

Dr. Wolfgang Mückstein  
Bundesminister

Herrn  
Präsidenten des Bundesrates  
Dr. Peter Raggl  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.332.973

Wien, 2.7.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3881/J-BR/2021 des Bundesrates Steiner betreffend „pandemische Aussagekraft von Corona-Tests“** wie folgt:

**Frage 1:** *Liegen Ihnen oder Ihrem Ministerium verlässliche Daten vor, die bezeugen, dass Corona-Massentests einen Einfluss auf das Infektionsgeschehen nehmen?*

Vermehrte Testungsaktivität trägt dazu bei, asymptomatische Fälle zu erkennen und in weiterer Folge durch entsprechende Maßnahmen (Absonderung) Infektionsketten unterbrechen zu können.

Dem BMSGPK liegen detaillierte Testungszahlen aus allen Bereichen vor.

**Frage 2 und 3:**

- *Halten Sie an der bisherigen Teststrategie weiterhin unverändert fest?*
- *Wenn nein, weshalb nicht?*

Die österreichische Teststrategie wird regelmäßig unter Berücksichtigung der jüngsten Erkenntnisse und Entwicklungen überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

**Frage 4 und 5:**

- *Können die in Verwendung befindlichen PCR-Tests nachweisen, ob eine Person tatsächlich infektiös oder überhaupt an Sars-CoV-2 erkrankt ist?*
- *Wenn nein, weshalb finden diese in Österreich massenhafte Anwendung?*

Laut der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie ist „der labordiagnostische Goldstandard für die Diagnose einer Infektion mit Coronavirus SARS-CoV-2 ... der direkte Virusnachweis aus respiratorischen Sekreten mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) bzw. anderer Nukleinsäure-Amplifikations-Techniken (NAT). Etablierte in-house und kommerzielle Testsysteme beruhen meist auf dem Nachweis von 2 Gensequenzen (Targets) von SARS-CoV-2. Dabei ist üblicherweise eine Gensequenz selektiv für das Genus Betacoronavirus und eine Gensequenz spezifisch für den Cladus SARS-CoV-2“ (siehe auch ÖGLMK, Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2, Version 1.6, 17.11.2020). Das heißt, es werden mehrere spezielle Gensequenzen amplifiziert und daraus wird indirekt auf das Vorliegen von gesamter viraler DNA geschlossen. Prinzipiell werden also wie beschrieben mit der Methodik PCR keine intakten oder infektiösen Viruspartikel nachgewiesen, dazu sind aufwändige zellkulturbasierte Tests notwendig, die nicht in einem breitflächigen Setting durchgeführt werden können.

Es ist außerdem wichtig, zwischen Infektion, Erkrankung und Infektiosität zu unterscheiden.

Ein positives PCR-Testergebnis auf SARS-CoV-2 ist in den allermeisten Fällen beweisend für eine Infektion mit dem Virus. Eine Person, die SARS-CoV-2 infiziert ist, muss nicht notwendigerweise symptomatisch werden d.h. erkranken. Eine Erkrankung kann durch ärztliches Fachpersonal anhand der Symptomatik in Kombination mit Labordiagnostik diagnostiziert werden. Die Beurteilung der Infektiosität obliegt den Amtsärzt:innen der zuständigen Gesundheitsbehörde unter Zusammenschau des Testnachweises, dem Ct-Wert, etwaigen anderen Faktoren sowie der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz.

Personen, die mit SARS -CoV-2 infiziert sind, können symptomatisch (mit Symptomen), präsymptomatisch (vor Beginn der Symptome) oder asymptomatisch (ohne Symptome) sein. Die höchste Viruslast und damit Infektiosität besteht kurz vor oder zu Beginn der Symptomatik (präsymptomatisch) und die ersten 5-7 Tage der Erkrankung (symptomatisch). Etwa ein Fünftel aller infizierten Personen bleiben asymptomatisch. Die asymptomatische Übertragung von SARS-CoV-2 ist möglich, wobei das Übertragungsrisiko laut derzeitigem Wissensstand geringer ist als bei symptomatischen Personen. Das

bedeutet, dass auch nicht erkrankte Personen das Virus übertragen können und Symptomatik keine Bedingung dafür ist, dass eine Person infektiös ist.

**Frage 6 und 7:**

- *Können die in Verwendung befindlichen Antigen-Tests nachweisen, ob eine Person tatsächlich infektiös oder überhaupt an Sars-CoV-2 erkrankt ist?*
- *Wenn nein, weshalb finden diese in Österreich massenhafte Anwendung?*

Beim Antigentest handelt es sich um einen direkten immunologischen Nachweis von viralen Proteinen in respiratorischen Probenmaterialien (siehe auch ÖGLMK, Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2, Version 1.6, 17.11.2020).

Es ist auch hier wichtig, zwischen Infektion, Erkrankung und Infektiosität zu unterscheiden.

Das Ergebnis eines Antigen-Tests muss immer mit den auftretenden Symptomen und der Krankheitsgeschichte sowie der Vortestwahrscheinlichkeit in Kontext gesetzt werden. Die verlässlichsten Ergebnisse erzielen Antigen-Schnelltests bei Personen mit einer hohen Viruslast. Das entspricht dem Zeitraum der präsymptomatischen Phase bis zu 5 Tagen nach Auftreten der Symptome. In dieser Zeit kann davon ausgegangen werden, dass ein positives Antigen-Testergebnis eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachweist. Bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit sind Antigen-Tests weniger aussagekräftig. Aus diesem Grund mussten gemäß der bis vor Kurzem gültigen Falldefinition positive Antigen-Testergebnisse in einem Kontext von niedriger Vortestwahrscheinlichkeit durch einen molekularbiologischen Test (PCR- oder LAMP-Test) bestätigt werden. Die derzeit gültige Falldefinition sieht eine Bestätigung jedes positiven Antigen-Testergebnisses vor.

Eine Person, die SARS-CoV-2 infiziert ist, muss nicht notwendigerweise symptomatisch werden d.h. erkranken. Eine Erkrankung kann durch ärztliches Fachpersonal anhand der Symptomatik in Kombination mit Labordiagnostik diagnostiziert werden. Die Beurteilung der Infektiosität obliegt den Amtsärzt:innen der zuständigen Gesundheitsbehörde unter Zusammenschau des Testnachweises, dem Ct-Wert (bei PCR-Nachtestung), etwaigen anderen Faktoren sowie der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz.

Personen, die mit SARS -CoV-2 infiziert sind, können symptomatisch (mit Symptomen), präsymptomatisch (vor Beginn der Symptome) oder asymptomatisch (ohne Symptome) sein.

Die höchste Viruslast und damit Infektiosität besteht kurz vor oder zu Beginn der Symptomatik (präsymptomatisch) und die ersten 5-7 Tage der Erkrankung. Etwa ein Fünftel aller infizierten Personen bleiben asymptomatisch. Die asymptomatische Übertragung von SARS-CoV-2 ist möglich, wobei das Übertragungsrisiko laut derzeitigem Wissensstand geringer ist, als bei symptomatischen Personen. Das bedeutet, dass auch nicht erkrankte Personen das Virus übertragen können und Symptomatik keine Bedingung dafür ist, dass eine Person infektiös ist.

**Frage 8:** *Stimmt es, dass PCR-Tests nur 2-3 Primer zu je 18 Nukleotide finden, bei 30.000 Nukleotide der gesamten Virus RNA?*

Bei der PCR Analyse werden im Labor hergestellte Primer (kurze DNA Stücke) dazu verwendet, längere virale Gensequenzen zu detektieren. Wie in Frage 4 beschrieben werden üblicherweise 2 Gensequenzen (Targets) von SARS-CoV-2 nachgewiesen, das genaue Protokoll wird vom durchführenden Labor festgelegt. Bei den meisten in Europa kommerziell verfügbaren Testassays haben sich als Standard die von der Charité vorgeschlagenen Zielsequenzen etabliert (vgl. Corman et al, Euro Surveill. 2020). Jedoch gibt es auch Hersteller, die sich an anderen Protokollen orientieren (CDC, HKU) bzw. steht es ihnen auch frei, eigene Zielsequenzen zu definieren.

Eine Gesamtsequenzierung von SARS-CoV-2 in jeder getesteten Person über die, wie in ihrer Frage richtig festgehalten, 30.000 Nukleotide, ist ob des geringeren Informationszugewinns, des finanziellen Aufwandes und der entsprechend längeren Dauer der Laboranalyse in einer pandemischen Situation nicht angebracht und wird auch außerhalb des Kontexts der SARS-CoV-2 Pandemie bei der Detektion von anderen Viren mittels PCR nicht als sinnvoll erachtet oder praktiziert.

**Frage 9:** *Stimmt es, dass Antigen-Tests nur nach Bruchstücken der Virenhülle suchen?*

Beim Antigentest handelt es sich um einen direkten immunologischen Nachweis von viralen Proteinen in respiratorischen Probenmaterialien.

**Frage 10:** *Liegen Ihnen Daten vor, wie viele von 1.000 Testpositiven ganze Viren ausatmen und in welcher Menge?*

Eine systematische Erfassung der Testpositivitätsrate wird derzeit in Österreich nur bei den flächendeckend eingesetzten Testsystemen PCR und Antigentests durchgeführt. Diese

Systeme sind – wie in vorhergehenden Fragen erläutert – nicht geeignet, Ganzviruspartikel in der Atemluft zu erfassen.

**Frage 11:** *Können PCR- und Antigen-Test zwischen zerstörten und intakten Viren unterscheiden?*

Laut der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie ist „der labordiagnostische Goldstandard für die Diagnose einer Infektion mit Coronavirus SARS-CoV-2 ... der direkte Virusnachweis aus respiratorischen Sekreten mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) bzw. anderer Nukleinsäure-Amplifikations-Techniken (NAT). Etablierte in-house und kommerzielle Testsysteme beruhen meist auf dem Nachweis von 2 Gensequenzen (Targets) von SARS-CoV-2. Dabei ist üblicherweise eine Gensequenz selektiv für das Genus Betacoronavirus und eine Gensequenz spezifisch für den Cladus SARS-CoV-2“ (siehe auch ÖGLMK, Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2, Version 1.6, 17.11.2020). Insofern werden spezielle Gensequenzen amplifiziert und nicht das gesamte Genom, was auf intaktes Virus hinweist. Es ist aber nicht völlig auszuschließen, dass auch z.B. inaktives, nicht replikationsfähiges Virus durch diese Methoden nachgewiesen werden kann.

Beim Antigentest handelt es sich um einen direkten immunologischen Nachweis von viralen Proteinen in respiratorischen Probenmaterialien. Auch hier ist es prinzipiell möglich, bei entsprechend hoher Konzentration der entsprechenden Proteine im Probenmaterial einen positiven Nachweis zu erhalten auch wenn keine intakten Viren vorliegen.

**Frage 12:** *Von 1.000 Fällen: Bei wie vielen Menschen hat das Immunsystem die Viren zerstört?*

Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass bei jedem Infizierten und dann Genesenen das Immunsystem Viren, die von infizierten Zellen sezerniert wurden, zerstört hat, da sonst keine Genesung erfolgt wäre. Ist das Immunsystem nicht fähig, die Viren zu eliminieren, kommt es zu schweren Verläufen bzw. Tod. Somit ist die Rate jener Menschen, deren Immunsystem die Viren nicht eliminieren kann, am ehesten mit der Letalitätsrate anzunähern. Diese ist maßgeblich von Alter, Geschlecht und anderen Risikofaktoren abhängig.

**Frage 13:** *Warum wird der CT-Wert nicht standardisiert?*

Beim Ct-Wert handelt es sich um einen Näherungswert der Viruslast im Probenmaterial. Allerdings ist die im Probenmaterial vorhandene und damit messbare Viruslast u.a. abhängig von der Art der Probengewinnung, der Probenlagerung, der RNA Extraktion und dem PCR Verfahren (siehe auch ÖGLMK, Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2, Version 1.6, 17.11.2020). Die unterschiedlichen Arten der Probengewinnung (Oro- oder Nasopharynx-Abstrich, anterionasaler Abstrich, Gurgeln) verhindern eine standardisierte Durchführung der Probennahme. Die Ct-Werte können ebenfalls durch unterschiedliche Protokolle der Probenaufarbeitung und durch die Verwendung unterschiedlicher Reagenzien und PCR-Maschinen verschieden sein.

Es gibt derzeit noch keinen von einer internationalen Organisation bereit gestellten Standard der einen großflächigen Abgleich der Methodiken und damit der Ct-Werte verschiedener Labore ermöglicht. Deswegen gestaltet sich eine Standardisierung des Ct Wertes schwierig, nichtsdestotrotz kann die näherungsweise Angabe der Viruslast zur qualitativen Beurteilung herangezogen werden.

**Frage 14:** *Warum wird Getesteten der CT-Wert nicht mitgeteilt?*

Abhängig vom Labor wird der Ct-Wert mit dem Befund mitgeteilt. Bezugnehmend auf die Interpretation der Befunde (siehe auch Frage 13) ist allerdings davon auszugehen, dass diese wie üblich vom Fachpersonal des Labors vorgenommen werden sollten, da die Werte auch abhängig von den im Labor angewandten Protokollen sind.

**Frage 15:** *Warum wird nicht die Atemluft der Menschen getestet?*

Die Atemdiagnostik ist Gegenstand derzeitiger Forschungsaktivitäten. Derzeit gibt es allerdings noch kein entsprechendes gut analysiertes und breitflächig/niederschwellig einsetzbares Verfahren, dass anstatt der eingesetzten Tests wie Antigen-Test oder PCR-Test verwendet werden kann.

**Frage 16:** *Warum werden die Tests je 100.000 Einwohnern gerechnet und nicht je 100.000 Tests?*

Bei der Angabe der Inzidenz wird je 100.000 Einwohner gerechnet, da bei der Rechnung „pro 100.000 Tests“ (statt Einwohner) potentiell „Mehrfachtestungen“ miterfasst werden würden, wenn sich Personen pro Tag mehrmals testen lassen.

Bei einer Angabe „pro 100.000 Einwohner“ ist eine „Vergleichbarkeit von Regionen mit unterschiedlich hoher Einwohnerzahl“ gegeben.

**Frage 17 und 18:**

- *Haben Sie oder Ihr Ministerium Vorschläge für alternative Testmethoden vorliegen? (z.B. Nachweis über Atemluft)*
- *Wenn ja, wann sollen diese Anwendung finden?*

Derzeit ist kein Testsystem in Verwendung, das derart breitflächig und niederschwellig einsetzbar ist. Bezüglich des Nachweises über die Atemluft siehe Punkt 15.

**Frage 19:**

- *Werden durch die verordneten FFP2-Masken ganze Viruspartikel aus der Luft gefiltert?*
- *Wenn nein, wie hoch ist der Schutz von FFP2-Masken vor Corona-Viren?*

FFP2-Masken gehören zu den partikelfiltrierenden Halbmasken und bieten sowohl Eigen- als auch Fremdschutz, indem einerseits die Verbreitung von Tröpfchen gehindert wird, andererseits, weil sie Aerosole filtern. FFP2-Masken müssen mindestens 94 % und FFP3-Masken mindestens 99 % der Testaerosole filtern.

Korrekt getragene FFP2-Masken bieten sowohl Eigen- als auch Fremdschutz und können dazu beitragen, Übertragungen von SARS-CoV-2 zu verhindern.

**Frage 21 und 22:**

- *Wie lange brauchen aspirierte in der Maske befindliche Tröpfchen > 0,001 - 1 mm, um nach außen zu verdunsten?*
- *Wo ist nach dem Verdunsten das im Tröpfchen befindliche Virus?*

Partikelfiltrierende Halbmasken werden aus mehreren Lagen spezieller Filtermaterialien hergestellt, die durch ihre physikalischen und elektrostatischen Eigenschaften sowohl Flüssigkeitstropfen als auch Aerosole binden. Diese Filterleistung wird nach europäischer Norm getestet. FFP2-Masken müssen mindestens 94 % und FFP3-Masken mindestens 99 % der Testaerosole filtern. Durchfeuchtung oder Passform der Maske können die Filterleistung beeinflussen.

**Frage 23:** *Gelten FFP2-Masken als Luftfilter?*

FFP2-Masken gehören zu den partikelfiltrierenden Halbmasken.

**Frage 24:** *Bleiben trockene Viren am Stoff haften und wenn ja, wie lange?*

Es ist wichtig, dass Schutzmasken adäquat und hygienisch gehandhabt werden, um eine mögliche Ansteckung durch Kontamination auf der Maskenoberfläche zu vermeiden. FFP2-Masken sind grundsätzlich Einwegmasken. Bei sorgfältigem Gebrauch kann sie mehrmals verwendet werden. Ist die FFP2-Maske durchfeuchtet oder beschädigt, muss sie entsorgt werden. Eine Empfehlung zum korrekten Umgang mit FFP2-Masken wurde auf der Homepage des BMSGPK veröffentlicht:

<https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---So-schuetzen-wir-uns.html>

**Frage 25 und 26:**

- *Besitzen Mundnasenschutz-Masken des Typs FFP2 eine Zertifizierung für bzw. technische Zulassung gegen Viren?*
- *Wenn nicht, weshalb wurden diese dann verordnet?*

Wie auch medizinische Gesichtsmasken müssen FFP-Masken für die vorgesehene Zweckbestimmung klare Anforderungen von Gesetzen und technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials anhand der europäischen Norm EN 149:2001+A1:2009 mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens 94 % und FFP3-Masken mindestens 99 % der Testaerosole filtern. Sie bieten daher nachweislich einen wirksamen Schutz auch gegen Aerosole.

**Frage 27, 28, 29:**

- *Wie hoch waren die Ausgaben für die Anschaffung und Auswertung der bundesweiten PCR-Tests seit Ausbruch der Pandemie bis Ende April 2021?*
- *Wie hoch waren die Ausgaben für die Anschaffung und Durchführung der durchgeführten Massentests seit Ausbruch der Pandemie bis Ende April 2021?*
- *Wie hoch waren die Kosten für die „Gratis Schnelltests“ in den Apotheken?*

Einleitend ist zu den Fragen 27 und 29 Folgendes festzuhalten:

Teilweise liegen zu beiden Maßnahmen bereits Abrechnungen vor. Zahlungen wurden allerdings noch nicht durchgeführt, da in den entsprechenden Weisungen geregelt wurde, dass aus verwaltungsökonomischen Gründen die Abrechnung tunlichst nach Ablauf der COVID-19-Pandemie vorgelegt werden und die entsprechenden Kosten aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds einmalig erstattet werden sollen. Da das Ende der Pandemie jedoch derzeit nicht abschätzbar war, wurde auch die Möglichkeit eingeräumt, nach Maßgabe der Liquiditätslage der Träger und budgetärer Erfordernisse des Bundes auch Zwischenabrechnungen zu legen bzw. seitens des Bundes einzufordern.

Derzeit sind sämtliche Zahlungen für Abrechnungen (auch für andere Maßnahmen), die sich noch auf das Jahr 2020 beziehen, aber überwiegend erst 2021 von den Trägern vorgelegt wurden, in Vorbereitung.

Zur Frage 27 im Detail:

Über die Sozialversicherungsträger ÖGK, SVS und BVAEB werden gemäß §§ 742 Abs. 2 ASVG, 380 Abs. 2 GSVG, 374 Abs. 2 BSVG und 261 Abs. 2 B-KUVG Tests im niedergelassenen Bereich im Fall eines klinischen Verdachts auf eine Covid-19-Infektion aus dem Covid-19-Krisenbewältigungsfonds finanziert. Dabei können unter bestimmten Umständen auch PCR-Tests zur Anwendung kommen. Für die laboranalytische Auswertung eines PCR-Tests inklusive des verwendeten Materials, sowie die dazugehörige Dokumentation hat der Krankenversicherungsträger gemäß § 3 Abs. 2 der VO betreffend nähere Bestimmungen über die Durchführung von COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich eine Fallpauschale in Höhe von 60 € zu bezahlen.

Bis dato liegen dazu Daten von ÖGK und SVS über das 4. Quartal 2020 vor. Demnach wurden im Zuständigkeitsbereich der ÖGK 16.367 PCR-Tests, im Zuständigkeitsbereich der SVS 1.085 PCR-Tests durchgeführt. Dies wird Zahlungen des Bundes an die ÖGK iHv. 982.020 € bzw. an die SVS iHv. 176.580 € nach sich ziehen.

Von der BVAEB bzw. von den beiden anderen Trägern liegen für Quartale im Jahr 2021 noch keine Daten vor.

Die Kosten für PCR-Testungen welche im Rahmen von Screeningprogrammen nach den Bestimmungen des Epidemiegesetzes in Auftrag gegeben wurden, sowie jene die behördlich angeordnet wurden, werden vom Bund übernommen, wenn diese:

- von der AGES durchgeführt wurden: Für behördlich angeordnete Testungen wurden der AGES im Jahr **2021** bis einschließlich April 2021 10.487.862,53 € ersetzt, für Screeningprogramme: 12.753.471,12 €. Im Jahr **2020** wurden der AGES für behördlich angeordnete Testungen 5.149.590,03 € ersetzt, für Screeningprogramme: 8.405.325,32 €.
- im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung durch die Länder durchgeführt wurden: Seit Ausbruch der Pandemie, bis Ende April 2021 wurden den Ländern rund 190 Mio. € für rund 3,64 Mio. PCR Testungen ersetzt. Die Länder rollen monatlich die COVID-19 Kosten auf und rechnen mit dem Bund die offenen Beträge ab, sodass es immer wieder auch zu Nachverrechnungen auch weiter zurückliegender Zeiträume kommen kann.

Zur Frage 28 im Detail:

Die Massentestungen seit Ausbruch der Pandemie bis Ende April 2021 wurden von den Ländern und Gemeinden organisiert und durchgeführt. Die Länder und Gemeinden erhalten auf Antrag einen Zweckzuschuss gemäß §1b COVID-19-Zweckzuschussgesetz in Höhe ihrer tatsächlich angefallenen Kosten, wobei die in den Teststraßen verwendeten Antigentestkits vom BMLV bereitgestellt wurden. Bis Ende April 2021 wurden seitens des BMSGPK 0 € für Zweckzuschüsse gemäß §1b COVID-19-Zweckzuschussgesetz ausbezahlt. Die ersten Auszahlungen an die Länder erfolgten erst im Mai 2021.

Zur Frage 29 im Detail:

„Gratis Schnelltests“ in den Apotheken sind derzeit in zweierlei Varianten möglich.

Erstens sind gemäß §§ 742a ASVG, 380a GSVG, 374a BSVG und 261a B-KUVG die öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken berechtigt, an asymptomatischen Personen COVID-19-Tests durchzuführen. Für die Durchführung eines Tests bezahlt der Krankenversicherungsträger ein pauschales Honorar iHv. 25 Euro, womit auch Material, Auswertung, Dokumentation und die Ausstellung eines Ergebnismachweises abgedeckt sind. Der Bund hat dem Krankenversicherungsträger die daraus resultierenden Aufwendungen aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

Bis dato liegen über Februar und März 2021 Daten von ÖGK und SVS vor. Demnach wurden im Zuständigkeitsbereich der ÖGK 2.040.590, im Zuständigkeitsbereich der SVS

245.795 Tests durchgeführt. Von der BVAEB liegen Daten über Februar 2021 vor, in ihrem Zuständigkeitsbereich wurden im Februar 84.975 Tests durchgeführt.

Dies wird Zahlungen des Bundes an die ÖGK iHv. 51.014.750 €, an die SVS iHv. 6.144.875 € und an die BVAEB iHv. 2.124.375 € nach sich ziehen. Konkrete Kostenersätze an die Träger wurden bis Ende April 2021 noch nicht ausbezahlt.

Zweitens sind gemäß §§ 742b ASVG, 380b GSVG, 374b BSVG und 261b B-KUVG die öffentlichen Apotheken berechtigt, auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers COVID-19-Antigentests zur Eigenanwendung an bezugsberechtigte Personen abzugeben. Der Krankenversicherungsträger hat pro abgegebener Packung (beinhaltet fünf bzw. ab 1. Juni 2021 zehn Tests) ein pauschales Honorar iHv. zehn Euro zu bezahlen. Der Bund hat dem Krankenversicherungsträger die daraus resultierenden Aufwendungen aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

Bis dato liegen über März 2021 Daten von ÖGK, SVS und BVAEB vor. Demnach wurden im Zuständigkeitsbereich der ÖGK 2.074.951, im Zuständigkeitsbereich der SVS 131.036 und im Zuständigkeitsbereich der BVAEB 164.411 Packungen zu je 5 Tests abgegeben.

Dies wird Zahlungen des Bundes an die ÖGK iHv. 20.749.510 €, an die SVS iHv. 1.310.360 € und an die BVAEB iHv. 1.644.110 € nach sich ziehen. Konkrete Kostenersätze an die Träger wurden bis Ende April 2021 noch nicht ausbezahlt.

Damit die Apotheken diese Gratistests auch an die Bevölkerung abgeben können, werden diese Tests vom Bund (auf der Basis eines BBG-Vergabeverfahrens) angekauft und den Apotheken - im Wege des pharmazeutischen Großhandels - gratis zur Verfügung gestellt. Bis Ende April 2021 betragen die Zahlungen des BMSGPK für den Ankauf der „Gratis (Schnell)tests“ für die Verteilung in den Apotheken 68,8 Mio. €.

### **Frage 30 und 31:**

- *Sind flächendeckende Antikörper-Tests geplant?*
- *Wenn nein, weshalb nicht?*

Nein, derzeit sind keine flächendeckenden Antikörpertests geplant.

Die Gruppe der immunisierten Personen teilt sich auf in Genesene (mit bekannter stattgehabter Infektion oder unwissentlich stattgehabter Infektion) und Geimpfte.

Geimpfte sind im E-Impfpass und wissentlich Genesene im EMS dokumentiert, wodurch diese Personengruppen nicht von dem Antikörpertestangebot profitieren würden.

Daher sind nur Personen mit unwissentlich stattgehabter Infektion in einem ungefähren Zeitraum von 6-8 Monaten (lediglich für diesen ist eine Immunität - im Sinne einer niedrigeren epidemiologischen Gefahr - mit großer Wahrscheinlichkeit gewährleistet) Zielgruppe einer möglichen Antikörper-Testung. Gegen eine regelhafte Testung aller infrage kommender Personen spricht zum einen die geringe Seroprävalenz. In der Seroprävalenzstudie der Statistik Austria, welche den Seroprävalenzstatus der Bevölkerung von Mitte/Ende Oktober abbildet, wiesen 4,7% (95%-KI: mindestens 3,8%, maximal 5,6%) neutralisierende Antikörper auf. Dabei zeigte sich ein leichter Unterschied zwischen West- und Ostösterreich (Westösterreich (Tirol, Vorarlberg, Salzburg, Oberösterreich): 5,7%, 95%-KI 4,1-7,4%; Ostösterreich (Wien, Burgenland, Niederösterreich): 3,8%, 95%-KI 2,7-4,8%). In manchen Regionen Österreichs (siehe Ischgl-Studie) werden diese Werte deutlich überschritten.

Im Jänner – vor relevantem Einfluss der Impfungen in die Zahl jener, die Antikörper aufweisen - wurde der Anteil jener Menschen in Österreich, die jemals mit SARS-CoV-2 infiziert gewesen waren, anhand eines indirekten Schätzungsmodells durch die Österreichische Akademie der Wissenschaften mit knapp unter 7% berechnet.

Es ist zudem anzunehmen, dass seit dem großflächigen Ausbau des Testangebots die Dunkelziffer deutlich niedriger ausfällt als in bisherigen Erhebungen. Eine flächendeckende Antikörpertestung vor Impfung wurde somit als nicht zielführend erachtet, da so nur eine relativ geringe Anzahl an Menschen identifiziert werden könnte.

Hinsichtlich der Umsetzung stellen sich außerdem einige Hürden. Ein niederschwelliges Antikörpertestangebot ist nur mit Schnelltests möglich, welche das qualitative Vorhandensein von Antikörpern messen und anhand derer keine Aussage über eine mögliche Schutzwirkung (im Sinne einer neutralisierenden Wirkung) getroffen werden kann.

Aussagekräftige Antikörper, bei denen von einer neutralisierenden Wirkung ausgegangen werden kann (vgl. „Präzisierung zum Nachweis neutralisierender Antikörper“), können

ausschließlich im Rahmen eines Labortests inkl. venöser Blutabnahme erfolgen und die logistische Umsetzung wäre äußerst komplex.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

