

## 24. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 04.02.2021, 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 24. 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: 04022021\_Anwesenheitsliste\_24. Sitzung

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

### 2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

#### Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 23. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 23. Sitzung eingebracht, die wie gewohnt vermerkt wurden. Es gibt keine weiteren Rückmeldungen. Das Protokoll wird in der geänderten Fassung angenommen.

→ siehe Anhang 2: 28012021\_Corona Kommission\_23. Sitzung\_Ergebnisprotokoll\_angenommen

#### Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Der Bericht zur Anhörung der 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung wird vorgezogen.

Die Tagesordnung wird mit dieser Änderung angenommen.

#### Ergebnis der Anhörung der 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

Die zusammengefassten Stellungnahmen zur 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung werden dem Protokoll beigelegt.

→ siehe Anhang 3: 4. NotMV\_Rückmeldungen\_01022021

→ siehe Anhang 4: 4. SchuMaV\_Rückmeldungen\_04022021

D'Orlando (BMSGPK) berichtet, dass die 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung bereits beschlossen und veröffentlicht wurde.

Er erläutert die wesentlichen inhaltlichen Neuerungen im Zuge der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung. Die finale Fassung der Verordnung sowie der rechtlichen Begründungen, die diese Inhalte widerspiegeln, werden dem Protokoll beigelegt.

→ siehe Anhang 5: Finaler Entwurf 4. COVID-19-SchuMaV

→ siehe Anhang 6: Finale Rechtliche Begründung 4. COVID-19-SchuMaV

Der Vertreter aus Wien nimmt Bezug darauf, dass im an die Kommission versandten Entwurf die Gültigkeit der Tests bei körpernahen Dienstleistungen mit 24 h für Antigen- und 48 h für PCR-Tests angeführt war. Wien hat sich im Zuge der Stellungnahme dafür ausgesprochen, aufgrund der höheren Sensitivität die Gültigkeit bei PCR-Tests auf 72 Stunden auszudehnen. Man hat nun vernommen, dass die Gültigkeit einheitlich mit 48h festgelegt werden soll und hinterfragt die diesbezügliche Begründung.

D'Orlando bestätigt, dass die Gültigkeit der Testergebnisse als Ergebnis des politischen Diskurses vereinheitlicht wurde. Er rezipiert aus dem Verordnungstext, wonach Selbsttests als Nachweis hier nicht gültig sind. Benka (BMSGPK) bestätigt die höhere Sensitivität von PCR-Tests. Die Vereinheitlichung der Gültigkeit scheint primär der Praktikabilität der Überprüfung von Testnachweisen in der Praxis geschuldet. Der Vertreter aus Wien ersucht, dies in der rechtlichen Begründung darzulegen. Schmid (AGES) pflichtet bei, dass sich die einheitliche Frist infektionsepidemiologisch nicht begründen lässt.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt D'Orlando aus, dass ein Nachweis über das Testergebnis vorgeschrieben ist. Form, Inhalt und Testmethode könnten per Verordnung festgelegt werden, was bis jetzt nicht der Fall ist. Es gilt daher jeder Nachweis einer befugten Stelle als gültiger Testnachweis. Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien führt D'Orlando aus, dass aktuell noch keine Spezifikation von befugten Stellen erfolgt ist. Sobald seitens des BMSGPK eine Klarstellung erfolgt ist, wird entsprechend informiert. Auf Nachfrage von Herzog bestätigt der Vertreter aus Wien, dass man Apotheken als befugte Stellen sehen würde. Man plädiert jedenfalls dafür, Verordnungen und deren Begründungen so zu verfassen, dass sie eindeutig sind.

Der Vertreter aus Wien betont, dass das Thema der Gültigkeitsfrist von PCR-Tests für Wien größere Wichtigkeit hat. Medial wird kolportiert, dass jede Art von Tests akzeptiert wird. Allerberger stellt richtig, dass der vordere Nasenabstrich ein approbierter Test ist. Der Vertreter aus Wien berichtet von einem Bericht in der ZIB 2, wonach der vordere Nasenabstrich genauso valide ist, wie der bisher zur Anwendung gekommene tiefe Nasenabstrich. Dies wird von Allerberger auf Basis der aktuellen Evidenz bestätigt.

Der Vertreter aus Wien verweist auf eine Publikation auf der Website der AGES, in der die Sensitivität der Tests mit vorderem Nasenabstrich bei asymptomatischen Personen deutlich geringer angegeben wird, als von Allerberger in der heutigen Sitzung berichtet. Er stellt richtig, dass die Stadt Wien diese Studie nicht gemeinsam mit Allerberger/AGES durchgeführt hat. Allerberger berichtet, dass hier ein eingereichtes Vor-Manuskript online gestellt wurde. Dieses war nicht zur Publikation bestimmt. Er verweist darauf, dass in dieser Erhebung Personen einer Teststraße in Wien erfasst wurden, die per Definition allesamt asymptomatisch sind. Lediglich bei einer Untergruppe mit noch strikterer Definition war die Sensitivität der Tests geringer, diese Daten können aber nicht auf das gesamte Sample asymptomatischer Personen umgelegt werden.

Der Vertreter aus Wien hält nochmals fest, dass es sich um keine Studie der Stadt Wien gemeinsam mit Allerberger/AGES handelt. Er ergänzt, dass die genannte Publikation auf den Webseiten der AGES abrufbar ist.

Allerberger berichtet, dass hier ohne Absprache mit den Studienautoren den Medien eine eingereichte Publikation zugespielt wurde. Als Reaktion darauf hat die AGES die deutsche Zusammenfassung auf ihre Website gestellt.

Herzog ersucht um bilaterale Klärung der Situationen, um sich nun den eigentlichen Inhalten der heutigen Sitzung zuzuwenden. Er betont, dass keinem der Anwesenden und insbesondere nicht der Stadt Wien illegitimes Vorgehen vorgeworfen wurde.

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien, welche Empfehlungen nun konkret im Rahmen von Testungen gemacht werden, führt Benka aus, dass es hier noch Diskussionen gibt. Die antero-nasale Abstrichnahme war primär für Schulen vorgesehen. Mit der Ermöglichung der Schultests wurden diese Tests auch zur Eigenanwendung zugelassen. Als Testnachweis (für Zutritte o.Ä.) haben diese Testergebnisse aber keine Gültigkeit, selbst wenn sie in Teststraßen bzw. vor oder durch Gesundheitspersonal durchgeführt werden.

Herzog fasst zusammen, dass die Ergebnisse von Selbstanwendungstests derzeit nicht als Testnachweise gültig sind.

Schmid bringt zur Kenntnis, dass der Nasenvorhof-Test durch die AGES klinisch validiert werden soll. Das Studienprotokoll ist bei der Ethikkommission eingereicht. Die Erhebung erfolgt an ausgewählten Teststraßen in Niederösterreich mit einer Stichprobengröße von zumindest 1.000 Personen.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass es rechtlich problematisch sein könnte, weiterhin tiefe Nasenabstriche zu verwenden, wenn diese ggf. nicht mehr sachlich gerechtfertigt sind.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet von einem erwarteten sehr hohen Andrang an den Teststraßen ab der nächsten Woche. Der Einsatz von Nasenvorhof-Abstrichen würde die Abläufe deutlich effizienter gestalten. Man erwartet sich eine klare Aussage darüber, ob die Anwendung von Nasenvorhof-Abstrichen an den Teststraßen zulässig ist, da man die Teststrategien entsprechend adaptieren müsste.

Reich (BMSGPK) berichtet, dass gemäß Auslegung des BMSGPK bei Testungen in Teststraßen, wo offizielle Testnachweise erstellt werden, Nasenvorhof-Abstriche nicht zulässig sind. Man möchte hier den Goldstandard anbieten, zumal eine EMS-Anbindung gegeben ist. Selbsttests werden als Vortests betrachtet, die im Falle positiver Ergebnisse eine behördliche Nachtestung nach sich ziehen.

Der Vertreter aus Wien verweist nochmals auf die gestrige ZIB 2 und berichtet, dass MitarbeiterInnen nunmehr das Anbieten von Nasenvorhof-Abstrichen fordern. Er sieht es als Aufgabe der obersten Gesundheitsbehörde, eine etwaige entstandene Unklarheit so rasch als möglich zu beseitigen.

Reich ergänzt, dass es hier bereits Rücksprache mit Stadtrat Hacker gab und dass seitens des BMSGPK bereits an einer entsprechenden, unmissverständlichen Information gearbeitet wird.

Der Vertreter aus Oberösterreich ersucht darum, die Umsetzbarkeit in der Praxis im Zuge des Erlasses neuer Verordnungen stets abzuwägen und zu berücksichtigen.

Reich berichtet, dass man sich der Herausforderungen der nächsten Tage in dieser Hinsicht bewusst ist und intensive Arbeiten laufen. In Kürze wird die Ausgabe von Tests durch Apotheken möglich sein. Zudem ist in Kürze auch die Beschaffung von Tests durch Betriebe möglich.

Der Vertreter aus Oberösterreich fragt nochmals nach, ob demzufolge überall Gesundheitspersonal zum Abstreichen notwendig sein wird. Wenn Nasenvorhof-Abstriche auf Teststraßen nicht zugelassen sind, sollen sie auch sonst – außerhalb der Schule – nicht zur Anwendung kommen. Er ersucht um Klarstellung, dass diese Tests außerhalb des Schulsettings nicht zulässig sind und gibt zu bedenken, dass dies in der Bevölkerung ein gewisses Unverständnis auslösen wird.

Herzog sagt zu, dass klargestellt werden muss, welche Tests in Teststraßen zugelassen sind und welche Stellen Testnachweise ausstellen dürfen.

Der Vertreter aus Wien betont, dass primäres Anliegen von Wien eine längere Gültigkeitsdauer von PCR-Tests ist.

### **3. Entscheidungsfindung und Erstellung der Empfehlung**

Herzog berichtet von der dritten Sitzung der Sub-Arbeitsgruppe. Es besteht Konsens, das Risiko künftig auf Ebene der Bundesländer zu bewerten. Verbreitungs- und Systemrisiko sollen getrennt voneinander betrachtet werden. Das Verbreitungsrisiko soll anhand der risikoadjustierten Inzidenz beurteilt werden, die Trend, Quellentypisierung und Anteil asymptomatischer Personen berücksichtigt. Es wurden mehrere Varianten entwickelt, vorgeschlagen wird Variante 4. Vorteil der neuen Risikoadjustierung ist jedenfalls ein etwas stärkerer präventiver Charakter („Frühwarneffekt“). Die Schwellenwerte bleiben unverändert.

Das Systemrisiko soll auf Basis des ICU-Belags, risikoadjustiert um das Maximum der ICU-Prognose, betrachtet werden. Diese Daten haben sich in der Vergangenheit als sehr treffsicher erwiesen. Ein etwaiger Anpassungsbedarf der baseline-Bewertung, wie für Vorarlberg bereits diskutiert, soll mit der GÖG bilateral geklärt werden.

Das Manual und (bei Bedarf) die Geschäftsordnung der Kommission sollen in Kürze an die neuen Kriterien angepasst werden.

➔ *siehe Anhang 7: Risikoadjustierung v5*

Schmid berichtet zur aktuellen epidemiologischen Situation. Die 7-Tages-Inzidenz liegt nun bei rund 108 /100.000 und hat ein Plateau erreicht. Die Gesamtfallzahl ist nach einem deutlichen Rückgang in den ersten Kalenderwochen nunmehr relativ stabil. Hinsichtlich der Clustersettings nimmt der weiterhin hohe Anteil der Fälle in den Alten- und Pflegeheimen tendenziell geringfügig ab. Das Setting Arbeit nimmt anteilmäßig zu. Der Altersdurchschnitt ist leicht gesunken.  $R_{eff}$  ist über die letzten 4-5 Tage annähernd gleichbleibend und liegt am 2.2. bei 0,95.

➔ *siehe Anhang 8: Ampel\_slides\_2021-02-04*

➔ *siehe Anhang 9: APH\_2021-02-04*

➔ *siehe Anhang 10: ue65\_cluster\_2021-02-04*

Schmid setzt mit Ausführungen zum Auftreten der Virusmutation(en) fort. Für das Burgenland liegen der AGES repräsentative Daten vor. Alle in der Screening-PCR positiv getesteten Proben werden hier der Sequenzierung zugeführt. Künftig soll die Surveillance dahingehend intensiviert werden, dass bereits Verdachtsfälle in den Labors den Varianten zugeordnet werden können. Im Burgenland zeigt sich auf Basis der vorliegenden Daten ein mäßig steigender Trend über die vergangenen drei Kalenderwochen.

Aus Salzburg wird ein beträchtlicher Anstieg der Varianten gemeldet, wobei die UK-Variante dominiert. Die Verteilung der bereits sequenzierten Proben aus Tirol zeigt einen großen Anteil der südafrikanischen Variante in diesem Bundesland, wobei der Datenstand noch nicht komplett ist. Für Wien fehlen in der Übersicht der AGES noch die gescreenten Proben der Teststraßen. Auf Basis der vorliegenden Daten dominiert hier die britische Variante. Die gezeigte Auswertung wird periodisch an alle LändervertreterInnen verschickt.

Der Vertreter aus Tirol kündigt die Übermittlung weiterer Daten an die AGES an. Rund 90 % der täglichen Proben werden derzeit durch ein Labor analysiert. Ab dem Auftreten der ersten Cluster

wurden alle positiven Proben seit Jänner retrospektiv analysiert. Es wird zwischen Verdachtsfällen und bestätigten Fällen unterschieden, wobei Verdachtsfälle binnen 48-72 Stunden detektiert werden können. Sobald ein Verdachtsfall auftritt, wird er bis zur Klärung wie ein bestätigter Fall behandelt. Es werden in diesen Fällen auch K2-Kontaktpersonen getestet. Gemessen an der Gesamtzahl der Positiven nimmt die südafrikanische Variante 6-7 % und die britische Variante knapp unter 10% ein. Seitens der Bezirkshauptmannschaften wird berichtet, dass zwar kein schwererer Krankheitsverlauf zu vermieden ist, dass Quarantänen aber überdurchschnittlich häufig verlängert werden müssen (niedriger CT-Wert). Es besteht zudem der Verdacht, dass sich die präsymptomatisch ansteckende Phase auf rund 4 Tage verlängert. Ggf. ist es daher erforderlich, die Definition der Kontaktpersonen zu überarbeiten. Benka führt dazu aus, dass die Regelungen in der Kontaktpersonennachverfolgung für Mutanten überarbeitet wurden. Tirol testet alle Betroffenen nach 10 Tagen vor der Entlassung aus der Quarantäne nochmals, ggf. muss diese Vorgehensweise generell überdacht werden.

Der Vertreter aus Wien fragt hinsichtlich der für Wien gezeigten Daten die Farbcodierung. Schmid führt aus, dass in rot und blau dargestellte Verdachtsfälle durch Vollsequenzierung bestätigt wurden. Grüne Fälle stellen noch nicht sequenzierte Verdachtsfälle dar. Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Schmid, dass künftig PCR-Marker eingesetzt werden sollen, um Verdachtsfälle rascher zu detektieren.

Glötzl (Land Wien) präsentiert aktuelle Daten und ein Szenariomodell zur Mutation N501Y. Auf Basis der Wiener Daten wurde eine um rund 40% höhere Infektiosität bei einem seriellen Intervall von 4 Tagen beobachtet. Der Anteil der Mutante(n) beträgt derzeit 34 %. Die Simulation zeigt, dass auch bei gleichbleibendem Maßmanniveau von einem starken Anstieg der Inzidenz auszugehen ist. Etwaige Lockerungsschritte ab 8.2. könnten binnen eines Monats zu einer Situation vergleichbar mit jener Ende November führen.

Der Vertreter aus Oberösterreich berichtet Ergebnisse von Screenings im stationären Bereich in seinem Bundesland. Entgegen des Trends in anderen Bundesländern liegt der Anteil hier bei rund 5 % und ist über die letzten Wochen relativ konstant geblieben.

Ostermann bedankt sich bei Glötzl für die sehr informative Darstellung. Die Simulation zeigt aus seiner Sicht deutlich, dass die aktuelle Situation trügerisch sein kann. Selbst bei einem steigenden Anteil der neuen Mutante(n) kann zunächst ein rückläufiger Trend bei der Inzidenz eintreten. Gemeinsam mit Öffnungsschritten kann deren stetige Zunahme aber rasch zu einer kritischen Situation führen. Der heutige Beitrag aus Irland kann dazu beitragen, eine Perspektive für den Umgang mit der zu erwartenden Situation zu entwickeln. Es gilt den Eintritt der modellierten Szenarien zu vermeiden.

Der Vertreter aus Wien weist darauf hin, dass man sich bereits intensiv auf den sich in den modellierten Szenarien abzeichnenden Peak an Infektionen vorbereitet. Entscheidend ist die Frage, ab welchem Zeitpunkt etwaige eindämmende Maßnahmen gesetzt werden und in welchem Ausmaß. Dies bestätigt Ostermann.

Bachner referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Auch im Prognose-Konsortium war die Situation rund um die Virusmutante(n) ein dominierender Faktor, obschon deren Einfluss in der Prognose-Periode von 8 Tagen noch gering ist. Für die neue Prognose wird von durchschnittlich rund 1.500 Fällen/Tag ausgegangen. Bundeslandspezifisch zeigen sich damit leicht höhere Fallzahlen als in der letzten Woche. Der ICU-Belag wird sich vorerst weiter verringern und am 16.2. rund 13 % erreichen, wobei einzelne Bundesländer bereits die Marke von 10% unterschritten haben.

➔ *siehe Anhang 11: TOP 4 Prognose*

### Diskussion zur Risikoeinschätzung

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

Bachner führt aus, dass das Arbeitsdokument zwar in bewährter Manier aufgebaut, aber bereits um die neuen Vorschläge für die Risikoadjustierung ergänzt wurde. Die Konsensvariante der Sub-Arbeitsgruppe ist dabei Variante 4, die in Bezug auf asymptomatische Fälle einen Aufschlag von 1,5 und einen Abschlag von 0,85 zulässt und den Trend mit +/- 50 % berücksichtigt.

Im Burgenland zeigt sich eine rohe Inzidenz von 92,7/100.000 bei leicht sinkendem Trend. Die Inzidenz liegt auch risikoadjustiert unter der Schwelle von 100. Die Entwicklung der Bezirke ist sehr heterogen. Die Bezirke Jennersdorf und Oberwart zeigen einen steigenden Trend, in anderen Bezirken geht der Trend hingegen zurück. In der letzten Woche war das Burgenland Spitzenreiter bei den Testzahlen.

Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet, dass der Bezirk Jennersdorf die deutlich ungünstigste Entwicklung aufzeigt. Generell ist die Situation im Südburgenland eher kritisch und es wäre wohl falsch, durch eine etwaige Umstufung die Bevölkerung in falscher Sicherheit zu wiegen.

Die rohe Inzidenz in Kärnten liegt mit 130,4/100.000 deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Auch risikoadjustiert ändert sich diese Situation nicht. In mehreren Bezirken zeigt sich ein steigender Trend, insgesamt ist der Trend mit -4 % nur mehr gering sinkend.

Der Vertreter aus Kärnten berichtet von einer durchaus besorgniserregenden Entwicklung, insbesondere in den Zentralräumen. Die Compliance beim Contact-Tracing nimmt deutlich ab und es entsteht der Eindruck, dass der Lockdown immer weniger greift.

Schmid ersucht um bilaterale Abstimmung hinsichtlich des Aufbaus des Surveillance-Systems, was vom Vertreter aus Kärnten zugesagt wird.

Auch in Niederösterreich liegt die rohe Inzidenz mit 94,6/100.000 unter der Schwelle von 100. Dasselbe gilt für den risikoadjustierten Wert. Auch hier ist die Situation aber durchwachsen und es zeigen sich deutliche Zuwächse der Inzidenz in einigen Bezirken, wobei der Anteil der Bezirke mit sinkendem Trend überwiegt. Gemäß Verweildauerregel verbleibt das Bundesland im Bereich des sehr hohen Risikos.

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Niederösterreich berichtet Herzog, dass über die neue Risikoadjustierung im Zuge der Vorlage des geänderten Manuals entschieden werden soll. Die entsprechenden Daten werden aber bereits mitgeführt.

Die Vertreterin aus Niederösterreich berichtet, dass die Vortestung in ihrem Bundesland durch das Labor Novogenia erfolgt und dann in weiterer Folge die Proben der AGES zur Sequenzierung zugeführt werden sollen. Es kommt hier aber noch zu einem Rückstau.

Schmid führt aus, dass die AGES in enger Zusammenarbeit mit der MedUni Wien die Sequenzierungen vornimmt. Der aktuell erscheinende Rückstau entspricht der Dauer, die eine Ganzgenomsequenzierung in Anspruch nimmt (idR 7-8 Tage). Davor sollten Vorbefunde durch die Labors erfasst und ins EMS eingepflegt oder ersatzweise der AGES übermittelt werden.

Die Entwicklung in Oberösterreich war mit einem Rückgang von 10 % weiterhin positiv und die rohe Inzidenz liegt mit 84,5/100.000 deutlich unter der Schwelle von 100. Auch gemäß Risikoadjustierung ist diese Schwelle unterschritten, wobei man gemäß Verweildauerregel noch im Bereich des sehr hohen Risikos verbleibt. Zwei Bezirke zeigten einen steigenden Trend, sonst war die Entwicklung überall fallend oder stabil.



Der Vertreter aus Oberösterreich bestätigt die positive Entwicklung, verweist aber auf einen respektvollen Ausblick auf die nächsten Wochen. Die beiden auffälligen Bezirke werden verstärkten Kontrollen unterzogen. Es gibt nur mehr sehr wenige Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und es wurden hier schon über 9.500 von 11.000 BewohnerInnen geimpft. Der ICU-Belag sowie der Belag auf den Normalstationen sind vergleichsweise gering.

Nach wie vor liegt Salzburg mit einer rohen Inzidenz von 173,7/100.000 deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Risikoadjustierung nimmt darauf keinen wesentlichen Einfluss. Der Trend war in allen Bezirken durchwegs stabil oder fallend. Die Bewertung ergibt eindeutig ein sehr hohes Risiko.

Die Vertreterin aus Salzburg berichtet von zahlreichen Familienclustern im Lungau. Auch im Bereich Kindergärten sind mehrere Cluster aufgetreten. Es werden relativ viele Vorscreenings durchgeführt, die ab Montag auch auf die Deletion 6970 erweitert werden sollen. Wesentlich ist eine zeitnahe Information der Bezirksbehörden über Verdachtsfälle, die entsprechend des aktualisierten Kontaktpersonenmanagements behandelt werden. In einem Pflegeheim wurde die Mutante S477N detektiert, dies soll weiter beobachtet werden. Der Verdacht auf das Auftreten der südafrikanischen Variante im Bundesland hat sich nicht bestätigt.

Entgegen dem Bundestrend hat sich die Inzidenz in der Steiermark um rund 7 % auf 117,1/100.000 erhöht. Auch risikoadjustiert liegt die Inzidenz deutlich im Bereich des sehr hohen Risikos. Mehr als die Hälfte der Bezirke weist einen mehr oder weniger deutlich steigenden Trend auf. Mehrere dieser Bezirke grenzen ans Südburgenland, ggf. gibt es Zusammenhänge zum dort festgestellten Auftreten der britischen Mutante. Die Steiermark ist mit sehr hohem Risiko zu bewerten.

Der Vertreter aus der Steiermark betont, dass nun bereits mehr als 50% der Fälle hinsichtlich der Quelle abgeklärt werden konnten. Der beobachtete Anstieg der Infektionen kann ggf. durch das Wiederaufnehmen der durchgängigen Testung von K1-Kontaktpersonen erklärt werden. In der Südoststeiermark konnten erst in 6 Fällen Mutanten nachgewiesen werden. Es liegen hier aber intensive Pendlerbewegungen ins und aus dem Südburgenland vor. Es wird von einem großen Ausbruch im KH Feldbach berichtet. Auf Nachfrage von Schmid führt der Vertreter aus der Steiermark aus, dass sich die Surveillance nach Virusmutationen im Aufbau befindet.

Tirol verzeichnet eine rohe Inzidenz von 98,1/100.000 bei einem nur mehr leicht rückläufigen Trend. Risikoadjustiert liegt die Inzidenz über dem Schwellenwert von 100. Die Situation in den Bezirken ist heterogen.

Es ist zum Zeitpunkt der Diskussion kein Vertreter aus Tirol anwesend.

In Vorarlberg liegt die rohe Inzidenz bei 105,8/100.000 und damit noch über 100. Die risikoadjustierte Inzidenz liegt knapp über dem Schwellenwert für sehr hohes Risiko. Das Testgeschehen im Bundesland ist vergleichsweise hoch. Es wird darauf hingewiesen, dass für die Risikoadjustierung in Bezug auf den Anteil asymptomatischer Fälle aufgrund einer nicht plausiblen Meldung für Vorarlberg der Bundesdurchschnitt herangezogen und ausgewiesen wird. Der Vertreter aus Vorarlberg stimmt dieser Vorgehensweise zu.

Der Vertreter aus Vorarlberg berichtet, dass in seinem Bundesland exzessiv im niedergelassenen Bereich getestet wird. Ggf. lässt sich der geringe Anteil asymptomatischer Personen dadurch erklären. Das Vorscreening nach Virusvarianten ist seit heute möglich.

Schmid repliziert, dass aufgrund der notwendigen Kontaktpersonennachverfolgung und -testung die Testung im niedergelassenen Bereich eher keine Erklärung für den geringen Anteil asymptomatischer Personen sein kann. Der konkrete Grund für die unplausiblen Daten soll bilateral geklärt werden.

Wien hat bei einem stabilen Trend die positive Entwicklung der letzten Wochen bestätigt. Die rohe Inzidenz liegt bei 96,4/100.000 und damit nach wie vor unter der Schwelle von 100. Auch in der Risikoadjustierung bestätigt sich bereits mehrere Wochen der Bereich des hohen Risikos.

Der Vertreter aus Wien bestätigt die Ausführungen und weist darauf hin, dass in den Alten- und Pflegeheimen und Sozialeinrichtungen rückläufige Trends verzeichnet wurden. Die Abklärungsquote liegt bei über 70%. Es wurde in Bezug auf Mutationen ein Surveillance-System etabliert, das annähernd Echtzeiten liefert. Anhand der Schnupfenboxen wurde analysiert, dass die Positivitätsrate der dort eigentlich symptomatischen Fälle jener des gesamten Bundeslandes entspricht.

Österreich liegt mit einer Inzidenz von 104/100.000 noch über dem Schwellenwert von 100. Vor dem Hintergrund der heutigen Ausführungen, insbesondere zu neuen Virusmutanten, scheint hier die Einstufung mit sehr hohem Risiko nach wie vor gerechtfertigt.

Bachner referiert die Schlussfolgerungen des Kurzberichtes zur Maßnahmenbewertung. In der Vorwoche wurde der erste Influenza-Fall im Sentinelsystem detektiert. Die Schlussfolgerungen wurden aktualisiert und spiegeln die aktuellen Entwicklungen wider.

Der Vertreter aus Wien berichtet, dass die Verdoppelungszeit bei der britischen Mutante gemäß eigenen Beobachtungen derzeit bei 11 Tagen liegt. Der Kurzbericht wird hier auf „ein bis zwei Wochen“ korrigiert.

Heinz (MUW) weist darauf hin, dass bei der südafrikanischen Variante die impfinduzierte Immunität ggf. ebenfalls geringer ist. Der diesbezügliche Passus scheint aber adäquat.

Der Kurzbericht soll wie beim letzten Mal wieder auf der Website der Corona-Ampel publiziert werden.

➔ *siehe Anhang 12: Kurzbericht Maßnahmenbewertung 2021\_02\_04*

*Der TOP wird zugunsten der Präsentation des Trinity College Dublin unterbrochen (siehe TOP 4).*

Herzog zeigt eine Bundesland-Übersicht mit den neuen Bewertungskriterien. Neben den Indikatoren für Verbreitungs- und Systemrisiko sind auch die rohe Inzidenz sowie darüber hinaus qualitative Indikatoren angeführt (absolute Testzahlen,  $R_{eff}$  und dessen Differenz zur Vorwoche, Daten zum Screening und zur Verbreitung von neuen Varianten, Verweildauer in einer Risikostufe). Anhand dieser Übersicht soll künftig die Diskussion geführt sowie die Einstufung vorgenommen und textlich begründet werden.

Vorgeschlagen wird darüber hinaus, anstelle einer textlichen Beschreibung der Inzidenzen auf Bezirksebene diese analog des Lageberichtes der AGES künftig grafisch (Österreichkarte) aufzubereiten.

Herzog führt aus, dass in den letzten Wochen nur auf Österreichebene vorgegangen wurde. Die zur Verfügung stehenden Daten sind adäquat aufbereitet, um nunmehr auch auf Bundeslandebene vorgehen zu können. Da es noch keinen formalen Beschluss über das neue Manual gibt, ersucht er um Rückmeldung, ob die Vorgehensweise analog der letzten Wochen belassen oder bereits das neue Vorgehen gewählt werden soll.

Siebenhofer-Kroitzsch (MUG) appelliert dafür, die neuen Kriterien zunächst zu beschließen und publik zu machen und erst danach zur Anwendung zu bringen.



Der Vertreter aus Wien berichtet von einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema. Wien kann die neue Aufbereitung akzeptieren, in der auch die Darstellung der Berücksichtigung der neuen Varianten gut gelungen ist. Wien plädiert dafür, die neue Vorgehensweise bereits heute zur Anwendung zu bringen.

Siebenhofer-Kroitzsch betont nochmals, dass vorab die neue Vorgehensweise formal beschlossen werden soll. Die Anpassung des Manuals sollte angekündigt werden.

Der Vertreter aus Wien merkt an, dass Wien unabhängig von der Anwendung der alten und neuen Vorgehensweise mit hohem Risiko zu bewerten wäre und daher der diesbezügliche Antrag gestellt wird.

Die Vertreterin aus Niederösterreich schließt sich dem Vorschlag von Siebenhofer-Kroitzsch zum Beschluss der neuen Vorgehensweise an.

Herzog hält fest, dass künftig der Stand der Daten am Mittwochabend, der auch ausgesandt wird, den Beratungen zugrunde gelegt werden soll. Er sagt zu, die heute gezeigte ppt-Präsentation zur Erläuterung der neuen Vorgehensweise bei der Risikoadjustierung zu veröffentlichen und die Anpassung des Manuals anzukündigen.

#### **Anwendung der neuen Vorgehensweise zur Risikoadjustierung gemäß der heute präsentierten ppt-Präsentation**

Stimmenthaltung: Steiermark

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Bezüglich des von Wien eingebrachten Antrages zur Abstimmung auf Bundeslandebene merkt das BKA an, dass gerade aufgrund der Unsicherheiten in Zusammenhang mit den Virusmutationen eine Abstimmung auf Ebene Österreichs erfolgen sollte, um keine falschen Signale an die Bevölkerung auszusenden. Das BMI schließt sich dieser Ansicht an.

Der Vertreter aus Wien verweist auf die bereits beschlossenen Lockerungen sowie auf diesbezügliche Verhandlungen auf politischer Ebene. Er betont, dass Wien als eines der ersten Bundesländer das geforderte Surveillance-System für neue Mutanten eingerichtet hat. Er ersucht, diese Punkte zu berücksichtigen.

Die Vertreterin des BKA anerkennt schriftlich die Leistungen der Stadt Wien. Hier wurde gute Arbeit in der letzten Zeit geleistet. In Hinblick auf die Mutationen und deren unklare Verbreitung in Österreich und die höhere Infektiosität sollte man gemäß BKA aber zumindest in der laufenden Woche noch sehr kritisch sein.

Der Vertreter aus Vorarlberg kann sich dem Argument nicht anschließen, dass sich die Bevölkerung anders verhält, weil ein Bundesland mit hohem Risiko eingestuft wurde. Er sieht keinen unmittelbaren Zusammenhang.

Herzog verweist auf die Beurteilung der Situation für Österreich, die ergänzend zu jener auf Bundeslandebene vorgenommen werden soll. Hier soll insbesondere auf die Problematik der Virusmutation(en) vor dem Hintergrund geplanter Lockerungen eingegangen und die Option verschärfter Maßnahmen auf Bezirks- bzw. Landesebene hervorgehoben werden.

Antrag Stadt Wien

**Differenzierte Abstimmung auf Ebene der Bundesländer**

Stimmenthaltung: Steiermark, BMI, BKA, Oberösterreich, Niederösterreich

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

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

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

**Bundesländer: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg**

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Stimmenthaltung: Steiermark

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

**Bundesland: Wien**

Risikostufe: hohes Risiko

Stimmenthaltung: Steiermark, BMI, BKA, Niederösterreich, Oberösterreich, BMBWF

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einhellig angenommen

**Staatsgebiet Österreich**

Risikostufe: sehr hohes Risiko

Keine Stimmenthaltung

Keine Gegenstimmen

Empfehlung einstimmig angenommen

Die vorbereitete APA-Meldung wird aufgerufen. Hier wird festgehalten, dass das Risiko auf Bundesebene mit Ausnahme des Bundeslandes Wien mit sehr hohem Risiko bewertet wird. Es werden nach wie vor jene Bezirke und Regionen, die in der rohen Inzidenz unter 100/100.000 liegen, angeführt. Es wird noch eine Ergänzung hinsichtlich der neuen Bewertungskriterien vorgenommen.

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 13: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission\_27012021\_APA

Die gezeigte Unterlage zum Verbreitungs- und Systemrisiko sowie den qualitativen Indikatoren auf Bundeslandebene inkl. textlicher Ausführungen wird gemeinsam in der Sitzung abgestimmt und soll ebenfalls auf der Website der Kommission veröffentlicht werden. Sie wird auch an die Landeshauptleute übermittelt.

➔ *siehe Anhang 14: Empfehlung der Corona-Kommission 24. Sitzung\_04022021*

Der Vertreter aus Wien gibt zu Protokoll, dass ein bundesweites populationsbezogenes repräsentatives Surveillance-System notwendig wäre.

Bachner führt aus, dass ab dem morgigen Tag im Datenfile lediglich die neue Variante der Risikoadjustierung veröffentlicht wird.

#### **4. Berichte**

##### Ergebnis der Anhörungen zur 4. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung und zur 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung

*wurde unter TOP 2 behandelt*

##### Bericht „Irish experience with VOC“ (Trinity College Dublin)

Sara Burke und Steve Thomas vom Trinity College Dublin berichten von der Entwicklung der Pandemie in Irland. Es zeigen sich Ähnlichkeiten zur Entwicklung in Österreich, wobei sich Irland aktuell bereits in der 3. Welle befindet. Der derzeitige sehr strikte Lockdown zeigt erste Wirkung, wobei die dritte Welle in Irland wesentlich heftiger ausgefallen ist als jene davor. Problematisch ist aktuell insbesondere die Situation in Alters- und Pflegeheimen. Des Weiteren wurden signifikant viele Fälle unter dem Gesundheitspersonal beobachtet.

Wesentliches Resümee der Situation der letzten zwei Monate ist, dass die Lockerungsschritte im Dezember wohl zu früh und zu umfangreich gesetzt wurden. Es wird aktuell diskutiert, ob Schutzmaßnahmen die Elimination und nicht nur eine Reduktion der Fallzahlen zum Ziel haben sollen.

Auf Nachfrage von Benka berichtet Burke, dass in Irland im Gesundheitsbereich bislang primär PCR-Tests eingesetzt wurden.

Auf Nachfrage von Schmid erläutert Thomas, dass gegen Weihnachten die Maßnahmen in Irland gelockert wurden und dabei wohl die Auswirkungen der britischen Mutation unterschätzt wurden.

Auf Nachfrage von Allerberger führt Burke aus, dass eine gänzliche Elimination wohl nicht realistisch ist. Eine so genannte „Zero-COVID-Strategie“ scheint aber durchaus erstrebenswert, um das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Man hält es nicht für möglich, die strikten Maßnahmen aufrecht zu halten, bis die Durchimpfung der Bevölkerung erreicht ist. Eine Öffnung wird aber sehr langsam und vorsichtig erfolgen (müssen).

Die mittelfristige Perspektive schätzt Thomas auf Nachfrage von Ostermann dahingehend ein, dass wohl bis zum Sommer Einschränkungen gesetzt werden müssen. In Bezug auf Reisen wird es wohl bis zum Ende des Sommers Einschränkungen geben.

➔ *siehe Anhang 15: Trinity College Dublin 04022021*

#### **5. Weitere Vorgehensweise**

- 25. Sitzung mit Empfehlung: 11.02.2021, 14:00 – 18:00 Uhr