

## 14. Sitzung Corona-Kommission

Ergebnisprotokoll 26.11.2020, 14:00-18:00

*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 14. 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: 26112020\_Anwesenheitsliste\_14. Sitzung

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

### 2. Einleitung und Organisatorisches (Vorsitz)

Anmerkungen/Abnahme Protokoll der 13. Sitzung

Es wurden Anmerkungen zum Protokoll der 13. 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: 19112020\_Corona Kommission\_13. Sitzung\_Ergebnisprotokoll\_angenommen

Anmerkungen/Abnahme der Tagesordnung

Zu TOP 3 wird Prof. Redlberger-Fritz über das DINÖ Netzwerk berichten. Auch unter TOP 3 wird der neue Einsatzleiter des BMSGPK, Gerald Schimpf über das Vorhaben der Testung großer Bevölkerungsteile referieren.

Die Tagesordnung wird in der vorgelegten Fassung angenommen.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass die risikoadjustierten Inzidenzen trotz sinkender Fallzahlen rezent gestiegen sind und hinterfragt das weitere Vorgehen in dieser Richtung. Herzog sagt zu, diesen Aspekt im Rahmen der Erstellung der Empfehlung aufzugreifen.

### 3. Berichte

Vorstellung Projekt Diagnostisches Influenzanetzwerk Österreich (DINÖ)

Redlberger-Fritz erläutert anhand der beiliegenden ppt-Präsentation das Influenza Surveillance System in Österreich (DINÖ). Neben dem von der AGES geführten epidemiologischen Meldesystem, das alle grippalen Infekte erfasst, gibt es die virologische Überwachung im Sentinella-Netzwerk DINÖ. Hier wird eine umfassende Typisierung der Viren vorgenommen, welche erlaubt, detaillierte Analysen der Influenzaaktivität vorzunehmen. Diese Daten werden wöchentlich öffentlich gemacht ([www.Influenza.at](http://www.Influenza.at)).

Redlberger-Fritz betont, dass in der Saison 2020/2021 bis zum 24.11.2020 noch kein Influenzavirusnachweis im Sentinella-Netzwerk registriert wurde. Der Beginn der Grippewelle ist nicht

exakt vorherzusagen. Es gab Ausbrüche bereits ab KW 56, während es in anderen Saisons erst im Februar dazu kam. Im Durchschnitt ist von einem Start im Jänner auszugehen.

Anhand des Beispiels des RSV-Virus im Jahr 2018/19 erläutert Redlberger-Fritz, dass die Positivrate von Influenzaviren bei stark kursierenden anderen Viren überlagert werden kann. Im März 2020 konnte man ähnliches durch SARS-CoV-2 beobachten. Es wurde heuer ab KW 9 durchgehend auf SARS-CoV-2 getestet und man konnte analog zu 2. Welle der Pandemie auch im Sentinellasystem vermehrt Infektionen beobachten. Ab KW 45 wurde mit der Testung auf Influenza begonnen, um das erste Auftreten in Österreich jedenfalls zu registrieren.

Mit Verweis auf Australien führt Redlberger-Fritz aus, dass die dortige Influenza-Welle dieses Jahr nicht bzw. in äußerst geringem Ausmaß aufgetreten ist. Dies ist wohl auf den Lockdown zurückzuführen. Ein ähnliches Bild zeigte sich im März 2020 in Österreich, wo die Grippewelle durch den Lockdown sprunghaft beendet wurde.

➔ *siehe Anhang 3: 2020\_11\_DINOE\_Ampel*

Auf Nachfrage der Vertreterin aus Wien erläutert Redlberger-Fritz, dass sich Rhino- und Influenzaviren bei Kindern relativ leicht ausbreiten. Das ließ sich nach den rezenten Schulöffnungen beobachten, wo es zu vergleichsweise starken Rhinoviren Ausbrüchen kam. Diese Beobachtung lässt sich jedoch nicht auf SARS-CoV-2 übertragen, da der Übertragungsweg hier teilweise ein anderer ist.

Der Vertreter des Bildungsministeriums hinterfragt, ob Kinder, die an anderen Viren erkrankt sind, ggf. anfälliger für COVID sind. Bislang wurde beobachtet, dass insbesondere kleine Kinder weniger oft betroffen sind und das Virus auch weniger oft weitergeben und man hinterfragt, ob sich das nun ändern könnte. Redlberger-Fritz führt dazu aus, dass es keine Indizien dafür gibt, dass die Anfälligkeit für COVID durch andere Virenaktivität beeinflusst wird. Berichte auf der Südhalbkugel sehen keinen Zusammenhang zwischen COVID und Influenza und es wurden auch sehr wenige Doppelinfektionen verzeichnet. Durch Schutzmaßnahmen wird die Viruszirkulation generell eingeschränkt, d.h. auch Infektionen mit anderen Viren werden wohl vermieden.

#### Neue Organisation im Krisenstab des BMSGPK

Herzog berichtet, von der neuen Geschäftseinteilung des BMSGPK, die seit Oktober gilt. Es kam auch zu einer Re-Organisation des Krisenstabs, für den ein neuer Einsatzleiter, Gerald Schimpf bestellt wurde. In der Einsatzleitung sind damit primär Gerald Schimpf als Einsatzleiter sowie Manfred Ditto, Bernhard Benka und Meinhild Hausreither für inhaltliche Aspekte tätig. Die Vorsitzenden der Corona-Kommission sind anlassbezogen einzubeziehen.

Das beiliegende Dokument gibt einen Überblick über die neue Geschäftseinteilung und alle inhaltlichen Ansprechpersonen.

➔ *siehe Anhang 4: 201030\_ Beilage zur neuen HBM Weisung für Krisenstab*

Auf Nachfrage des Vertreters aus Wien bestätigt Herzog, dass Schimpf demzufolge der Ansprechpartner für die meisten inhaltlichen Themen ist. Dieser stellt sich im Anschluss kurz persönlich vor.

#### Bericht des BMSGPK zum Vorhaben der Testung großer Bevölkerungsteile und Diskussion zum Vorhaben (Gerald Schimpf, Einsatzleiter)

Anhand der beiliegenden ppt-Präsentation stellt Schimpf die Pläne zum Screening von PädagogInnen sowie die österreichweite Testung dar.

Es soll grundlegend ein sehr einfacher und niederschwelliger Zugang gewählt werden, wobei eine Voranmeldung (primär webbasiert ergänzt durch Telefon-Hotline und Vor-Ort-Anmeldung für Personen, die keine andere Möglichkeit haben) erfolgen soll. Der Teststandort und –zeitpunkt kann von den ProbandInnen frei gewählt werden. Durch die Voranmeldung wird die Administration vor Ort stark erleichtert. Die getesteten Personen können das Ergebnis vor Ort abwarten, das positiv, negativ oder nicht auswertbar sein kann. Letzteres war in Südtirol kaum der Fall. Die ProbandInnen erhalten ein SMS oder ein E-Mail mit Link zur Website und Authentifizierung bzw. können das Ergebnis vor Ort abwarten. Positive Fälle werden automatisiert ans EMS und die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde gemeldet.

Bei positivem Antigen-Test soll eine PCR-Nachtestung erfolgen. Wenn dies möglich ist, kann diese Testung gleich vor Ort stattfinden. Der positive Antigentest ermöglicht eine sofortige Absonderung der getesteten Person, wobei bei negativer PCR-Nachtestung der Bescheid aufgehoben werden muss. Die Erfassung der Kontaktpersonen kann auf Basis des positiven Antigentests eingeleitet werden, diese sollen aber erst nach Vorliegen des ebenfalls positiven PCR-Tests abgesondert werden. Die Kontaktpersonenerfassung soll primär mittels Selbsterfassung über das Contact Tracing Tool erfolgen.

➔ *siehe Anhang 5: Screening\_österreichweite\_Tests\_26.11.20*

Auf Nachfrage des Vertreters aus Niederösterreich führt Schimpf auf, dass das Webtool ab 30.11.2020 zur Verfügung stehen und die online-Anmeldung ab 2.12.2020 möglich sein wird. Die Telefonhotline wird erst später implementiert, wobei es spezielle Angebote für die Bereiche Bildung und Innenministerium (für die geplante Testung von PolizistInnen) geben soll.

Gartlehner (DUK) hinterfragt, weshalb bei PCR-Nachtestung eine neuerliche Abstrich-Probe entnommen werden muss. Dazu führt Schimpf aus, dass die Pufferlösungen bzw. Test-Kits unterschiedlich sein können und vielfach nicht kompatibel sind. Auf eine weitere Rückfrage führt er aus, dass der Antigentest als Grundlage für den Absonderungsbescheid ausreicht, der somit vor Ort ausgestellt werden kann, wenn dies organisatorisch möglich ist. In den Bundesländern gibt es hier unterschiedliche Pläne in Abhängigkeit zur Umsetzbarkeit. Jeder Person mit positivem Test wird jedenfalls vor Ort ein Informationsschreiben ausgehändigt, das Handlungsempfehlungen für die Zeit bis zur PCR-Testung enthält.

Der Vertreter aus Tirol führt aus, dass österreichweite Massentests das Erlassen von rd. ¼ Million Absonderungsbescheiden innerhalb weniger Tage bedeuten. Er betont, dass dies aus seiner Sicht so nicht durchführbar ist und die Bezirksverwaltungsbehörden vor enorme Probleme hinsichtlich der Machbarkeit stellen wird. Er warnt vor diesem Hintergrund auch vor dem zu erwartenden Aufwand für das Contact Tracing.

Schimpf repliziert, dass die Absonderung der positiven Personen den Bezirksverwaltungsbehörden überlassen bleibt und diese über die konkrete Organisation und Vorgehensweise entscheiden. Auch das Contact Tracing bleibt den Behörden überlassen. Ein eigener Erlass regelt bereits jetzt die Vorgehensweise zur Priorisierung bei zu geringen Ressourcen.

Auch Heinz (MUW) hinterfragt die Verwendung derselben Probe für das Nachtesten. Hier verweist Schimpf nochmals auf die ihm vorliegenden Informationen, wonach dies aktuell und insbesondere vor dem Hintergrund der kurzen Vorbereitungszeit bis zu den ersten Testungen nicht möglich ist.

Auf Nachfrage von Siebenhofer-Kroitzsch führt Schimpf aus, dass seitens des BMLV Tests von Siemens und Roche angeschafft wurden. Einige Bundesländer haben aber darüber hinausgehend eigene Beschaffungen getätigt. Das BMI hat ebenfalls selbst Testkits für die Testung der PolizistInnen angeschafft. Die Planung der generellen weiteren Vorgehensweise ist noch nicht abgeschlossen. Es

gibt Bestrebungen, Testungen in kürzeren Abständen zu wiederholen. Seitens des BMI wurden bereits zwei konkrete Testzeitpunkte im Wochenabstand festgelegt. Darüber hinaus sind noch keine konkreten Festlegungen getroffen.

Schimpf bestätigt auf Nachfrage von Siebenhofer-Kroitzsch auch, dass die ersten Testungen in Tirol und Vorarlberg als Pilotversuche genutzt werden sollen, um daraus zu lernen.

Der Vertreter aus Niederösterreich fragt nach, ob die Weiterleitung einer angemeldeten Person zu einem QR-Code zur Anmeldung ausschließlich bei vollständiger Datenerfassung erfolgt, um unvollständige Daten zu vermeiden. Schimpf bestätigt, dass eine möglichst hohe Datenqualität sichergestellt werden muss und dass der Prozess so aufgebaut ist, dass nur korrekte Adressen bzw. Telefonnummern angegeben werden können.

Der Vertreter aus Wien fasst zusammen, dass positive Testergebnisse durch einen PCR-Test bestätigt werden müssen. Er fragt, ob beide Testergebnisse ins EMS eingemeldet werden. Weiter hinterfragt er, was mit jenen Personen passiert, die kein Testergebnis via SMS erhalten. Erfahrungen aus Südtirol zufolge, betrifft dies rd. 10 % der ProbandInnen (z. B. wegen fehlerhaften Telefonnummern). Der Vertreter aus Wien betont, dass es inakzeptabel ist, eine Hotline für diese Personen bei den Ländern anzusiedeln, wie von Schimpf zuvor ausgeführt. Weiters führt er aus, dass mehrfach zugesagt wurde, dass es hier kein Contact Tracing geben soll, dass nunmehr aber ausgeführt wurde, dass dies doch zu machen wäre. Der Vertreter aus Wien betont, dass bei zu erwartenden 10.000 positiven Befunden in seinem Bundesland ein Contact Tracing binnen 48 Stunden nicht machbar scheint. Er weist darauf hin, dass die Abwicklung der Antigentests eine Sache des Bundes und damit von der sonstigen Abwicklung zu trennen ist.

Schimpf repliziert, dass auch jetzt positive Testergebnisse aus dem niedergelassenen Bereich und die nachfolgenden PCR-Tests ins EMS gemeldet werden. Diese Fälle werden jeweils zusammengeführt und nicht doppelt erfasst. In Südtirol wurde auf ein 2-Faktor-Authentifizierungssystem via E-Mail und SMS gesetzt. In 10% der Fälle war eine der beiden Angaben falsch. Da in Österreich die Telefonnummer bereits bei Anmeldung validiert werden soll, wird hier nicht mit diesem Problem im selben Ausmaß gerechnet. In Hinblick auf die bundesseitig zugesagte zentrale Hotline war man von der Testung am Wochenende ab 18. Dezember ausgegangen. Aufgrund der von den Bundesländern zeitlich vorgezogenen Testungen kann das so nicht umgesetzt werden, es gibt hier aber heute um 16 Uhr einen weiteren Abstimmungstermin.

Der Vertreter aus Kärnten hinterfragt die geplante Dichte an Teststationen, wobei Schimpf hier darauf verweist, dass die Teststandorte vom BMLV in Abstimmung mit den Ländern definiert werden. Schimpf führt auf weitere Fragen aus, dass die Abwicklung der PCR-Nachtestung auf Länderebene anhand der konkreten Standorte festgelegt werden muss. Es wird nicht in allen Fällen möglich sein, direkt an der Teststation PCR-Tests vorzunehmen.

Hinsichtlich der Ausstellung von Bescheiden betont der Vertreter aus Kärnten, dass wohl nicht alle Teststandorte mit VertreterInnen der Bezirksverwaltungsbehörden ausgestattet werden können. Schon jetzt kommt es zur Verzögerung bei der Bescheidausstellung. Er schlägt vor, analog Südtirol ein Agreement mit der Sozialversicherung zu finden, um positiv getestete Personen unmittelbar krank zu schreiben und damit auch arbeitsrechtlich abzusichern. Schimpf führt aus, dass es in Südtirol gar keine Absonderung nach dem Antigentest gab, sondern nur eine Krankschreibung. Eine Automatisierte Absonderung ohne Bescheid ist in Österreich nicht möglich. Empfohlen wird, die Bescheidausstellung so automatisiert wie möglich ablaufen zu lassen, auch wenn das in der Kürze der Zeit sehr herausfordernd sein wird.

Rabady (KLPU) führt aus, dass im niedergelassenen Bereich bei erhöhtem Verdacht unmittelbar zwei Proben abgenommen werden und hinterfragt, ob diese Vorgehensweise nicht auch bei den Testungen möglich wäre. Sie gibt zu bedenken, dass durch das Bevölkerungsscreening per se bereits ein Teil des Contact Tracings abgewickelt ist.

Die Vertreterin des BKA führt aus, dass im Ministerratsvortrag von gestern festgehalten ist, dass im Zuge der Massentestungen vom Contact Tracing abgesehen werden kann. Schimpf bestätigt diese Kann-Bestimmung, wobei gemeinsam mit den Landessanitätsdirektionen ein klares Bekenntnis für Contact Tracing abgegeben wurde, wenn es möglich ist. Das jeweilige Bundesland kann somit eigenständig eine Priorisierung vornehmen. Ziel ist es Contact Tracing durchzuführen und zwar in jenem Ausmaß, wie es möglich ist. Die Vertreterin des BKA fasst zusammen, dass demzufolge jeder das machen kann, was er für nötig hält. Schimpf verweist dahingehend auf einen Erlass des BMSGPK. Die Vertreterin des BKA fragt nach, ob dies auch bedeuten kann, gänzlich vom Contact Tracing abzusehen. Herzog bietet an, dies nochmals mit JuristInnen abzustimmen und verweist auch nochmals auf den heute um 16 Uhr stattfindenden Abstimmungstermin, wo auch das BKA noch offene Fragen einbringen und klären kann.

Allerberger (AGES) führt aus, dass die Forderung nach dem Verwenden derselben Probe für Antigen- und PCR-Test mit äußerster Vorsicht zu betrachten ist. Die jeweiligen Produktinformationen sind so weit als möglich einzuhalten.

Der Vertreter aus Wien hinterfragt die Altersgruppe, die getestet werden soll. Dem Vernehmen nach sollen es Personen zwischen 6 und 80 Jahren sein. Hinterfragt wird insbesondere die Testung sehr junger Kinder im Setting von Teststationen sowie die Organisation der Testungen, die für die Länder aus seiner Sicht kaum zielführend machbar sein wird.

Herzog führt aus, dass die Möglichkeit zur Testung ab dem Schulkind Alter geschaffen werden soll. Er betont hier aber die Freiwilligkeit der Teilnahme. Personen, die bereits an Screeningprogrammen teilnehmen, sind nicht die Zielgruppe dieser Screenings. Zudem sollen nur asymptomatische Personen zur Testung eingeladen werden, um Ansteckungen zu vermeiden.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass viele Eltern die konkrete Testsituation mangels Erfahrung nicht einschätzen können und dass eine Empfehlung des Staates hier mit Vorsicht auszusprechen ist.

Siebenhofer-Kroitzsch hinterfragt, ob anstelle einer PCR-Nachtestung nicht ein zweiter Antigentest verwendet werden könnte. Herzog verweist hier auf eine Diskussion der ECDC, wonach ein wiederholter Antigentest nach 3 Tagen empfohlen werden soll. Dies würde organisatorisch wohl keine Erleichterungen bringen.

Schmid bestätigt, dass die ECDC einen mit kurzem Abstand durchgeführten zweiten Antigentest empfiehlt, wobei bei zwei positiven Antigentests ein bestätigter positiver Fall vorliegt. Sie schließt sich den Ausführungen von Allerberger dahingehend an, dass eine Vermengung von Testkits jedenfalls zu vermeiden ist.

Der Vertreter aus Niederösterreich betont, dass das Abnehmen der PCR-Tests nur 1 Prozent der Fälle betrifft und daher nicht den Hauptteil des Gesamtaufwandes darstellt.

Herzog schlägt vor, eine von ihm im Zuge der Diskussion erstellte Zusammenfassung in der Pause auszusenden und danach zu diskutieren. Er erläutert nach der Pause die Zusammenfassung und die zugrunde liegenden Gedanken.

Die Vertreterin des BKA hält fest, dass die Vorgehensweise einen Text in der Pause zu analysieren, abgelehnt wird. Zu den inhaltlichen Aspekten äußert man sich nicht. Auch der Vertreter aus der Steiermark erbittet sich mehr Zeit für die Beurteilung des Textes.

Gartlehner betont, dass ein Screeningprogramm in diesem Ausmaß mit einem klaren Strategiepapier hinterlegt werden muss. Derzeit ist nur die diesbezügliche Presseaussendung bekannt. Auch Siebenhofer-Kroitzsch verweist auf die Notwendigkeit einer verschriftlichten Strategie sowie eines Kommunikationskonzeptes für die Bevölkerung. Heinz betont, dass die wissenschaftliche Begleitung des Projektes essenziell ist. Die erhobenen Daten sollten entsprechend aufbereitet werden.

Der Vertreter aus Oberösterreich betont, dass es eine klare Zielsetzung geben muss. Diese ist wohl die Reduktion der Infektionszahlen. Dies muss aber mit einer klaren Strategie und darin verschriftlichten Vorgehensweise hinterlegt werden.

Rabady führt aus, dass der Bevölkerung möglichst einfach und repetitiv kommuniziert werden muss, welche Regeln weiterhin einzuhalten sind.

Der Vertreter aus Wien führt aus, dass der epidemiologische Effekt von Testungen nur gegeben ist, wenn diese wöchentlich wiederholt werden. Er hinterfragt diesbezüglich die weitere Vorgehensweise.

Herzog führt aus, dass es Evidenz für positive Effekte von Testungen der breiten Bevölkerung gibt. Die konkrete weitere Vorgehensweise ist ihm auch nicht bekannt. Er verweist auf die ersten Testungen in Vorarlberg und Tirol, die erste Erkenntnisse und Schlussfolgerungen zulassen werden. Die finanziellen Implikationen einer derartigen Testung sind wesentlich geringer, als jene eines Lockdowns.

Gartlehner führt aus, dass vorliegende Evidenz zu derartigen Screenings zeigt, dass ein- bzw. zweimalige Testung nur zu einem kurzfristigen Rückgang der Infektionen führt. Die Daten und Informationen aus den Testungen sollten jedenfalls genutzt werden, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen.

In Bezug auf die Wortmeldungen des BKA und des Vertreters aus der Steiermark führt Siebenhofer-Kroitzsch aus, dass ein Zuwarten nur in geringem Ausmaß zielführend ist, da es ansonsten zu spät sein könnte, um sinnvoll zur Diskussion beizutragen. Sie lehnt eine neuerliche Vertragung des Themas ab.

Der Vertreter aus Wien verweist darauf, dass der Begriff Massentests mangels Definition vermieden werden soll. Er hinterfragt auch die wöchentliche Frequenz der Testungen und die diesbezügliche Organisation und weitere Abwicklung.

Herzog führt aus, dass es in gewissen Settings einen Sinn haben kann, die Tests hochfrequent zu wiederholen. Wie und wo genau dies ausgeführt werden soll, ist Inhalt der weiteren konkreten Planungen. Anhand der Unterschiedlichkeit der Inzidenzen kann ggf. beurteilt werden, wo derartige Testungen Sinn machen könnten. Die Eigendynamik, die aktuell entstanden ist, soll wieder eingefangen und strukturiert werden.

Schmid führt aus, dass wohl primär zielgruppenspezifisches Screening sinnvoll ist. Das UK National Screening Committee hat hierzu Empfehlungen herausgegeben.

Der Vertreter aus Wien verweist auf ein Papier der ECDC, wonach Antigentests in asymptomatischen Gruppen nicht zielführend sind. Er gibt zu bedenken, dass derartige Testverfahren in der breiten Bevölkerung auch unerwünschte Ereignisse nach sich ziehen können. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Versammlung großer Massen, was mit entsprechenden Sicherheitskonzepten zu hinterlegen ist. Er sagt zu, diesbezügliche Literatur zur Verfügung zu stellen. In Bezug auf das UK Screening Committee führt er aus, dass in den UK das Projekt abgesagt wurde, da das Committee dem



nicht zugestimmt hat. Er hält es daher nicht für zulässig, das Screening Committee in diesem Kontext zu zitieren.

Heinz betont, dass der Einsatz von Antigentests für zielgerichtete Prävention in bestimmten Settings sehr sinnvoll sein könnte. **Konkret schlägt er vor, tägliche Tests des gesamten Personals, der BewohnerInnen und aller Besucher von Alten- und Pflegeheimen vorzunehmen.**

**Der Vertreter aus Wien führt aus, dass eine derartige Vorgehensweise in Realität unmöglich durchzuführen ist.**

Herzog ersucht um weitere Rückmeldungen zum vorliegenden Dokument bis morgen Abend. Ein auf dieser Basis überarbeitetes Dokument soll anschließend nochmals ausgesendet werden.

Der Vertreter aus Niederösterreich regt abschließend an, als Nachtest direkt vor Ort das RT-LAMP-Verfahren einzusetzen.

#### Ergebnis der Anhörung zur Novelle der COVID-19-Notmaßnahmenverordnung

Es sind 3 Rückmeldungen zur COVID-19-Notmaßnahmenverordnung eingelangt, die dokumentiert wurden.

➔ *siehe Anhang 6: COVID-19\_NotMV\_Rückmeldungen\_25112020*

Der Vertreter des BMAFJ führt zu seiner Stellungnahme aus, dass ein gänzlich Verbot körpernaher Dienstleistungen ggf. einfacher gewesen wäre, wobei er die Komplexität der Thematik verstehen kann.

Der Vertreter aus Kärnten berichtet, dass man sich für eine definierte Zeitspanne eine Ausnahme von den verpflichteten Screening-Tests für Personen überlegen sollte, die die Erkrankung bereits durchgemacht haben.

Herzog sagt zu, dies für eine allfällige Neufassung der Verordnung aufzugreifen.

Allerberger informiert, dass in Schweden hier rund 6 Monate als Zeitraum gewählt wurden.

#### Meinungsaustausch zum weiteren Vorgehen (Maßnahmen)

Herzog zeigt kurz eine Präsentation, die Inzidenzen und gesetzte Maßnahmen je Bundesland darstellt. Die Präsentation wird mit dem Protokoll ausgeschickt.

➔ *siehe Anhang 7: Vergleich Bundesländer\_26112020*

In einer der nächsten Sitzungen soll thematisiert und diskutiert werden, ob die zukünftige Vorgehensweise adaptiert werden soll. Dies könnte bedeuten, den Präventionsgedanken mehr in den Vordergrund zu stellen oder in der Beurteilung ein geräumigeres Vorgehen zu wählen.

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

Schmid (AGES) gibt einen kurzen Überblick zur allgemeinen Lage und zu Auffälligkeiten in Österreich. Die kumulative Inzidenz ist auf rund 400 Fälle je 100.000 Einwohner gefallen. Diese Trendwende hat vor rund 2 Wochen begonnen. Der Anteil der aufgeklärten Fälle beträgt in der laufenden Woche rund 20 %, wird sich aber wie in der Vergangenheit rückwirkend noch erhöhen. Für KW 46 wurden rund 40 % erreicht. Das Durchschnittsalter ist auf rund 45 Jahre gestiegen. Bei den unter 25-Jährigen fanden Ansteckungen in KW 46 primär im Setting Haushalt statt. **Das  $R_{eff}$  liegt am 24.11.2020 bei 0,89. Bei den über 65-Jährigen ist der größte Cluster Gesundheit-Soziales (Alten- und Pflegeheime).**

➔ *siehe Anhang 8: Ampel\_slides\_2020-11-26*

➔ siehe Anhang 9: Kurzbericht Monitoring der COVID-19 Schutzmaßnahmen\_25.11.20

Bachner (GÖG) referiert die aktuellen Prognosen des Prognose-Konsortiums. Die letztwöchige Prognose lag sehr nahe an der tatsächlichen Entwicklung, was für eine sehr hohe Prognosegüte spricht. Die Limitationen haben sich leicht verändert, da aktuell 3 Bundesländer das Testen von asymptomatischen Kontaktpersonen Grad I eingestellt haben. Die aktuelle Prognose geht von einem weiteren Rückgang der Fälle/Tag aus, wobei von einer Mischwirkung des Lockdown light und des hard-Lockdowns ausgegangen wird. Gemäß Prognose kommt es in keinem Bundesland zu einer Überschreitung der verfügbaren Intensivkapazitäten, die Auslastung bleibt aber auf einem hohen, systemkritischen Niveau.

➔ siehe Anhang 10: TOP 3 Prognose

Der Vertreter aus Wien spricht dem Prognose-Team seinen Respekt für die Arbeiten aus, da die Prognosen der letzten Wochen weitgehend zutreffend waren. Gemäß seiner Interpretation der präsentierten Daten, reichen die Maßnahmen des Lockdown light nicht aus, um die Epidemie unter Kontrolle zu halten.

Bachner führt aus, dass es aktuell schwer einzuschätzen ist, welchen Effekt die Maßnahmen des Lockdown light hatten. Er verweist auf das Beispiel der Schweiz, wo es auch ohne Lockdown zu einem Rückgang der Fallzahlen kam.

Allerberger merkt an, dass der Peak am 11.11.2020 ggf. auf das Verhalten der Bevölkerung kurz vor den Lockdown-Maßnahmen zurückzuführen ist.

Schmid führt aus, dass kein kausaler Schluss zwischen den Maßnahmen des Lockdown light bzw. hard und der Fallentwicklung gezogen werden kann. Es gibt hier vorerst nur Beobachtungen. Auch der Feiertag Anfang November hat zu verändertem Verhalten und damit einhergehend ggf. verstärkten Ansteckungen geführt.

#### Diskussion zur Risikoeinschätzung

Es erfolgt 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 ein sehr hohes Risiko ergibt. Die risikoadjustierten Inzidenzen schwanken zwischen rd. 250 und über 1.000/100.000, wobei die Werte in Abhängigkeit zu den Faktoren der Adjustierung die Werte hier stärker schwanken. Neu hinzugefügt wurde ein aktueller Trend der rohen Inzidenzdaten im Vergleich zur Vorwoche. Es zeigt sich, wo es zu Rückgängen kommt, aber auch in welchen Regionen es rezent zu zunehmenden Inzidenzen gekommen ist.

Im Burgenland kam es mit Ausnahme von Mattersburg und Neusiedl am See zu einem Rückgang der Inzidenzen. Der Vertreter aus dem Burgenland berichtet von zunehmenden Schwierigkeiten in Bezug auf die Abklärung. Es soll hier ggf. auf das Angebot der AGES zurückgegriffen werden, Unterstützung in diesem Bereich zu erhalten.

Für Kärnten berichtet Bachner von einem generell rückläufigen Trend mit Ausnahme von Sankt Veit an der Glan, wo ein ganz leichter Anstieg bei sehr hoher Inzidenz verzeichnet wurde. Der Vertreter aus Kärnten berichtet für Völkermarkt, dass dort nur mehr ein Amtsarzt zur Verfügung steht, der nunmehr selbst unter Quarantäne steht. Ähnliche Bilder zeigen sich in anderen Bezirken. Die gestiegenen Fallzahlen machen ein strukturelles Defizit auch in Bezug auf die IT-Infrastruktur offenbar. Den



wesentlich deutlicheren Rückgang der Inzidenzen in den Ballungszentren im Vergleich zur Peripherie kann sich der Vertreter aus Kärnten nicht erklären. Er berichtet von einem vergleichsweise gering ausgeprägten Problembewusstsein und damit einhergehend sehr schlechter Compliance der Bevölkerung. Er gibt zu bedenken, dass der aktuelle Lockdown mit Bedacht beendet werden muss, um einen neuerlichen starken Anstieg der Infektionen zu vermeiden.

Es lässt sich für ganz Niederösterreich ein Rückgang der Inzidenzen beobachten, mit Ausnahme von Sankt Pölten Stadt und Amstetten, die sich auf konstant hohem Niveau weiterentwickeln und eine leichte Zunahme der Fallzahlen verzeichnen. Die Vertreterin aus Niederösterreich erläutert, dass die Entwicklung in Sankt Pölten Stadt primär auf Cluster in großen Firmen zurückzuführen ist.

Auch in Oberösterreich ist das Bild generell rückläufig, wobei sich in Eferding mit einem Anstieg von 8 % und in Grieskirchen mit einer Zunahme der Inzidenz um über 40 % interessante Entwicklungen abzeichnen. Der Vertreter aus Oberösterreich erläutert, dass primär die Auslastung im stationären Bereich zu beobachten ist. Hier wurden eine leichte Entspannung in der Normalpflege und eine leichte Zunahme im Intensivbereich verzeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Intensivkapazitäten ausreichen werden, wenn sich die Infektionszahlen weiterhin positiv entwickeln. Der Vertreter aus Oberösterreich gibt zu bedenken, dass die Inzidenzen und auch die Auslastung im stationären Bereich am 6.12.2020 nach wie vor hoch sein werden. Er regt für die nächste Sitzung eine Analyse und eine Diskussion dahingehend an, ob und wie dann vorgegangen werden soll. Für Grieskirchen führt er aus, dass im örtlichen Krankenhaus bereits die Folgen der steigenden Inzidenz offenbar werden. Konkrete Gründe im Sinne von größeren Clustern sind nicht bekannt.

In Salzburg ist es in allen Bundesländern zu einem deutlichen Rückgang der Inzidenz gekommen. Der Vertreter aus Salzburg verweist darauf, dass das Mobilitätsniveau trotz Lockdowns hoch ist. Im Spitalsbereich verzeichnet er leichte Entspannung, wobei die Intensivpflege erst verzögert nachzieht. Die geringere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu anderen Bundesländern kann nicht erklärt werden.

In der Steiermark zeigen sich zwar auch tendenzielle Rückgänge bei der Inzidenz, aber in 4 Bezirken kam es zu deutlichen Zunahmen des Fallgeschehens: Leoben, Liezen, Murau und Murtal. Die rohe Inzidenz des Bundeslandes insgesamt liegt bei rd. 375/100.000 Einwohner. Der Vertreter aus der Steiermark berichtet von einer relativ stabilen Situation auf hohem Niveau. Problematisch ist derzeit die Altersstruktur der Erkrankten.

Auch in Tirol wurden Rückgänge bei der Inzidenz verzeichnet. Die rohe Inzidenz liegt bei rund 530/100.000 Einwohner. Ein leichter Anstieg wurde in Kufstein und ein etwas Deutlicherer in Lienz verzeichnet. Der Vertreter aus Tirol bestätigt, dass die Bezirke Kufstein und Lienz etwas problematischer sind. Generell konnte die Abklärungsquote landesintern verbessert werden.

In Vorarlberg ist der Trend deutlich rückläufig, lediglich im Großen Walsertal kam es zu einer Zunahme der Inzidenz, bei in absoluten Zahlen äußerst geringen Fallzahlen. Der Vertreter aus Vorarlberg merkt an, dass sein Bundesland auf sehr hohem Niveau gestartet ist. Er erläutert, dass die Fallabklärung in Vorarlberg zentralisiert wurde. Berichtet wird, dass sich die deutlichen Rückgänge der Fallzahlen im stationären Bereich nicht in dieser Deutlichkeit niederschlagen. Er berichtet von der aktuell vergleichsweise hohen Zahl an COVID-assoziierten Todesfällen in seinem Bundesland, betroffen waren primär hoch altrige Personen waren.

Allerberger berichtet von einer aktuell verzeichneten deutlichen Übersterblichkeit, wobei der sich der Altersdurchschnitt der Betroffenen mit der durchschnittlichen Lebenserwartung deckt.

Auch in Wien ist es zu einem Rückgang der rohen Inzidenz von knapp einem Drittel gekommen. Die rohe Inzidenz ist mit 270/100.000 Einwohnern vergleichsweise gering, die Abklärungsquote

vergleichsweise hoch. Der Vertreter aus Wien verweist auf die heute vom Bildungsministerium mit der Statistik Austria veröffentlichte Studie, die eine gute Grundlage für weitere Planungen darstellt. Die Situation in den Spitälern hat sich bislang nur leicht entspannt.

Schmid führt in Anlehnung an das Ansuchen aus Wien aus, dass die Abklärungsquote derzeit gering ist und damit die Betrachtung der Risikoadjustierung vorerst ausgesetzt werden soll. Sobald die Abklärungsquote zeitgerecht wieder über 50 % liegt, sollte man die Betrachtung der risikoadjustierten Werte wieder aufgreifen. Die Vertreter aus Oberösterreich und der Steiermark schließen sich diesem Vorschlag an.

Herzog fasst zusammen, dass die Darstellung der Risikoadjustierung vorerst ausgesetzt wird.

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

➔ *siehe Anhang 11: Aktuelle Risikoeinschätzung der Corona-Kommission\_26112020\_APA*

## **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 12: Empfehlung der Corona Kommission\_20201126*

### Sitzungstermine/-frequenz über Weihnachten und Neujahr

Es soll zeitgerecht die Sitzungsfrequenz über Weihnachten und Neujahr fixiert werden. Vorgeschlagen wird, eine Sitzung am 22.12.2020 abzuhalten. Ein weiterer Termin für 30.12.2020 soll nur optional wahrgenommen werden, falls dies auf Grund der Situation absolut erforderlich ist. Der nächste reguläre Termin 2021 wird am 7.1.2021 abgehalten.

Diese Planung findet die Zustimmung der Kommission.

- 15. Sitzung mit Empfehlung: 3.12.2020, 14:00 – 18:00 Uhr