

16. Sitzung Corona-Kommission

[per 17. Sitzung am 17.12.2020] korrigiertes Ergebnisprotokoll 10.12.2020, 14:00-16:45

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 16. 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: 10122020_Anwesenheitsliste_15. 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 15. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 15. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Das Protokoll wurde vorab in der geänderten Fassung ausgeschickt. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 03122020_Corona Kommission_15. Sitzung_Ergebnisprotokoll_angenommen

Zum Protokoll der 14. Sitzung wurde von Wien auf eine irrtümlich nicht übernommene Korrektur hingewiesen und das finale Protokoll bereits ausgeschickt.

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Es wird vorgeschlagen, unter TOP 4 Erfahrungsberichte aus den Bundesländern zu den Antigen-Massentests einzuholen.

Hausreither (BMSGPK) wird darüber hinaus unter TOP 3 zur geplanten Novellierung der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung berichten.

Die Tagesordnung wird mit diesen Ergänzungen angenommen.

3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Rechtliche Grundlagen – Novelle der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Hausreither berichtet, dass neben den Arbeiten an der Einreiseverordnung an einer Novelle der 2. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung gearbeitet wird. Primäre Neuerung ist die regelmäßige Testung von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus wird nunmehr eine 3-monatige Ausnahme von der Testverpflichtung für Personen vorgesehen, die eine COVID-19-Infektion durchgemacht haben. Die Novelle soll am Samstag in Kraft treten und wird im Anschluss an die Sitzung ausgeschickt.

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Salzburg stellt Herzog klar, dass die erwähnte Ausnahme von der Testverpflichtung für alle Personen gilt, die wegen einer Erkrankung abgesondert wurden. In den

Erläuterungen soll präzisiert werden, dass dies somit sowohl für BewohnerInnen als auch für Personal gilt.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob demzufolge ab Samstag alle BewohnerInnen und das gesamte Personal in Alten- und Pflegeheimen zweimal wöchentlich getestet werden sollen. Hausreither bestätigt, dass dies so geplant ist und führt aus, dass bei zu wenig Testmaterialien als Alternative FFP-2 Masken möglich sind. Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt aus, dass in Wien derzeit bei aktiven Ausbrüchen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zwei Testungen pro Woche durchgeführt werden. Er gibt zu bedenken, dass bei einer Ausrollung dieser Frequenz auf alle Heime die Test- und Personalkapazitäten der Einrichtungen an ihre Grenzen gelangen könnten.

Der Vertreter aus Oberösterreich hinterfragt, welche ÄrztInnen diese Tests anordnen und damit die Verantwortung für die Testungen übernehmen sollen. Hausreither führt aus, dass aus rechtlicher Sicht eine Anordnung der Landessanitätsdirektionen ausreichend ist. Ein entsprechendes Schreiben an die Landessanitätsdirektionen ist bereits ergangen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich fragt nach, ob hier PCR- oder Antigentests vorgesehen sind, worauf Herzog erläutert, dass beides möglich ist.

Rabady (KLPU) gibt zu bedenken, dass eine Testung zweimal pro Woche für viele BewohnerInnen schwer zumutbar ist. Sie sieht diese Vorgehensweise bei Ausbrüchen gerechtfertigt, ohne konkreten Anlass aber bedenklich. Hierzu führt Hausreither aus, dass BewohnerInnen, die das Alten- und Pflegeheim nicht verlassen, nur einmal pro Woche getestet werden müssen. Sie ergänzt, dass das Ziel dieser Maßnahmen ist, die hohen Infektions- und Todesraten in Alten- und Pflegeheimen zu reduzieren.

Die Vertreterin aus Salzburg hinterfragt die Übernahme der Haftung für die pauschalen Anordnungen durch die LandessanitätsdirektorInnen. Sie kann als solche nicht sicherstellen, dass das Personal in Alten- und Pflegeheimen ausreichend geschult ist und hinterfragt die konkrete Haftung für auftretende Komplikationen. Hausreither erläutert, dass sichergestellt werden muss, dass die Tests durch ausreichend qualifiziertes Personal durchgeführt werden, wobei Gesundheitspersonal per se dafür qualifiziert sei. Es wird darüber hinaus darauf verwiesen, dass die Tätigkeit nur nach entsprechender Einschulung durchgeführt werden darf.

Der Vertreter aus Oberösterreich widerspricht den zuletzt getätigten Ausführungen von Hausreither. Er sieht es als keinen geeigneten Weg, die Anordnung zur Durchführung der Tests durch die Landessanitätsdirektionen durchführen zu lassen und regt an, eine entsprechende Anordnung bundesseitig zu tätigen. Hausreither führt aus, dass eine individuelle ärztliche Anordnung zum Teil aufgrund mangelnder personeller Ausstattung der Heime nicht durchführbar ist. Die Lösung einer Anordnung über die Landessanitätsdirektionen stellt die ultima ratio dar, die rechtlich in den Erläuterungen zur Verordnung abgesichert werden soll.

Der Vertreter aus Oberösterreich wiederholt, dass eine Anordnung durch die Landessanitätsbehörden für ihn kein geeigneter Weg ist. Er schlägt vor, in den rechtlichen Erläuterungen darzulegen, dass es für diese Testungen keiner ärztlichen Anordnung bedarf.

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nach der Konsequenz, falls MitarbeiterInnen oder BewohnerInnen sich nicht testen lassen (wollen).

Rabady hinterfragt, ob es einer Einwilligung der BewohnerInnen bedarf und wie mit nicht einwilligungsfähigen PatientInnen umgegangen werden soll. Sie gibt darüber hinaus zu bedenken, dass

es in Medienbildern fallweise so scheint, als würde ein nicht unerheblicher Teil der Testungen in der Praxis nicht sach- und fachgerecht durchgeführt.

Hausreither führt aus, dass jede ärztliche Behandlung die Einwilligung der Patientin / des Patienten voraussetzt und dass keine Handlungen gegen den Willen der PatientInnen vorgenommen werden dürfen. Bei nicht einwilligungsfähigen PatientInnen ist der/die entsprechend Berechtigte hinzuzuziehen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, ob ein Verstoß gegen die Verpflichtung zur zweimal wöchentlichen Testung mit Strafe bedroht sein wird und wenn ja, für wen. Hausreither bietet an, dies in den Erläuterungen klarzustellen.

Hausreither bedankt sich abschließend für die wertvollen Denkanstöße und die Diskussion.

Nächste Woche soll eine neue Schutzmaßnahmenverordnung erlassen und zuvor wieder die Kommission befasst werden.

Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung

Schmid gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Gegenwärtig hat sich die 7-Tages-Inzidenz auf 219/100.000 reduziert. Die Inzidenz hat sich im Vergleich zur Vorwoche um rund 25 % reduziert. In KW 48 konnten bei rund 32 % und in KW 49 bei rund 23 % der Fälle die Quellen abgeklärt werden, wobei aufgrund des Feiertags die Abklärungsquote in der laufenden Woche etwas geringer ist. Nach wie vor ist ein großer Anteil der Fälle dem Setting Gesundheit-Soziales zuzuordnen, bei den über 65-Jährigen überwiegt dieses Setting. Das Durchschnittsalter ist weiter gestiegen und liegt nun bei 47 Jahren. Bei den unter 25-Jährigen kam es zu einem relevanten Rückgang der Infektionen. Es zeichnet sich ein steter Rückgang des R_{eff} ab, das nun bei 0,81 liegt. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass der Anteil der Fälle in der Altersgruppe der über 65-Jährigen und insbesondere bei den über 85-Jährigen zunimmt. Es lässt sich beobachten, dass die Mortalität mit dem Alter steigt und bei männlichen Personen höher ist. Die altersstandardisierte Letalität ist Bundesweit vergleichbar. Die in der letzten Woche verzeichnete sehr hohe Übersterblichkeit ist primär der Altersgruppe der über 65-Jährigen zuzurechnen.

- ➔ siehe Anhang 3: u25_cluster_2020-12-10
- ➔ siehe Anhang 4: u65_cluster_2020-12-10

Der Vertreter aus Wien fragt nach, welchen Schluss man nun, knapp nach dem Ende des Lockdowns aus dem eben gehörten Bericht zieht. Herzog verweist auf den Kurzbericht, der eine entsprechende Schlussfolgerung enthält und nach Präsentation der Prognose präsentiert werden soll.

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Er weist darauf hin, dass die durchgeführten Massentests eine große Herausforderung für die Prognosen darstellen. Es wurde versucht, auf Basis von durch die Bundesländer zur Verfügung gestellten Informationen diese Tests entsprechend aus den Datengrundlagen zu exkludieren. Nach wie vor haben mehrere Bundesländer das Testen asymptomatischer K1 Kontaktpersonen eingestellt. Es wird ersucht, derartige Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen, da dies die Qualität der Prognosen maßgeblich beeinflusst.

Es wird für die kommenden 8 Tage von einem durchschnittlichen Fallaufkommen von rund 2.100 Fällen/Tag ausgegangen. Es werden zunehmend längere Liegedauern der PatientInnen beobachtet, worauf auch zurückzuführen ist, dass der Belag auf Intensivstationen nicht in vergleichbarem Ausmaß sinkt, wie die rohen Fallzahlen. Bis 23.12. wird sich der Belag auf den ICU österreichweit auf rund 18 % reduzieren.

➔ *siehe Anhang 5: TOP 3 Prognose*

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, worauf die Fluktuation des R_{eff} beruht. Schmid führt aus, dass sich hier Meldeverzögerungen rund um das Wochenende auswirken und dass dies nicht epidemiologisch begründet ist.

Der Vertreter des Bildungsministeriums fragt nach, ob es Prognosen für die Effekte von Weihnachten und Neujahr gibt und ob diese in der nächsten Sitzung besprochen werden könnten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Planungen für den Schulbetrieb nach dem 6. Jänner 2021. Bachner bietet an, dies im Prognosekonsortium vorzubringen. Er gibt zu bedenken, dass etwaige Effekte primär von der Compliance und vom Verhalten der Bevölkerung abhängen werden. Gerne wird dieses Thema für die nächste Sitzung aufgegriffen.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass sich Österreich nun am Ende eines harten Lockdowns befindet. Gemäß Dashboard der AGES beträgt die Inzidenz derzeit das rund zweieinhalbfache der Spitze vom März bzw. etwa das zwanzigfache vom Juli. Auch der Belag der Intensivstationen liegt beim ca. zweieinhalbfachen der Auslastung vom April. Die Situation erfordert demnach sehr sorgfältige Überlegungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens.

Schmid bestätigt diese Ausführungen in Hinblick auf das Niveau, das nach wie vor eine laufende Community Transmission wahrscheinlich macht. Es muss der Bevölkerung kommuniziert werden, dass etwaige Zusammenkommen über die Weihnachtsfeiertage nur unter entsprechenden Schutzmaßnahmen erfolgen sollten.

Rabady gibt zu bedenken, dass bislang die Auslastung der Intensivstationen der wesentlichste Indikator für das Systemrisiko war. Sie schlägt vor, auch die Kapazitäten für Contact-Tracing als Indikator heranzuziehen.

Herzog führt aus, dass es das Ziel ist, ein Niveau zu erreichen, bei dem Contact-Tracing (wieder) flächendeckend funktioniert.

Benka führt aus, dass das Contact-Tracing einer der wenigen „blinden Flecken“ ist, der derzeit noch besteht. Es gibt kein zentrales Meldesystem über die Ressourcen und den Ablauf des Contact-Tracings. Ein transparentes monitierbares System wäre anzustreben.

Ostermann (GÖG) bedankt sich für die wichtige Anregung, weitere Indikatoren zur Betrachtung des Systemrisikos einzubeziehen. Das Infektionsgeschehen in der Bevölkerung und die Hospitalisierungsraten, insbesondere im Intensivbereich, sind aktuell nach wie vor hoch. Ein erneutes Aufschwingen der Fallzahlen in einen Bereich von über 6.000 Fällen/Tag würde rasch die Kapazitätsgrenzen sprengen. Es sollten daher weitere Indikatoren im Sinne eines Frühwarnsystems einbezogen werden.

Der Vertreter aus Wien gibt zu bedenken, dass man ab einem Wert von 1% Verbreitung in der Bevölkerung langfristig die Kapazitäten der Intensivstationen überschreitet.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) führt ergänzend aus, dass bei COVID-19 der Verteilungsrand und nicht die Spitze der Verteilung bedeutsam ist (heavy tailed). Auf Basis der im Zuge der Massentests gewonnenen Punktprävalenzen, sollte man die tatsächliche aktuelle Prävalenz ableiten. Die derzeit auf Basis der Massentests kommunizierte geringe Prävalenz schürt falsche Sicherheit in der Bevölkerung, dahingehend sollte man dringend einwirken. Auch 0,2 bzw. 0,3 % Prävalenz bedeuten eine Belastung für das Gesundheitssystem.

Schmid führt aus, dass sich die Ergebnisse der Massentests noch in Auswertung befinden. Sie scheinen generell nicht geeignet, um Aussagen über die tatsächliche Prävalenz zu tätigen. Insbesondere wird von einer starken Selection Bias ausgegangen. Die Community Transmission stellt nach wie vor ein ernstzunehmendes Problem dar. Im Vergleich mit anderen Ländern wurde aus ihrer Sicht hierzulande verabsäumt, Sozialwissenschaften in die Entwicklung von Kommunikationsstrategien für risikoreduzierte Verhaltensweisen einzubeziehen.

Das stellvertretende Mitglied aus Wien (Dr. Binder) gibt ebenfalls zu bedenken, dass die im Zuge der Massentests festgestellte Punktprävalenz von 0,2-0,3 % massiv verzerrt ist und die tatsächliche Prävalenz wohl eher gegen 1 % liegt. Die Gefahr einer gewissen Überlastung des Gesundheitssystems ist auf dieser Basis stetig gegeben. Er führt aus, dass dies in der Kommunikation besser transportiert werden sollte, um ein Gefühl der falschen Sicherheit der Bevölkerung zu vermeiden und klarzulegen, dass man aktuell nicht von einer nachhaltigen Kontrolle der Situation ausgehen kann. Er weist darauf hin, dass die aktuelle Situation in der Slowakei zeigt, dass einmaliges bevölkerungsweites Testen einen nur wenig nachhaltigen Effekt hat.

Der Vertreter aus Wien regt darüber hinaus an, die bereits durchgeführten Studien zur Feststellung der Punktprävalenz häufiger durchzuführen, um dahingehend valide Daten bzw. Informationen zu gewinnen. Er führt aus, dass es nicht um Massentestungen, sondern um ein 14-tägiges repräsentatives Screening der Bevölkerung zur Feststellung der aktuellen Situation geht.

Herzog fasst zusammen, dass es erforderlich ist zu kommunizieren, dass die in den Massentests festgestellte geringe Prävalenz wohl nicht den Tatsachen entspricht und man vermeiden sollte, falsche Schlüsse daraus zu ziehen. Es gibt Bestrebungen, künftig Daten aus Testungen von Unternehmen in Abstimmung mit der Wirtschaftskammer einzubeziehen.

Herzog verweist auf den Kurzbericht zum Monitoring der Schutzmaßnahmen. Die formulierten Schlussfolgerungen zielen insbesondere darauf ab, die aktuelle Lage möglichst klar wiederzugeben.

➔ *siehe Anhang 6: Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen_10.12.20*

Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es folgt eine Diskussion über die Risikoeinschätzung der Kommission anhand des vorbereiteten Entwurfs. Aufgrund der Homogenität der Einschätzungen wird ein Überblick zur Gesamtsituation und auf Bundeslandebene gegeben und nicht auf Bezirksebene vorgegangen.

Bachner führt aus, dass sich auf Basis der Daten für ganz Österreich nach wie vor ein sehr hohes Risiko ergibt. Wie in der letzten Sitzung besprochen, wurde die Risikoadjustierung wieder vorab ausgeschickt. Veröffentlicht wird das File vorerst weiterhin ohne die risikoadjustierten Werte.

Im Burgenland sind in den meisten Bezirken deutliche Rückgänge bei den Fallzahlen zu beobachten. Nur in Eisenstadt-Stadt gab es steigende Fallzahlen. Das Bundesland gesamt wäre nach wie vor mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von Ausbrüchen in zwei großen Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus lassen sich aber auch Hinweise auf Community Transmission feststellen. Im Bundesland sind 10 Alten- und Pflegeheimen mit größeren Fallzahlen betroffen.

Kärnten verzeichnete in allen Bezirken Rückgänge bei der Inzidenz, die unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Die Inzidenz liegt nach wie vor leicht über dem österreichischen Durchschnitt. Das Bundesland ist mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Die Vertreterin aus Kärnten berichtet von zahlreichen Clustern in Pflegeheimen bei einem hohen Altersdurchschnitt der Betroffenen. Darüber hinaus schließt sie sich der Einschätzung an.

In Niederösterreich gibt es in Summe drei Bezirke, die in der rohen Inzidenz unter 100 liegen: Hollabrunn, Mistelbach und Tulln, wobei Hollabrunn auch in der riskoadjustierten Inzidenz unter 100 bleibt. Hier würde in Hinblick auf die Verweildauerregelung die 3-Wochen-Frist für eine Rückstufung zu laufen beginnen.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich der Einstufung mit sehr hohem Risiko für das gesamte Bundesland an und erwähnt, dass sie in Hinblick auf die weiteren Entwicklungen über die Weihnachtsfeiertage skeptisch bleibt.

In Oberösterreich waren die Rückgänge beim Fallaufkommen teilweise bei annähernd 50 %. Die Inzidenzen bleiben aber auf dem Niveau des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Oberösterreich verweist auf den 4-Tages-Schnitt der Neuaufnahmen, der sich in den letzten 10 Tagen halbiert hat. Die Situation auf den Intensivstationen bleibt aber nach wie vor angespannt. Es wird berichtet, dass sich Fälle zunehmend größeren Clustern zuordnen lassen.

Auch in Salzburg wurden deutliche Rückgänge bei den Fallzahlen verzeichnet. Auffällig ist lediglich ein leichter Anstieg in Tamsweg. Nach wie vor ist das Bundesland mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Die Vertreterin aus Salzburg bestätigt die Einstufung mit sehr hohem Risiko. In Tamsweg werden drei große Cluster, u.A. in einem Pflegeheim und im Krankenhaus verzeichnet.

Auch die Steiermark verzeichnet rückläufige Fallzahlen, wobei der Rückgang hier langsamer verläuft, als in anderen Bundesländern.

Die Vertreterin aus der Steiermark ist ebenso skeptisch in Hinblick auf die kommenden Feiertage. Schmid ergänzt, dass R_{eff} in der Steiermark im Vergleich zu anderen Bundesländern vergleichsweise hoch ist.

Tirol verzeichnet im Vergleich einen der intensivsten Rückgänge der Inzidenzen, lediglich in Landeck verläuft die Entwicklung eher schleppend. Gesamt ist die Situation mit sehr hohem Risiko einzustufen.

Der Vertreter aus Tirol betont, dass das Niveau in Landeck bereits in den letzten Wochen niedriger war, als in den anderen Bezirken. Dies erklärt den etwas langsameren Rückgang.

Auch in Vorarlberg setzte sich der rückläufige Trend fort. Die Inzidenz liegt nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt und deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von einem gegenläufigen Trend der Maßnahmen gegenüber dem benachbarten Ausland, der in Hinblick auf den regen Grenzverkehr problematisch ist.

Allerberger (AGES) gibt zu bedenken, dass der epidemiologische Verlauf naturgemäß dazu führt, dass benachbarte Regionen zum Teil gegenläufige Entwicklungen nehmen. Hier repliziert der Vertreter aus Vorarlberg, dass dies insbesondere in der Kommunikation schwierig ist und die Compliance negativ beeinflusst.

Auch in Wien zeigt sich eine Stabilisierung des Geschehens. Wien zeichnet sich derzeit durch die geringste rohe Inzidenz aller Bundesländer aus. Des Weiteren ist das Bundesland Spitzenreiter, was die Anzahl der Tests betrifft. Es ist aber nach wie vor ein sehr hohes Risiko gegeben.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass in Hinblick auf das Testgeschehen Vorarlberg noch vor Wien liegt. Er hinterfragt, inwiefern es zu einer Veränderung bei der Teststrategie des Bundes kommen soll,

insbesondere auch in Hinblick auf die Massentests und die aktuell erkennbaren Unterschiede des Testgeschehens in den Bundesländern.

Herzog erläutert, dass die Teststrategie mehrfach entsprechend der laufenden Entwicklungen überarbeitet wurde und dies wohl auch wieder der Fall sein wird. Große Herausforderung wird wohl der Umgang mit Selbsttestungen.

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

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

„Aufgrund der entsprechenden Kontextinformationen sind alle Bezirke, alle Bundesländer und das gesamte Staatsgebiet mit sehr hohem Risiko einzustufen.“

Bezirke: alle

Bundesländer: alle

Staatsgebiet Österreich

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Es wird die parallel vorbereitete APA-Meldung zum Sitzungsergebnis gezeigt. Gegen die Meldung bestehen keine Einwände seitens der Mitglieder. Diese wird nach Freigabe durch HBM Anschöber noch heute an die APA und anschließend an die Bezirkshauptleute übermittelt.

➔ siehe Anhang 7: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission_10122020_APA

4. Berichte

Fact-Sheet Intensivpflege und Erfahrungsaustausch

Bachner referiert die auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer landesfondsfinanzierter Krankenanstalten durchgeführten Analysen für den Intensivbereich. Diese beziehen sich auf Aufnahmen bis 30.9. und Entlassungen bis 31.10.2020.

Die Daten zeigen, dass 74 Prozent der COVID-19 assoziierten Todesfälle bis 15.10. hospitalisiert wurden. Die Höchste Sterblichkeit von rund 50% wurde bei der Gruppe der männlichen Personen über 80 Jahren, die auf der Intensivstation waren, verzeichnet. Die Verweildauer der Verstorbenen lag im Mittel bei 8-10 Tagen, wobei ältere Personen deutlich längere Verweildauern aufweisen. Dies erklärt auch den aktuell verzeichneten schleppenden Rückgang beim ICU-Belag. Analysiert wurden auch Co-Morbiditäten der hospitalisierten COVID-Infizierten. Knapp ein Drittel aller hospitalisierten Corona-PatientInnen litt an Bluthochdruck. Zudem wurden Herzkrankheiten, Diabetes Mellitus Typ 2 und Stoffwechselerkrankungen häufiger beobachtet. Fast ein Drittel der Betroffenen war in den letzten 5 Jahren nicht hospitalisiert.

➔ siehe Anhang 8: TOP 4 Hospitalisierungen

Der Vertreter aus Vorarlberg fragt nach, ob sich ein internationaler Vergleich ziehen lässt. Bachner führt aus, dass kein spezifischer Vergleich angestellt wurde, wobei die Entwicklungen in Deutschland sehr ähnlich sind. Er gibt zu bedenken, dass valide Vergleiche umfassende Datengrundlagen (z.B. zur Altersadjustierung) voraussetzen.

Ostermann betont den zeitlichen Verzug der Analysen. Er regt an, die Analysen nochmals auf Basis der Abrechnungsdaten von November zu wiederholen und daraus Schlüsse zu ziehen. Entsprechende Daten liegen leider noch nicht vor.

Schmid ergänzt, dass internationale Vergleiche unter Beachtung wissenschaftlicher Regeln der Mortalitätsanalyse unmöglich scheinen. National wurde analysiert, ob sich die Letalität über den Zeitverlauf in Österreich verändert hat. Bestätigt hat sich dabei, dass sich die Performance im Sinne der bestmöglichen therapeutischen Betreuung wohl verbessert hat.

Der Vertreter aus Oberösterreich bedankt sich für die sehr aussagekräftigen Analysen. Er führt aus, dass viele PatientInnen zwischenzeitlich entlassen wurden und fragt nach, ob derartige Berechnungen bereits für im November entlassene PatientInnen vorliegen. Bachner führt aus, dass diese Daten der GÖG leider noch nicht vorliegen.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) fragt nach, ob eine Analyse dahingehend möglich ist, wie viele PatientInnen von Multimorbiditäten betroffen waren. Ostermann bietet an, eine derartige Analyse für die Daten aus November bzw. Dezember anzustellen.

Erfahrungsberichte zu Massentestungen

Der Vertreter aus Tirol berichtet, dass rund 688.000 Personen der Zielgruppe für die Antigen-Massentests angehörten (unter 6-Jährige und in den letzten 3 Monaten Erkrankte wurden exkludiert). In Summe haben rund 230.000 Personen teilgenommen. Das Feedback der TeilnehmerInnen war grundlegend positiv. Es waren in Summe rund 7.500 MitarbeiterInnen involviert und es ist davon auszugehen, dass ein derart niederschwelliges Angebot in allen Gemeinden nur schwer wiederholbar ist. Rund 600 Positive wurden verzeichnet, was einer Quote von 0.28 Prozent entspricht. Personen mit positivem Antigentest wurden in einer der Screeningstraßen einem PCR-Test unterzogen, wobei hier nur mehr bei 2 % der Personen das endgültige Ergebnis aussteht. Das Ergebnis der positiven Antigentests hat sich bei rund 70% der Betroffenen bestätigt. In Lienz, wo von der höchsten Durchseuchung ausgegangen wird, haben sich 92% der positiven Antigentests auch mittels PCR-Test bestätigt. Hier wurde aber ein anderer Antigentest – jener der Firma Siemens – eingesetzt, wodurch unklar ist, ob die hier niedrigere Rate an falsch positiven Ergebnissen am Test oder an anderen Faktoren liegt. Es wurde für alle Positiven ein Contact-Tracing eingeleitet.

Für die Zukunft würde man dafür plädieren, derartige Testungen zielgruppenspezifisch bzw. anhand regionaler Ereignisse zu planen und durchzuführen. Es wird vermutet, dass bei Massentestungen eine große Selection Bias auftritt und dass bei einer Wiederholung der Testungen von noch geringeren Teilnahmeraten auszugehen ist.

Ostermann hinterfragt detailliertere Daten zu den TeilnehmerInnen in Hinblick auf Alter und Geschlecht bzw. nach Gemeinde. Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass eine Analyse nach Alter bereits übermittelt wurde. Eine Auswertung nach Wohngemeinde wäre möglich, wobei Auswertungen nur für die positiv Getesteten möglich sind, da die anderen TeilnehmerInnen aufgrund der IT-Probleme nicht elektronisch erfasst wurden.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet von rund 105.000 durchgeführten Tests, was rd. 1/3 der Grundgesamtheit entspricht. 0,48 % der Antigentests waren positiv. Anteilmäßig haben weniger

Personen der Altersgruppe von 11-30 Jahren, bzw. weniger Menschen mit Migrationshintergrund an den Testungen teilgenommen. Das IT-System hat in Vorarlberg problemlos funktioniert. Anekdotisch wird von Firmen berichtet, die ihre MitarbeiterInnen zur Teilnahme aufgerufen haben, aber auch von solchen, die eher gegenteilig auf die MitarbeiterInnen eingewirkt haben.

In Vorarlberg hält man eine Wiederholung der Testungen ggf. Ende der ersten Januarwoche für möglich, wobei unklar ist, wie hoch die Compliance der Bevölkerung sein wird. Man schlägt vor, bei etwaigen Wiederholungen eine gezieltere Kommunikationsstrategie, z.B. unter Einbeziehung von Influencern, zu verfolgen.

Der Vertreter aus Wien fragt nach, wie man den geringeren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund festgestellt hat. Der Vertreter aus Vorarlberg verweist hier auf qualitative Beobachtungen in den Gemeinden.

Allerberger verweist auf rund 1 Million Antikörpertests, die in absehbarer Zeit ablaufen werden. Er regt an, diese künftig im Zuge von Massentestungen zum Einsatz zu bringen.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet von zwei Test-Durchgängen. In Annaberg-Lungötz wurde bereits Anfang Dezember getestet, wobei die Beteiligung bei rund 50 % lag. Von drei positiven Antigentests wurden zwei mittels PCR-Test bestätigt. An den Testungen der PädagogInnen nahmen 78 % der in Frage kommenden Personen teil. Es wurden 19 positive Antigentests verzeichnet, wobei der Vertreterin aus Salzburg noch keine Daten dazu vorliegen, wie viele davon mittels PCR bestätigt wurden.

Der Vertreter aus Wien berichtet von den derzeit laufenden Testungen in Wien, die mit kommendem Sonntag abgeschlossen werden sollen. Die Kapazität war auf 60 % der relevanten Bevölkerung und damit rund 1 Million Personen ausgelegt. In den ersten 4 Tagen der Testungen kam es mehrfach zu massiven Ausfällen des IT-Systems, was jeweils eine händische Datenerfassung erforderlich machte. Der Vertreter aus Wien berichtet weiters, dass bislang lediglich Daten zur Altersverteilung, der Wohnpostleitzahl und dem Geschlecht an die Stadt Wien übermittelt wurden.

Es wurden bisher, mit Stand 09.12., rund 136.000 Testungen durchgeführt, angemeldet sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt rund 188.000 Personen und damit rund 11 %. 0,32 % der durchgeführten Antigentests waren positiv, bei der Bestätigung der Testungen mittels PCR-Test scheint das Niveau ähnlich wie in Tirol. Aufgrund der IT-Probleme wird hier derzeit nochmals händisch nachgeprüft. Grundlegend ist die Verteilung der Teilnehmenden in der Bevölkerung eher gleichmäßig, wobei Personen über 70 Jahren und zwischen 40 und 49 Jahren eher unterrepräsentiert scheinen. Frauen nehmen häufiger teil als Männer. In Hinblick auf einen Migrationshintergrund der TeilnehmerInnen lassen sich anhand der Datenlage keine Aussagen treffen. Bevölkerungsreiche Außenbezirke scheinen aktuell eher unterrepräsentiert.

5. Weitere Vorgehensweise

Die heute getroffene Empfehlung ist dokumentiert und wird in dieser Form an die Politik übermittelt. Auch der Kommission wird das Ergebnis zusammen mit dem Protokoll zugänglich gemacht.

➔ *siehe Anhang 9: Empfehlung der Corona Kommission_16.Sitzung_20201210*

- 17. Sitzung mit Empfehlung: 17.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr