

27. Sitzung Corona-Kommission

[per 28. Sitzung am 04.03.2021] korrigiertes Ergebnisprotokoll 25.02.2021, 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 27. Sitzung der Corona-Kommission.

Den Vorsitz der heutigen Sitzung übernimmt Herzog.

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

→ siehe Anhang 1: 25022021_Anwesenheitsliste_27. Sitzung

Es wird festgehalten, dass in der heutigen Sitzung im Zuge der angeführten Abstimmungen 18 von 20 stimmberechtigten Mitglieder anwesend waren. Damit war die Kommission beschlussfähig.

2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 26. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 26. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur des Landes Wien wurde bereits ergänzt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 18022021_Corona Kommission_26. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Das in der letzten Sitzung avisierte Thema Testen wird auf die nächste Sitzung verschoben, da die Vorbereitungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

Zur Anhörung zur 2. Novelle der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung sind 3 Stellungnahmen eingelangt (Kollaritsch, BMJ und Land Wien), die entsprechend dokumentiert wurden.

D'Orlando (BMSGPK) führt aus, dass mit dieser Novelle primär die Testpflicht im Bereich mobile Dienste sowie Besuchsregelungen in Alten- und Pflegeheimen geändert werden.

→ siehe Anhang 3: 2. Novelle 4. SchuMaV_Rückmeldungen_24022021

Die Novellen zum Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz sollen nächste Woche in Begutachtung gehen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. In der letzten Woche wurden Inzidenzanstiege in fast allen Regionen Österreichs verzeichnet und die effektive Reproduktionszahl (R_{eff}) liegt nun wieder über 1. Die aktuelle Prognose geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Die Variante B.1.1.7 ist bezogen auf ganz Österreich mit einer geschätzten Prävalenz von 57 % bereits dominant. Der Anteil des erhöhten Testgeschehens am gesamten Fallaufkommen wird auf max. 15 % geschätzt. Es wird in der nächsten Prognoseperiode ein

durchschnittliches Fallaufkommen von 2.200 täglichen Fällen erwartet. Am Ende der Prognoseperiode wird eine 7-Tages-Inzidenz von 178 erwartet.

Die effektive Reproduktionszahl der Varianten mit N501Y wurden im Vergleich zu den vorangegangenen Varianten analysiert. Die Varianten mit N501Y haben demnach ein um durchschnittlich 27% höheres R_{eff} . Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien erläutert Bachner, dass die Grafik auch die jeweiligen Konfidenzintervalle der dargestellten R_{eff} enthält und somit die Spannbreiten visualisiert sind.

Die Kapazitätsschau zeigt einen erwarteten Anstieg des Intensivbelags von 13 % auf 17 % am Ende der Prognoseperiode, wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Lediglich in Tirol und Vorarlberg zeigen sich leicht sinkende bzw. stagnierende Tendenzen, in den anderen Bundesländern wird von mehr oder weniger starken Anstiegen beim Bettenbelag ausgegangen, der sowohl die Intensiv- als auch die Normalpflege betrifft. Es ist daher anzuraten, entsprechende Vorkehrungen für einen Anstieg des Bettenbelages zu treffen.

Bachner bestätigt auf Nachfrage des Vertreters von Wien, dass das hohe Testgeschehen entsprechend der gezeigten Auswertungen kaum Einfluss auf die Hospitalisierungsraten hat. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) merkt an, dass eine Modellierung über den Prognosezeitraum von 2 Wochen hinaus wünschenswert wäre. Für die Abschätzung der weiteren Entwicklung sei für viele Personen eine visuelle Darstellung sehr hilfreich, die Modellierung für die nächsten 2 Wochen biete jedoch ein vergleichsweise harmloses Bild, was der tatsächlich zu erwartenden Dynamik nicht entspreche. Eine längerfristige Betrachtung sei nicht zuletzt für die politischen EntscheidungsträgerInnen wichtig. Es werden daraufhin drei per 17.2. berechnete Szenarien aufgerufen, die längerfristige Simulationen darstellen. Den Simulationen zufolge würde ab dem 6.3. ein Wendepunkt bei den Inzidenzen sowie beim Bettenbelag erreicht. Es wird hervorgehoben, dass die aktuelle Inzidenz sogar leicht über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt.

➔ *siehe Anhang 4: TOP 4 Prognose*

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet von einer beobachteten Verschiebung der Infektionen in Richtung jüngerer Kohorten und hinterfragt, ob dies in den gezeigten Modellierungen berücksichtigt wurde, was von Bachner bestätigt wird. Ebenfalls nachgefragte Informationen zu einem etwaig abweichenden Krankheitsverlauf der neuen Virusvarianten liegen nicht vor.

Der Vertreter aus Vorarlberg hinterfragt die in Tirol gesetzten Maßnahmen, die Erfolg gezeigt hätten. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass das Contact-Tracing dahingehend intensiviert wurde, dass K1 und K2-Kontaktpersonen im Verlauf 3 Mal PCR-getestet werden. Zudem werden in besonders betroffenen Bezirken flächendeckend Gurgeltests angeboten. Teststraßen bieten durchgängig sowohl Antigen- als auch PCR-Tests an. Die bekannten Ein- und Ausreiseverordnungen sowie zusätzliche 5 Testbusse für Testungen von LKW-Fahrern direkt an der Autobahn werden ebenfalls erwähnt.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von aktuell sehr positiven Belagszahlen, wonach Krankenhäuser nun wieder in der Lage sind, ihren normalen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Etwaige Steigerungen des Belags würden aber rasch wieder zu einer Belastung in diesem Bereich führen. Fälle aus Alten- und Pflegeheimen nehmen zwar ab, aber deutlich ansteckendere Virusvarianten würden zu einer massiven Fallzunahme und damit einhergehend wiederum zu einer Zunahme der Spitalshäufigkeit führen. Weitere Lockerungsschritte würden dieser Argumentation zufolge rasch zu einer Situation führen, die einen Normalbetrieb im stationären Bereich verunmöglicht.

Der Vertreter aus Wien ersucht um eine Zusammenfassung aus den heute gezeigten Daten und den daraus gewonnenen Erkenntnissen. Eine klare Darstellung der zu erwartenden Entwicklung sei für die Kommunikation an die politischen EntscheidungsträgerInnen von hoher Bedeutung.

Herzog bestätigt die vorhergehenden Wortmeldungen und verweist auf den heute ausgeschickten Kurzbericht.

Der Vertreter aus Wien bedankt sich bei Bachner für die umfassende und hilfreiche Präsentation. In Bezug auf das gezeigte Worst-Case-Szenario hinterfragt er jenen Zeitpunkt, an dem der Peak aus dem November erreicht würde. Bachner führt aus, dass dies Ende März erreicht würde. Ostermann ergänzt, dass demzufolge eine Einleitung dämpfender Maßnahmen Ende März zu spät wäre, um eine Überlastung der Intensivstationen zu verhindern. Der Vertreter aus Wien betont in diesem Zusammenhang, dass die aktuelle Inzidenz über dem modellierten Worst-Case-Szenario liegt. Dies wird von Herzog bestätigt, der aber anmerkt, dass rund 10-15 % der Fälle derzeit auf die intensiven Testungen zurückzuführen sind. Effekte des Impfens müssten mittelfristig auch berücksichtigt werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt, dass mittlerweile ein Großteil der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen geimpft ist. BewohnerInnen aus Alten- und Pflegeheimen haben seinen Ausführungen zufolge bislang zwar einen großen Teil der Krankenhausaufnahmen eingenommen, insbesondere auf Intensivstationen waren aber primär andere Gruppen betroffen. Dies sei zu berücksichtigen.

Schmid (AGES) berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz hat im Vergleich zur Vorwoche deutlich zugenommen. R_{eff} liegt in fast allen Bundesländern - mit Ausnahme von Tirol und Vorarlberg - wieder über 1. Schmid betont, dass die Verbreitung nach wie vor überwiegend in Clustern passiert. Die Anzahl der Cluster ist über die letzten Wochen relativ stabil. Dies bedeutet, dass Cluster bei steigenden Fallzahlen jeweils mehr Fälle umfassen, was ein Hinweis auf funktionierendes Contact-Tracing inkl. proaktiver Fallsuche ist. Die Abklärungsquote ist seit Kalenderwoche 2 relativ stabil bei 65 – 70 %. Auffallend ist der signifikante Rückgang des Anteils von Clustern im Bereich Gesundheit und Soziales.

Seit Kalenderwoche 4 beginnen jüngere Kohorten das Fallgeschehen zu dominieren. Dies ist mit auch auf die flächendeckenden Testungen im Schulbereich zurückzuführen. Die Altersgruppen 65-74 Jahre bzw. 75-84 Jahre sind stabil, der Anteil der Erkrankten über 85 Jahren nimmt merklich ab. Es wurden eher wenige Cluster im Bildungsbereich verzeichnet (Ausnahme Kindergarten). Auffällig ist hier Niederösterreich, wo mehrere Cluster im Bildungsbereich verzeichnet wurden. Eine Analyse ergab, dass die Indexfälle dieser Cluster primär LehrerInnen dargestellt haben. Eine Detailanalyse für Wien und Niederösterreich zeigt, dass das Maßnahmenpaket an Schulen dazu geführt hat, dass die von SchülerInnen ausgehenden Cluster an Größe abgenommen haben. Bei von LehrerInnen ausgehenden Clustern ist die Clustergröße hingegen relativ stabil. Für alle anderen Bundesländer zeigt sich in beiden Bereichen eine Abnahme der Clustergröße.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt nochmals die Kernaussage der gezeigten Präsentation und merkt an, dass die untersuchten Größen teils gering scheinen. Schmid fasst zusammen, dass sich in allen Bundesländern ein relevanter Rückgang der Anzahl der Cluster in Alten- und Pflegeheimen beobachten lässt. Dies wird weiterhin analysiert werden. Neben dem beobachteten Rückgang des Fallaufkommens in älteren Kohorten wird ein Anstieg bei den unter 25jährigen beobachtet. Das Auftreten von Clustern und deren Größe in Bildungseinrichtungen nimmt tendenziell ebenfalls ab, wobei es hier Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Demzufolge scheint das im Bildungsbereich gesetzte Maßnahmenpaket überwiegend erfolgreich.

➔ *siehe Anhang 5: Ampel_slides_2021-02-24*

Pasterk (BMBWF) berichtet von den Ergebnissen der bislang durchgeführten Antigenselbsttests an Schulen. In Summe wurden in KW 7 1,324 Millionen Tests durchgeführt. Die Positivitätsrate betrug 0,04 gesamt bzw. 0,03 bei SchülerInnen und 0,13 bei LehrerInnen. Es zeigen sich markante Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei LehrerInnen zeigt sich eine sehr hohe Testteilnahme in der Primarstufe. In der Sekundarstufe I und II nehmen deutlich weniger LehrerInnen an den Testungen teil. Generell ist die Testbereitschaft bei SchülerInnen sehr hoch, nur 1-2 % der SchülerInnen nehmen nicht an den Testungen teil. Es sollen künftig auch Testungen am Freitag möglich sein. Auf Nachfrage von Salzburg berichtet Pasterk, dass lediglich aus Wien und Niederösterreich bereits Zahlen dazu vorliegen, wie viele der positiven Selbsttests mittels PCR bestätigt wurden. Hier ergab sich eine Rate von 80%.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass in Wien und Niederösterreich die Schulöffnungen bereits mit 8. Februar erfolgt sind, somit eine Woche vor den übrigen Bundesländern. Pasterk erläutert auf Nachfrage von Bachner, dass die Schulen ein Spiegelbild der Gesellschaft darstellen, daher waren eher gleichbleibende Fallzahlen zu erwarten. Dass die Zahlen entgegen der Inzidenzsteigerung in Österreich im Schulsetting nicht ansteigen, wird als Erfolg der Testungen gewertet. Er führt aus, dass bundesweit je Schulstufe dasselbe Procedere und dieselben Tests verwendet werden.

Schmid ergänzt, dass fallweise Kinder mittels Selbsttest negativ getestet wurden und kurz darauf erkrankt sind. Die Sensitivität der Tests muss jedenfalls beachtet werden.

➔ *siehe Anhang 6: Antigentests Bildung KW07*

Schmid berichtet zum Status Quo der Varianten-Surveillance. Alle Bundesländer sind am besten Weg, ein Varianten-Surveillance-System etabliert zu haben. Eine zusätzliche Beschleunigung der Identifikation der Varianten ist passiert. Der Anteil der Fälle neuer Virusvarianten an allen Fällen beträgt österreichweit mittlerweile annähernd 60 %. Der Anteil der Cluster mit primär Wildtyp-Fällen nimmt in den meisten Bundesländern zugunsten von Clustern mit Variantenfällen ab. Der Anteil der detektierten VOC-Fälle wird in der vorab ausgeschickten Beschlussgrundlage wiedergegeben. Es soll bilateral mit Wien geklärt werden, wodurch sich Unterschiede in den Daten der AGES und der Stadt Wien erklären lassen. Die Vertreterin aus Wien merkt an, dass die Datendifferenz möglicherweise in den Meldemodalitäten eines Labors begründet ist. Der Anteil der Varianten in der Beschlussgrundlage wird für Wien auf 58% korrigiert.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland mit Stand heute 151 Fälle der UK-Variante und 2 Fälle der südafrikanischen Variante aufgetreten sind. Der prozentuelle Anteil der Varianten beträgt 26 % und wird in der Beschlussgrundlage adaptiert. Es ist auch hier eine Bereinigung der Daten anzustreben.

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Dieser basiert nun wie vereinbart auf dem Datenstand Dienstag 24 Uhr.

Im Burgenland hat sich der Inzidenzanstieg fortgesetzt und die Inzidenz liegt bei 167/100.000. Das Burgenland verzeichnet mit die höchsten Testzahlen in Österreich.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von einer Intensivierung des Testgeschehens in Güssing und Jennersdorf. Es zeigen sich zunehmend Fälle mit hohen CT-Werten am Ende der 10tägigen Quarantäne. Die Testung aller Infizierten und K1-Personen vor Entlassung aus der Quarantäne soll nun

auf das ganze Burgenland ausgerollt werden. K1-Personen werden demnach durchgängig an Tag 7 der Quarantäne getestet. Diese Testungen erfolgen ausschließlich mittels PCR-Test. Die Testung von K2-Personen soll bei Auftreten von Virusvarianten intensiviert werden.

Schmid berichtet von einem gehäuften Fallaufkommen in den burgenländischen Kindergärten, wobei die Cluster allesamt von PädagogInnen ausgehen. Der Vertreter des Burgenlandes sagt zu, dieses Thema intern weiterzutragen.

Kärnten zeigt ebenfalls Anstiege der Inzidenz im Ausmaß von 9 %. Die Inzidenz liegt mit 150/100.000 nach wie vor klar im Bereich des sehr hohen Risikos. Die Situation der einzelnen Bezirke ist sehr heterogen ausgeprägt, der Bezirk Hermagor ist mit einer Inzidenz von 670/100.000 absoluter Spitzenreiter.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von einem intensivierten Testgeschehen in Hermagor, das einem gemeinsam mit dem BMSGPK festgelegten 11-Punkte-Programm folgt. Infizierte werden hier auch vor Ende der Quarantäne getestet. K1-Personen werden flächendeckend getestet, K2-Personen zur Testung eingeladen. Schwerpunktkontrollen im Gastro- und Hotelleriebereich wurden durchgeführt. Im Skibetrieb wurde eine Testpflicht eingeführt. Das Contact-Tracing in der Bezirkshauptmannschaft wurde zudem verstärkt. Es soll in Kooperation mit der Volkshochschule darüber hinaus eine Studie zur Compliance durchgeführt werden.

Auch Niederösterreich ist gekennzeichnet durch einen deutlichen Inzidenzanstieg von 25 %. Die rohe Inzidenz liegt nun bei 170/100.000. Nur wenige Bezirke haben einen fallenden Trend.

Die Vertreterin aus Niederösterreich bestätigt die Ausführungen. Auffällig sind zahlreiche Cluster in Kindergärten und Schulen. In Wiener Neustadt wird eine Situation der Community-Transmission beschrieben. Seit gestern sind erste Fälle der südafrikanischen Virusvariante im Bundesland aufgetreten.

Schmid berichtet, dass in Niederösterreich nach wie vor Cluster in Alten- und Pflegeheimen aufgetreten sind. Auffällig ist des Weiteren die Situation in den Kindergärten und Schulen. Sie regt an, PädagogInnen in Kindergärten künftig regelmäßig und flächendeckend zu testen. Zudem sollte evaluiert werden, ob das Maßnahmenpaket des BMBWF flächendeckend in den Schulen umgesetzt wird.

Oberösterreich erreicht nach einem Anstieg von 20% und einer Inzidenz von 120/100.000 wieder den Bereich des sehr hohen Risikos. Fallanstiege von bis zu 90 % wurden in den Bezirken verzeichnet, nur wenige Bezirke weisen stabile oder fallende Trends aus.

Der Vertreter aus Oberösterreich schließt sich den Ausführungen an. Im Bezirk Braunau wurden im Zuge der Detailanalysen Fallhäufungen im Bereich von Firmen gefunden. In der Stadt Wels wurden primär Großfamilien identifiziert, ansonsten geht man hier von Community-Transmission aus, wobei die britische Virusvariante besonders häufig identifiziert wurde. Die Spitalssituation ist aktuell sehr erfreulich und man hofft auf Basis der eher positiven Altersstruktur der Erkrankten diese Situation möglichst lange beizubehalten. Auch hier wird von Clustern im Bereich Schulen und Kindergärten berichtet.

Schmid berichtet, dass in Oberösterreich der Anteil von Fällen mit Erwerb der Infektion im Alten- und Pflegeheim massiv zurückgeht und nun fast bei 0 liegt. Auffällig sind zahlreiche Arbeits-/Betriebscluster.

Salzburg verzeichnet nunmehr auch einen steigenden Trend mit einer Zunahme von 8 %. Die Inzidenz liegt bei 148/100.000 und nach wie vor im Bereich des sehr hohen Risikos.

Die Vertreterin aus Salzburg zeigt sich überrascht vom hohen Anteil der Virusvarianten, der ihrer Ansicht nach dem intensiven Screening geschuldet ist. Fälle der britischen Variante werden gemäß der Empfehlungen des BMSGPK behandelt, die „riskanteren“ Varianten lösen ein intensiviertes Kontaktpersonen-Management aus. Infizierte werden in diesen Fällen nur nach Kontroll-PCR aus der Absonderung entlassen. K1 und K2-Personen werden durchgängig getestet und K2-Personen zunehmend Verkehrsbeschränkungen unterworfen. In Diskussion steht eine PCR-Nachtestung von Personen, die im niedergelassenen Bereich mittels Antigentest getestet werden, um hier die Varianten zu ermitteln. Weiters steht in Diskussion, Fälle bei Kindern unter 10 Jahren im Falle von „riskanteren“ Varianten im Bildungsbereich nicht mehr als K2, sondern als K1 einzustufen. Verdachtsfälle der brasilianischen Variante werden noch abgeklärt.

Reich erläutert, dass es zielführend ist, Antigentests mittels PCR nachzutesten, sofern dies logistisch möglich ist. Insbesondere bei Verdacht auf Virusvarianten soll ein Mutationsscreening erfolgen. Sie sagt zu, den diesbezüglichen Erlass zu überdenken und ggf. anzupassen.

Auch in der Steiermark wurde ein Anstieg von 11 % auf eine Inzidenz von 143/100.000 verzeichnet. Diese steigt risikoadjustiert nochmals stark an. Das Bild zwischen den Bezirken ist sehr heterogen. Die Situation entspricht nach wie vor dem sehr hohen Risiko.

Die Vertreterin aus der Steiermark berichtet von Fallanstiegen insbesondere in der Oststeiermark. Es wurde ein flächendeckendes Testangebot mit 25 Standorten und 3 Testbussen implementiert. In den besonders betroffenen Bezirken finden regelmäßig Besprechungen statt. Polizeiliche Kontrollen sowie das Contact-Tracing wurden intensiviert. Seit 15.2. werden auch K2-Personen durchgängig getestet. Die Situation in den Spitälern und Alten-/Pflegeheimen wird aktuell positiv bewertet. Es sind mehrere Cluster im Bereich Arbeit/Betrieb aufgetreten.

Die Situation in Tirol ist stabil mit einer Inzidenz von nunmehr 89/100.000. Vereinzelt werden in den Bezirken Fallzunahmen verzeichnet, insbesondere auch in Schwaz, wo rezent ein neuer Cluster der südafrikanischen Variante verzeichnet wurde. Gemäß dem Manual der Kommission könnte Tirol mit hohem Risiko bewertet werden, aufgrund der Rahmenbedingungen ist aber wohl eher von sehr hohem Risiko auszugehen.

Der Vertreter aus Tirol berichtet aus Schwaz von der gestern verhängten Quarantäne in Mayrhofen. Dort ist das öffentliche Leben auf die Grundversorgung zurückgefahren und es soll flächendeckend getestet werden. Das Testangebot wurde generell sowohl in Schwaz als auch in ganz Tirol nochmals ausgeweitet. Seitens des Landes Tirol wird kein Antrag auf Einstufung mit hohem Risiko gestellt.

Schmid ergänzt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Tirol die britische gegenüber der südafrikanischen Variante dominiert.

Vorarlberg ist das einzige Bundesland, das nach wie vor einen Rückgang der Inzidenz verzeichnen konnte. Die rohe 7-Tages-Inzidenz liegt bei 61/100.000 und damit bei weniger als der Hälfte des Bundesdurchschnitts. Man könnte die Situation hier mit hohem Risiko bewerten.

Der Vertreter aus Vorarlberg schließt sich den Ausführungen an. Man hofft, die vorliegende Situation möglichst lange beibehalten zu können und plädiert daher für eine Bewertung mit hohem Risiko.

Auch in Wien war der Anstieg der Inzidenz mit 20% durchaus deutlich. Die rohe Inzidenz beträgt 145/100.000 und reduziert sich mittels Risikoadjustierung nur leicht. Die Situation ist insgesamt mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die derzeitige Inzidenz weitgehend deckungsgleich mit den eigenen Modellierungen ist. Die Vertreterin aus Wien berichtet für den Bereich Bildungseinrichtungen, auf den ein spezieller Fokus gelegt wurde, von 5 Kindergärten, in denen in der letzten Woche kleinere Cluster aufgetreten sind. In der laufenden Woche mussten 2 Volksschulen gesperrt werden. Die Entwicklung in der Gesamtbevölkerung spiegelt sich in den Bildungseinrichtungen wider. Für MitarbeiterInnen in Bildungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen) werden wöchentlich PCR-Gurgeltests angeboten, die sich bewährt haben. In Alten- und Pflegewohnhäusern werden deutliche Rückgänge an Infektionen verzeichnet.

Die Beschlussgrundlage, die in der Sitzung um rezente Daten zur Prävalenz der Virusvarianten ergänzt wurde, wird gezeigt. Es gibt hier keine weiteren Anmerkungen.

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

Stimmenthaltung: BKA

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

Die vorgenommene Risikoeinstufung sowie die zugrunde liegenden Indikatoren werden in der Beschlussgrundlage dokumentiert. Hervorgehoben wird in der Textierung für Tirol abermals die Situation um die südafrikanische Variante. Diese Unterlage wird heute an die Landeshauptleute übermittelt.

➔ siehe Anhang 7: Empfehlung der Corona-Kommission 27. Sitzung_25022021

Herzog referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Einschätzung der epidemiologischen Lage in Österreich, der vor der Sitzung ausgeschickt wurde. Die Diskussionen der heutigen Sitzung (insbes. in Hinblick auf den Bildungsbereich sowie Alten- und Pflegeheime) sowie eine von Oberösterreich eingebrachte Stellungnahme wurden hier bereits berücksichtigt. Die Änderungen gegenüber der ausgeschickten Version werden daher nochmals in der Sitzung verlesen und erläutert.

In der Diskussion werden leichte Adaptierungen der Textierung vorgenommen. Hinsichtlich der Empfehlungen etwaige Lockerungsschritte zu überdenken und ggf. zurückzunehmen, wird die Angabe eines festen Grenzwertes von der Vertreterin aus Niederösterreich kritisch erachtet. Dies wird vom Vertreter aus der Steiermark mit Verweis auf dünn besiedelte Regionen unterstützt. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) und der Vertreter aus Oberösterreich unterstützen hingegen die Angabe einer festen Grenze. Schlussendlich wird die ursprünglich mit einer 7-Tages-Inzidenz von >200/100.000 für regionale Maßnahmen gesetzte Grenze entfernt, auf Bundesebene wird aber der Grenzwert von >200/100.000 beibehalten und der Passus hinsichtlich Lockerungsschritten durch die Angabe „gegebenenfalls“ angepasst.

Über Anregung des Vertreters aus Wien wird in den Text aufgenommen, dass die Schließung von Bildungseinrichtungen nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden sollte.

Der Vertreter aus Wien nimmt weiters Bezug auf die im Frühjahr letzten Jahres erfolgten Beratungsleistungen in Betrieben durch das Zentrale Arbeitsinspektorat und regt an, unter dem Punkt „Einbindung weiterer Behörden auf Landes- und Bundesebene“ beispielhaft das Arbeitsinspektorat anzuführen.

Der Vertreter des BMA weist in diesem Zusammenhang auf die gesetzliche Zuständigkeit der Arbeitsinspektorate hin, zu der die Kontrolle von gesundheitsrechtlichen Vorschriften nicht gehört. Weiters informiert der Vertreter des BMA über den Beratungsschwerpunkt der Arbeitsinspektion im Mai 2020 (1000 Betriebe) und auch darüber, dass seit Oktober 2020 bei routinemäßigen Betriebsbesuchen Covid-19-Maßnahmen in den Betrieben thematisiert werden, allerdings der gesetzlichen Zuständigkeit folgend nur möglich als Beratung. In der Arbeitsinspektion erfolgt der Außendienst Corona-bedingt derzeit reduziert.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass die seitens des Bundesministeriums für Arbeit zu seinem Vorschlag geäußerte Ablehnung von betrieblichen Kontrollen durch das Arbeitsinspektorat und die Information, dass derzeit nur reduziert Begehungen vor Ort erfolgen, dahingehend interpretiert werden kann, dass es die betroffenen Bundesstellen für zu gefährlich halten, vor Ort-Kontrollen durchzuführen. Dies wird als kritisch erachtet, zumal die Überprüfung der Einhaltung von Bestimmungen zum Gesundheitsschutz zentrale Aufgabe der Arbeitsinspektorate ist.

Textierung Kurzbericht

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Kurzbericht einstimmig angenommen

Der Kurzbericht soll wie gewohnt exklusive der Anhänge auf der Website der Corona-Ampel veröffentlicht werden.

➔ siehe Anhang 8: Kurzbericht_Corona-Kommission_2020-02-25

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Es wird sowohl die Risikoeinstufung als auch eine Zusammenfassung der Ausführungen zur aktuellen Situation angeführt, die weitgehend deckungsgleich zu den Textierungen im Kurzbericht ist. Es wird auch wieder ausgewiesen, wie viele Bezirke in Summe in der rohen Inzidenz unter 50/100.000 bzw. 100/100.000 liegen, wobei deren Anzahl bereits wieder zurückgegangen ist.

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

➔ *siehe Anhang 9: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_25022021_APA*

4. Berichte

Berichtswesen der Corona-Kommission

Dieser Punkt wird aus Zeitgründen auf die nächste Sitzung vertagt.

Stand technische Entwicklung und Umsetzung elektronischer Testnachweis

Oszwald (BMSGPK) berichtet von den Arbeiten zum Implementieren eines Test- und Genesungsnachweises bzw. eines Impfzertifikats. Es wurde letzten Montag gemeinsam mit dem BRZ ein zentrales Service bereitgestellt, an das Teststellen angebunden werden können. Sieben von neun Bundesländern sollen angebunden werden. Aktuell sind nur Antigen-Teststraßen abgebildet.

Der Testnachweis erfolgt mittels pdf, auf dem ein QR-Code aufgetragen ist. Der Vorteil des zentralen Systems ist, dass Änderungen relativ einfach zentral implementiert werden können. Wird der QR-Code eingescannt, erhält ein Prüfer eine Kurzinformation zur Gültigkeit des Tests. Dieser bleibt als Eintrittstest z.B. 48 Stunden lang grün und damit gültig, nach Ablauf dieser Zeit ist auf einen Blick ersichtlich, dass der Nachweis nicht mehr gültig ist („rot“).

Als nächster Schritt soll über dasselbe System ein Genesungsnachweis auf Basis der EMS-Daten implementiert werden.

Der Vorteil für BürgerInnen ist, dass über das Gesundheitsportal gesundheit.gv.at künftig alle Test- und Genesungsnachweise sowie auch ein etwaiges Impfzertifikat abrufbar sind. Testnachweise werden aus datenschutzrechtlichen Gründen jeweils 14 Tage lang gespeichert.

Aktuell wird technisch pro Tag von rund 500.000 Einbringungen von Testergebnissen sowie 2 Millionen Abrufen dieser Ergebnisse ausgegangen.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass bereits einige europäische Länder Test- bzw. Genesungsnachweise nur unter Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer akzeptieren und fragt nach, ob dies auch hier möglich wäre.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Rechtsgrundlage für das vorgestellte System. Er erkundigt sich weiters, ob der Nachweis, wie dies im EU-Ausschuss für Gesundheitsschutz vereinbart wurde, sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch ausgestellt wird. Er fragt zudem nach, ob dieser Nachweis dokumentiert, ob der verwendete Test auf der Liste der – entsprechend- der Einigung im EU-Ausschuss – gegenseitig anerkannten Antigentests genannt ist.

Oszwald bestätigt, dass das System entsprechend rechtlich abgesichert ist. Die konkrete Rechtsgrundlage kann nicht genannt werden, wird aber nach Rückfrage mit der Rechtsabteilung des BMSGPK nachgereicht.

Die Pass- oder Personalausweisnummer wird aktuell nicht im System erfasst. Dies müsste geprüft werden und könnte im Zuge der Novellierung der gesetzlichen Grundlagen mit überdacht werden. Das konkrete Testkit wird derzeit nicht erfasst, dies könnte technisch aber umgesetzt werden. Man geht davon aus, dass vor Ort nur zulässige Tests verwendet werden. Der Vertreter aus Wien regt an, aus Gründen der Zweckmäßigkeit auf dem Nachweis alle gegenseitig anerkannten Antigentests anzuführen und nicht auf den jeweils im Einzelfall konkret verwendeten Test abzustellen.

Herzog resümiert, dass das Thema Reisen durch Angabe der Pass- oder Personalausweisnummer reflektiert werden soll. Zudem solle eine Information hinsichtlich der Rechtsgrundlage nachgereicht werden.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die aktuell mittels Verordnung vorgesehenen Testungen in Mayrhofer, wonach PCR-Tests 72 Stunden Gültigkeit haben. Er regt an, PCR-Tests generell mit einer längeren, nämlich 72-Stunden-Gültigkeitsdauer zu hinterlegen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit zunehmender Impftätigkeit entsprechend weniger Personal zur Durchführung von Testungen zur Verfügung steht.

Reich führt aus, dass dieses Thema bereits für die letzte Novellierung der Schutzmaßnahmenverordnung vorgesehen war. Es soll in der nächsten Novelle hinsichtlich der Gültigkeit zwischen Antigen- und PCR-Tests unterschieden werden.

Informationen zum Kontaktpersonen-Management

Strauss (BMSGPK) berichtet von einer durchgeführten Erhebung zu Personalkapazitäten für das Contact-Tracing. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in allen Bundesländern ausreichend Personalressourcen für das Contact-Tracing zur Verfügung stehen.

Die Mehrheit der Bundesländer verwendet landeseigene IT-Systeme, der Rest verwendet das AGES Contact-Tracing-Tool. Pro Indexfall werden durchschnittlich 1-4 K1-Personen identifiziert. In den meisten Bundesländern werden K1-Personen zweimal getestet. Es werden sowohl mündliche als auch schriftliche Bescheide ausgestellt. Von der überwiegenden Zahl der Bundesländer wird fallweise über mangelnde Compliance im Zuge des Contact-Tracings berichtet.

Strauss berichtet darüber hinaus von aktualisierten Daten in Hinblick auf die europäische Situation, die sich weitgehend unverändert darstellt. In Hinblick auf die Inzidenz liegt Österreich im europäischen Vergleich nun auf Platz 14 von 32. Die Verbreitung der Virusvarianten nimmt europaweit zu.

➔ *siehe Anhang 10: CT in BL + Varianten international_25_2_2021 mit ECDC*

Herzog fasst zusammen, dass das Contact-Tracing mittlerweile auf eine sehr gute Basis gestellt wurde. Etwaige gegenteilige Medienberichte können anhand dieser Daten durchaus widerlegt werden.

Behördliche Vorgangsweise bei geimpften Kontaktpersonen (Land Wien)

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass im Bundesland eine Person als K1-Person abgesondert wurde. Diese Person hat beim örtlichen Bezirksgericht eine Aufhebung beantragt, da sie einen Impfnachweis (2 Impfungen) und einen Antikörpertest hatte. Vom Gericht wurde die Freiheitsbeschränkung mit

sofortiger Wirkung aufgehoben. Dies wurde durch ein Sachverständigengutachten untermauert. Die Behörde ist demzufolge korrekt nach den geltenden Regelungen vorgegangen, diese sind aber gemäß geltendem medizinischen Wissensstand ggf. nicht (mehr) richtig. Nach medizinischen Erkenntnissen seien Genesene und Geimpfte – insbesondere bezüglich der Gefahr der Reinfektion und der Transmission – gleichzusetzen.

Reich bestätigt, dass dies grundlegend richtig ist. Das nationale Impfgremium bereitet eine Anpassung der diesbezüglichen Empfehlungen vor. Es ist hier aber ein breiterer politischer Konsens notwendig, der gerade vorbereitet wird. Man ersucht hier um etwas Geduld, da die notwendigen Prozesse durchaus aufwändig sind.

Der Vertreter aus Wien hält fest, dass die jeweils gültige und von der obersten Gesundheitsbehörde vorgesehene Vorgehensweise befolgt wird.

5. Weitere Vorgehensweise

- 28. Sitzung mit Empfehlung: 04.03.2021, 14:00 – 18:00 Uhr