

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.136.460

Wien, 21.4.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an meinen Amtsvorgänger gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5487/J der Abgeordneten Bayr, Genossinnen und Genossen betreffend Wo sind die Hotspots einer COVID-19 Infektion? Dem Contact Tracing auf der Spur wie folgt:**

Fragen 1 und 2:

- *Wurden die durchgeführten Massentests in den Bundesländern einer detaillierten Evaluierung über die Wirksamkeit und Effizienz der flächenhaften Testungen unterzogen?*
 - a. *Wenn ja, was haben diese ergeben?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*
- *Sind aus einzelnen Bundesländern solche Analysen bekannt?*
 - a. *Wenn ja, was lassen diese ablesen?*

Die durchführenden Bundesländer konnten bei den Massentestungen Evaluierungen durchführen. Im Rahmen einer Evaluierung wurde festgestellt, dass niederschwellige Testangebote für alle Personen dazu beitragen können Infektionsketten zu durchbrechen; den größten Effekt haben niederschwellige Angebote für symptomatische Personen. Ein Strategiewechsel von einmaligen Massentests hin zur Etablierung von Testzentren wurde als fundiert begründet erachtet.

Frage 3:

- *Gibt es zum in den Bundesländern installierten Contact Tracing Untersuchungen zur Wirksamkeit in Bezug auf die epidemiologischen Parameter (Reduktion Fallzahlen, Kosteneffizienz)?*
 - a. *Wenn ja, was ergeben diese und welche Schlüsse werden daraus gezogen?*

Untersuchungen zur Wirksamkeit von nicht-pharmazeutischen Maßnahmen zeigen, dass Contact Tracing die Reproduktionszahl des Virus um 0,10 reduzieren kann, wenn es zeitnahe nach Identifikation von infizierten Personen durchgeführt wird.

Frage 4: *Wurde die verwendete Software für das Contact Tracing evaluiert?*

- a. *Wenn ja, welche Verbesserungsmaßnahmen wurden empfohlen?*
- b. *Wie wird die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen finanziert?*
- c. *Wie wird die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen kontrolliert?*
- d. *Wenn nein, warum nicht?*

Nein. Die Entwicklung der Software berücksichtigte die Bedürfnisse der Gesundheitsbehörden i.Z.m. anzeigepflichtigen Krankheiten gem. § 1 EpiG, die schon vor COVID-19 bestanden.

Frage 5: *Gibt es Untersuchungen, ob der letzte Lockdown zum Ausbau des Contact-Tracings genutzt wurde?*

- a. *Wenn ja, was sind die Ergebnisse?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Ja, in allen Bundesländern werden Contact Tracing Ressourcen bei Bedarf aufgestockt. Die Bundesländer können hier unterschiedliche Angebote nutzen, um je nach Anzahl der Fälle die Personalkapazitäten flexibel erhöhen und anpassen zu können. So nutzen einige Bundesländer Unterstützung vom Bundesheer. Des Weiteren werden von den meisten Bundesländern spezifische Digitale Tools genutzt, die stetig erweitert und mit neuen Funktionalitäten ausgestattet werden, beziehungsweise kann auch das Contact-Tracing-Tool der AGES verwendet werden. Das Contact Tracing wurde österreichweit erfolgreich digitalisiert. Die Anzahl der Vollzeitäquivalenten in den Bundesländern, die die Tätigkeit des Contact Tracings durchführen, variiert je Bundesland und befindet sich in einem Rahmen von 30 bis 79 VZÄ pro 100.000 Einwohner (Stand Februar 2021).

Frage 6: *Wird von Ihnen evaluiert und gegenübergestellt innerhalb wie vieler Stunden/Tage Infizierte und ihre Kontaktpersonen in den Bundesländern kontaktiert wurden?*

- a. *Wie viele Stunden/Tage vergehen zwischen positiven Testergebnis, Absonderungsbescheid, Befragung des/der Infizierten und Information der Kontaktperson?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Die Landessanitätsdirektionen sind zuständig für derartige Evaluierungen und um bei Bedarf Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Frage 7: *Wird von Ihnen erhoben wieviel Personal in den Bundesländern für Contact Tracing verantwortlich ist (Vollzeitäquivalente ausschließlich für diese Tätigkeit)?*

- a. *Wenn ja, erheben Sie, ob diese Ressourcen ausreichend sind, um alle neue Fälle pro Tag nachzuverfolgen?*
- b. *Wenn ja, welche Unterstützung gibt es für Bundesländer die keine ausreichenden Ressourcen haben?*
- c. *Wenn nein, warum nicht?*

Die Landessanitätsdirektionen sind zuständig, in ihrem jeweiligen Bundesland die Durchführung des Contact Tracings sicherzustellen.

Frage 8: *Daten aus GB deuten darauf hin, dass Behinderte, Marginalisierte und Menschen in finanziell prekären Situationen häufiger und schwerer durch eine Infektion betroffen sind. Erheben Sie welche Bevölkerungsgruppen in Österreich hauptsächlich von Infektion, schwerer Erkrankung mit und ohne Todesfolge betroffen ist?*

- a. *Wenn ja, was ist das Ergebnis der Erhebung?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Nein. § 4 EpiG definiert die Datenkategorien, welche im EMS verarbeitet werden; die Datenkategorien zu den erwähnten Bevölkerungsgruppen zählen nicht dazu, weswegen keine entsprechenden Erhebungen mittels EMS durchgeführt werden können.

Frage 9: *Die für die Öffentlichkeit verfügbaren Daten auf den verschiedenen Portalen sind oft unterschiedlich und werden oft zu spät veröffentlicht. Wie begegnen Sie diesem Problem?*

- a. *Was spricht dagegen eine Einrichtung, die große Erfahrung hat großes Datenvolumen aus unterschiedlichen Quellen sinnvoll aufzuarbeiten, wie etwa die Statistik Austria, mit dieser Aufgabe zu betreuen?*
- b. *Wann wird es eine Klärung der Veröffentlichung von durchgeführten Test (getrennte Ausweisung PCR- und Antigen-Test) geben?*

Die wesentlichen Unterschiede bei der Datenerfassung liegen in der Darstellung, Berichtszeitpunkt, den enthaltenen Parametern, deren Definitionen sowie der Datenqualität. Eine ergänzende Datenerfassung ist für die Erfassung der epidemiologischen Lage elementar. Die Zuordnung der Fallzahlen nach Labordiagnose (AGES, EMS-Daten) bildet das tatsächliche Infektionsgeschehen realitätsnah ab, eine zusätzliche Übermittlung von Parametern gemäß täglicher Datenübermittlung der Bundesländer ergänzt die adäquate Lageerfassung. Für die gesamtheitliche Bewertung der epidemiologischen Lage in Österreich sind demnach beide Quellen wesentlich. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen im EMS zu jedem Zeitpunkt eine für Maßnahmen valide Messgröße darstellt und die epidemiologischen Kennzahlen durch die direkten Bundesländermeldungen zusätzliche Evidenz bereitstellen konnte. Daher war zu jedem Zeitpunkt der notwendige Überblick über die Datenlage für eine epidemiologische Aussage gegeben und rasches Reagieren sowie die Möglichkeit der Wirksamkeitsüberprüfung gesetzter Maßnahmen möglich. Das BMSGPK ist trotz dieser systembedingten unterschiedlichen Quellen laufend bemüht Datenharmonisierungen mit den genannten Akteuren zu erwirken.

Ad a.: Bei den im EMS erfassten Informationen handelt es sich um Gesundheitsdaten, welche entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen unterliegen.

Ad b.: Seitens des BMSGPK wird auf europäischer und internationaler Ebene an einer Harmonisierung der Darstellung von Daten gearbeitet, um zeitnah die durchgeführten Testungen entsprechend auszuweisen.

Frage 10: *Werden Sie den Punkt „Arbeit“ in der Clusteranalyse in diverse Arbeitsplatzsettings unterteilen?*

- a. *Wenn ja wann?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Die Clusteranalyse wird durch die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) durchgeführt, welche auf eine langjährige Erfahrung als Referenzzentrale für Influenzaepidemiologie zurückgreift. Die von der AGES vorgenommene Unterteilung der Clusteranalysen spiegelt eine Klassifizierung wider, welche im Rahmen des Source Tracing zielführend und flächendeckend erhoben werden kann.

Frage 11: *Wie stellen Sie sicher, dass es in Betrieben und Büros nicht zu weiteren Clusterbildungen kommt?*

- a. *Welche Maßnahmen und Verordnungen werden Sie dazu erlassen?*
- b. *Wenn nein, warum nicht?*

Die gesetzlich normierten Maßnahmen – sowie die von Unternehmen ausgearbeiteten Hygienevorschriften - können nicht als Garantie verstanden werden, dass Ausbrüche gänzlich verhindert werden. Sie basieren auf fachlichen Überlegungen, wie das Risiko von Infektionen weitestgehend minimiert werden können. Die Einhaltung der diesbezüglichen Verordnungen sowie von Hygienevorschriften kann das Risiko, dass sich Infektionen verbreiten, nachweislich minimieren. Trotzdem kann eine Infektion hierdurch nicht gänzlich ausgeschlossen werden, da die Einflussfaktoren in Betrieben und ihrer Angestellten mannigfaltig sind.

Frage 12: *Es gibt zunehmend Indizien, dass bei Menschen mit vorangegangener Coronavirus Erkrankung mit der Zeit die Antikörper immer mehr werden, auch bei jenen, die schon im März 2020 erkrankt sind, steigen die Antikörper von Test zu Test an. Warum stellen diverse Regelungen betreffend Menschen, die schon eine Coronainfektion durchlitten haben, auf eine sechs Monate zurückliegende Erkrankung ab?*

- a. *Welche Untersuchungen bezüglich der Entwicklung der Anzahl von Antikörpern gibt es in Österreich und was zeigen diese?*
- b. *Auf welche ausländischen Studien betreffend Antikörperverschlauf greifen Sie für Regelungen zurück, wenn es um durchgemachte Coronaerkrankungen geht und was zeigen diese Studien?*

Ad a.: In Österreich wurden von folgenden Einrichtungen Seroprävalenzstudien i.Z.m. COVID-19 durchgeführt:

- Medizinische Universität Innsbruck
- Danube Private University Krems
- Medizinische Universität Wien
- Statistik Austria, Österreichisches Rotes Kreuz, Medizinische Universität Wien
- Klinik Ottakring, Gesundheitsverbund Wien, Medizinische Universität Wien
- N.Ö. Landesstatistik
- Stadtgemeinde Oberwart in Zusammenarbeit mit Univ. Prof. Dr. Dietmar Poszvek (UFES) und Universität Innsbruck
- Medizinische Universität Wien, Viravaxx, Labors.at, Karl Landsteiner Universität, internationale Kooperation

In 13 von 18 Studien wurde die Seroprävalenz von SARS-CoV-2 Antikörpern in verschiedenen Studienpopulationen untersucht, in denen der Infektionsstatus zuvor unbekannt war. In fünf Studien wurde die Seroprävalenz von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 bei Proband*innen untersucht, bei denen bereits zuvor mittels RT-qPCR oder Antikörpertest eine SARS-CoV-2 Infektion festgestellt wurde. Die Studie mit der größten Testpopulation (n=2.229 Personen ab 16 Jahre) wurde bundesweit (im Auftrag des BMBWF) von der Statistik Austria in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien und dem Roten Kreuz durchgeführt. Darin zeigte sich, dass zwischen Mitte und Ende Oktober 2020 4,7 % (95 % CI; 3,8-5,6; der österreichischen Wohnbevölkerung ab 16 Jahre) Antikörper gegen SARS-CoV-2 aufwiesen und damit seit Beginn der Pandemie eine Infektion durchgemacht hatten. Vor diesem Hintergrund verwiesen die Projektleiter der Medizinischen Universität Wien auf die insgesamt niedrige Prävalenz von neutralisierenden Antikörper in der österreichischen Bevölkerung.

Ad b.: Seitens des BMSGPK wird daran gearbeitet, die maßgeblichen Publikationen von internationalen Gesundheitsinstitutionen wie der World Health Organisation (WHO) oder dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sowie Forschungsgruppen zu verfolgen. Aufgrund der exponentiell wachsenden Anzahl an Forschungsergebnissen im Bereich von SARS-CoV-2 ist ein Monitoring aller entsprechender Publikationen eine Herausforderung. Eine Auswahl internationaler Publikationen zu Antikörperverlauf und Reinfektionen kann über die WHO Database on COVID-19 global literature on coronavirus disease abgerufen werden (<https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>).

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

