgeweicht wird.

Der Vertreter des Bildungsministeriums schließt sich den Wortmeldungen von Allerberger und aus Wien an, wonach noch zahlreiche Fragen offen sind. Er begrüßt die Möglichkeit zum Dokument schriftlich Stellung zu nehmen. Er schlägt vor diesem Hintergrund vor, in der heutigen Beschlussempfehlung den Passus zum Pooling zu entfernen, um keine voreiligen Weichenstellungen zu schaffen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet, dass zur breitflächigen Ausrollung von PCR-Gurgeltests bereits eine Anfrage ans BMSGPK ergangen ist. Man hinterfragt hier insbesondere die Vergleichbarkeit der Testergebnisse mit jenen von Antigentests und auch den Faktor der Kosten für diese Testungen, die laut eigenen Berechnungen sehr hoch sind.

Benka präzisiert, dass derzeit vor dem Hintergrund des geringeren Personaleinsatzes primär die Selbstabnahme unter Beobachtung als Ersatz für Nasenabstriche in Teststraßen diskutiert wird. Er verweist auf mehrere Studien, wonach die Sensitivität von Antigentests bei Selbstabnahme nicht wesentlich von jener bei Abnahme durch Gesundheitspersonal abweicht.

Das Poolen von Testungen ist derzeit in Diskussion, hier sind aber noch zahlreiche Fragen offen, die es zu klären gibt.

Die von Himpele erwähnte Angabe der 2/3 bis 4/5 stammt von Siebenhofer-Kroitzsch bzw. Gartlehner. Man ersucht diese um nachträgliche Quellenangabe bzw. Klarstellung.

Herzog berichtet anekdotisch aus Israel, wo ein großer Fortschritt im Bereich Impfungen gemacht wurde, dafür aber vergleichsweise sehr geringes Testangebot vorliegt. In beiden Bereichen führend zu sein, scheint nicht organisier- und durchführbar, daher ist über einen effizienten Ressourceneinsatz zu entscheiden. Die kritische Frage in Hinblick auf Selbsttests ist, inwieweit diese als Eintrittstests nutzbar sind. Hier kann und soll man die Erfahrungen aus Vorarlberg als Entscheidungsunterstützung nutzen.

Himpele fragt nochmals nach, ob es die Einschätzung des BMSGPK ist, dass die Sensitivität von Selbsttestungen annähernd gleich ist, wie jene bei den Nasenabstrichen in Teststraßen. Er betont, dass in diesem Fall die Vorgehensweise in Teststraßen sofort umgestellt werden müsste. Schmid stellt richtig, dass eine selbst via Nasenvorhof gewonnene Probe nicht mit einer durch geschultes medizinisches Personal gewonnenen Nasen-Rachen-Probe vergleichbar ist. Zudem unterscheiden sich die unterschiedlichen Antigentests in ihrer Sensitivität selbst bei gleicher Gewinnung der Proben. Benka berichtigt darüber hinaus, dass er nicht die Meinung des BMSGPK wiedergegeben, sondern auf Studien verwiesen hat.

Herzog ersucht nochmals um schriftliche Stellungnahmen zum vorgestellten Dokument bis Montag nächster Woche. Er betont, dass Anstrengungen im Sinne der Effizienz derzeit auf das Forcieren der Impfungen vulnerabler Gruppen fokussiert werden sollen.

5. Einschätzung der aktuellen Risikolage für Österreich (Fortsetzung)

Es kommt zu folgender **Abstimmung** zur Risikoeinschätzung.

Die Beratung der Kommission hinsichtlich der Einschätzung des epidemiologischen Risikos für Österreich hat folgende Einstufung ergeben:

Staatsgebiet Österreich

Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bundesland: Vorarlberg

Risikostufe: hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Der in der Pause ergänzte ausgeschickte Bericht zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich wird nochmals aufgerufen. Auf Vorschlag des Vertreters des Bildungsministeriums wird der Absatz zu Pooling-Tests entfernt.

Bericht Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Bericht einstimmig angenommen

Der Bericht wird an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt und auf der Ampel-Website veröffentlicht.

➔ *siehe Anhang 7: Lageeinschätzung_Corona_Kommission_18.03.2021_finale Fassung*

Die vorbereitete und vorab ausgeschickte APA-Meldung wird aufgerufen. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Bericht. Es wird wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl markant zurückgegangen ist.

Es bestehen keine Einwände gegen die vorbereitete APA-Meldung. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschober noch heute an die APA und anschließend an die Landes- und Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 8: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_18032021_APA*

6. Weitere Vorgehensweise

- 31. Sitzung mit Empfehlung: 25.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr
- Karwoche: vorgezogene Sitzung am Mittwoch, den 31.3.2021, 14:00 – 18:00 Uhr