

4110/AB
Bundesministerium vom 11.01.2021 zu 4083/J (XXVII. GP) sozialministerium.at
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.833.848

Wien, 28.12.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage 4083/J der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen betreffend Datenverfügbarkeit Intensivbelegungen COVID-19** wie folgt:

Frage 1: Wie viele Tagesaufnahmen auf den Intensivstationen gab es in den Jahren 2018 und 2019? Bitte um getrennte Darstellung nach Monat.

- a) Bitte um getrennte Übermittlung dieser Daten für Intensivstationen pro medizinischer Abteilung (z.B. Chirurgie, Innere Medizin).

Die stationären Aufenthalte auf eingestuften Intensivüberwachungs- und -behandlungs-einheiten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten der Jahre 2018 und 2019 mit Darstellung pro Monat sowie pro medizinischer Abteilungen können der beigefügten Tabelle entnommen werden.

Frage 2: Wie hoch war das Durchschnittsalter der Patient_innen auf Intensivstationen in den vergangenen zehn Jahren? Bitte um getrennte Darstellung nach Jahr inklusive der zum Stand der Anfragebeantwortung verfügbaren Daten für das Jahr 2020.

Das Durchschnittsalter von Patientinnen und Patienten mit Aufenthalten auf eingestuften Intensivüberwachungs- und -behandlungseinheiten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten der Jahre 2010 bis September 2020 kann der beigefügten Tabelle entnommen werden (die Daten ab Oktober liegen noch nicht abschließend vor).

Frage 3: Werden Ct-Werte von COVID-19-Patient_innen erhoben?

- b) Wenn ja, erfolgt dies bundesweit einheitlich?
 - Wenn nein, in welchen Bundesländern wird dies erhoben und warum erfolgt dies nicht bundesweit?
- c) Wenn ja, in welchem Bereich liegen diese Werte?
 - In welchem Bereich liegen diese Werte bei hospitalisierten Patient_innen?
 - In welchem Bereich liegen diese Werte bei Patient_innen auf Intensivstationen?
- d) Wenn ja, lassen sich anhand des Ct-Wertes in der Praxis Rückschlüsse auf die Schwere des COVID-19-Verlaufs bzw. die notwendige medizinische Behandlung ziehen? Welche?
- e) Wenn ja, ist dem BMSGPK bekannt, inwiefern Ct-Wert und Ansteckungspotenzial in Zusammenhang stehen?
 - Falls ein Zusammenhang besteht: Ab welchem Ct-Wert ist es unwahrscheinlich, dass von einem positiv Getesteten ein Ansteckungsrisiko ausgeht?
 - Ist in Planung, Absonderungsbescheide nur mehr unter einem gewissen Ct-Zielwert auszustellen? Ab welchem?
- f) Werden diese Daten für die Forschung zugänglich gemacht?
 - Wenn ja, wo?
 - Wenn ja, wann?
 - Wenn nein, warum nicht?
- g) Wenn nein, warum nicht?

Bei Laboratorien mit PCR-Testverfahren wird vereinzelt von diesen Laboratorien der Ct-Wert in das epidemiologische Meldesystem (EMS) im dafür vorgesehenen Textfeld einge-

pflegt. Eine einheitliche bundesweite Vorgangsweise besteht nicht und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz liegen auch keine Informationen zur Höhe der Werte vor.

Anhand des Ct-Wertes lassen sich in der Praxis keine Rückschlüsse auf die Schwere des COVID-19 Verlaufs bzw. die notwendige medizinische Behandlung ziehen.

Einige Arbeitsgruppen haben sich mit der Korrelation der Virusgenomlast (entsprechend der Virusmenge) im Untersuchungsmaterial und der Anzüchtbarkeit der in der Probe enthaltenen Viren in Zellkultur als Maß für die Infektiosität beschäftigt. Diese Arbeiten legen einen Zusammenhang zwischen Ct-Wert und Anzüchtbarkeit nahe, der z. B. bei der Bewertung von PCR Ergebnissen hilfreich sein kann.

Aus diesen Untersuchungen lassen sich „cut-off“ Werte im Bereich von Ct-Werten von 31 - 34 ableiten, d. h. bei Ct Werten > 30 (Charité Protokoll) lässt sich SARS-CoV-2 in Zellkulturen wesentlich seltener anzüchten als bei niedrigeren Ct-Werten und die Infektiosität der betreffenden Patienten ist geringer einzustufen.

Der Ct-Wert stellt von Labor zu Labor einen nicht unmittelbar vergleichbaren Messwert dar, solange es keinen Bezug auf eine Referenz gibt. Die Ct-Werte können durch unterschiedliche Protokolle der Probenaufarbeitung und durch die Verwendung unterschiedlicher Reagenzien und PCR-Zyklen schwanken. Auch die Qualität des Untersuchungsmaterials ist zu berücksichtigen. Ein Ct-Wert von 30 in einem Labor ist nicht derselbe in Form von Viruslast wie ein Ct-Wert von 30 in einem anderen Labor. Bei niedrigen Genomlasten (d. h. hohen Ct-Werten) ist es ohne weitere Kenntnisse zu den Umständen der Probennahme nicht möglich eine Aussage darüber zu treffen, ob sich der Patient in der frühen Phase des Infektionsgeschehens befindet und an den folgenden Tagen höhere Virusmengen produzieren könnte. Für die Beurteilung müssen folglich weitere Kriterien, wie z.B. eine bekannte Exposition bzw. die klinische Symptomatik, herangezogen und ggf. wiederholte Verlaufsproben untersucht werden.

Gemäß derzeit gültigen Bestimmungen zur behördlichen Vorgehensweisen kann bei Freisein von Symptomen einer SARS-CoV-2 Infektion das Vorgehen bzgl. Absonderung/Verkehrsbeschränkung in begründeten Fällen nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abschätzung nach dem Ermessen der zuständigen Gesundheitsbehörde festgelegt werden.

Die Daten können durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht weitergegeben werden, weil die Weitergabe von Ct-Werten die rechtliche Zustimmung des jeweiligen Dateneigentümers erfordert.

Frage 4: Wie viele Personen befanden bzw. befinden sich zum Zeitpunkt der Anfragebeantwortung in Quarantäne? Bitte um getrennte Darstellung nach Bundesland.

- Wie viele dieser Personen waren bzw. sind Kontaktperson der Kategorie 1 (K1)?
- Wie viele dieser K1 erhielten im Laufe der Quarantäne ein positives Testergebnis?
- Wie viele Tage (im Durchschnitt) nach Erstkontakt?

Diese Daten liegen dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht vor. Die Identifizierung, die Absonderung und die Nachverfolgung von Kontaktpersonen liegen in der Zuständigkeit der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde.

Frage 5: Wer erhebt, wie viele positiv Getestete erst nach dem Zeitpunkt der Testung (oder nie) COVID-19-Symptome entwickeln?

- a) Um wie viele Personen handelt es sich hierbei? Bitte um getrennte Darstellung nach Symptomatischen und Asymptomatischen.
- Wie viele dieser Personen wurden in weiterer Folge hospitalisiert?
 - Ab welchem Tag (im Durchschnitt) nach Erstkontakt bzw. Symptombeginn?
 - Wie hoch war das Durchschnittsalter? Bitte auch um Übermittlung der Gesamtaaltersstruktur aller COVID-19-Hospitalisierten.
 - Wie viele dieser Personen benötigten in weiterer Folge intensivmedizinische Behandlung?
 - Ab welchem Tag (im Durchschnitt) nach Erstkontakt bzw. Symptombeginn?
 - Wie hoch war das Durchschnittsalter? Bitte auch um Übermittlung der Gesamtaaltersstruktur aller COVID-19-Intensivpatient_innen.
- b) Ab wann wurden diese Daten erhoben?
- c) Werden diese Daten für jeden eOVID-19-Positiven erhoben?
- Wenn nein, warum nicht?
- d) Werden diese Daten für die Forschung zugänglich gemacht?
- wenn ja, wo??
 - Wenn ja, wann?
 - Wenn nein, warum nicht?

Die Identifizierung, die Absonderung und die Nachverfolgung von Kontaktpersonen liegen in der Zuständigkeit der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde. Die geforderten Daten betreffend die Personen, die erst nach dem Zeitpunkt der Testung (oder nie) COVID-19 Symptome entwickeln liegen dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht vor und sie werden auch nicht für jeden COVID-19 Positiven erhoben.

Dies deshalb, weil es in der Logik des Epidemiegesetzes 1950 (EpiG) sowie des epidemiologischen Meldesystems nicht vorgesehen ist. Laut EpiG sind „Jede Erkrankung, jeder Sterbefall an einer anzeigepflichtigen Krankheit, in den Fällen des § 1 Abs. 1 Z 1 auch jeder Verdacht einer solchen Erkrankung, (...) der Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt), in deren Gebiet sich der Kranke oder Krankheitsverdächtige aufhält oder der Tod eingetreten ist, unter Angabe des Namens, des Alters und der Wohnung und, soweit tunlich, unter Bezeichnung der Krankheit binnen 24 Stunden anzugeben.“ Zur Unterstützung der Gesundheitsbehörden für weitere behördliche Maßnahmen werden diese Daten in das EMS eingetragen. Maßgeblich für Entscheidungen zu weiteren behördlichen Maßnahmen sind hierbei die Ergebnisse von diagnostischen Tests.

Da diese Daten dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht vorliegen, können sie auch nicht der Forschung zugänglich gemacht werden.

Beilage

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

