

Fachliche Begründung 5. Novelle zur 2. COVID-19 Basismaßnahmenverordnung

Autor*in/Fachreferent*in: S2 - Krisenstab COVID-19, BMSGPK

Stand: 03.02.2023

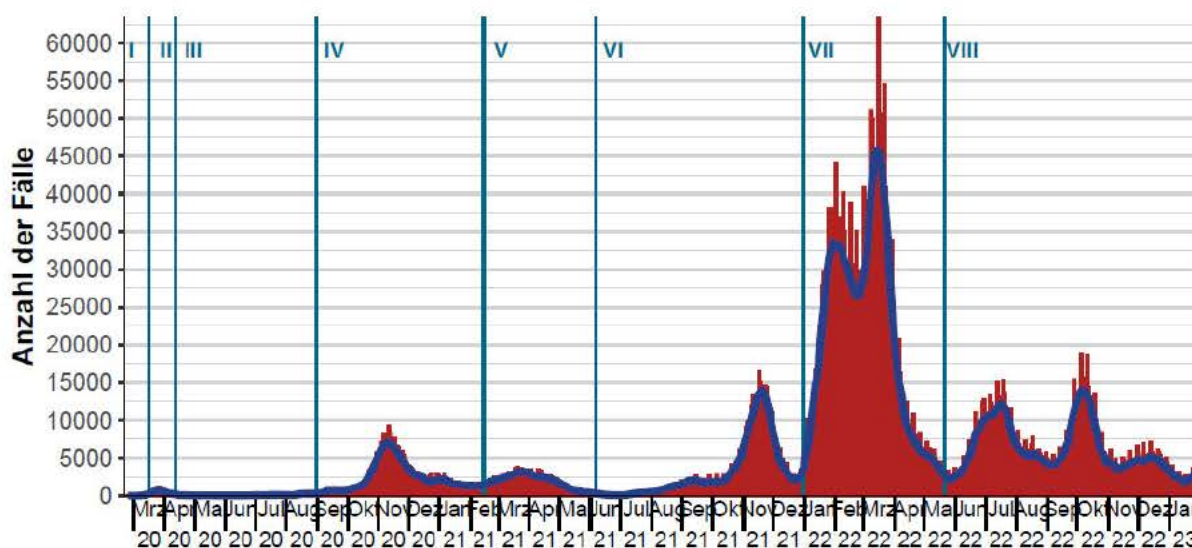
1. Aktuelle Lage National

1.1 Lage

Zeitlicher Verlauf inzidente Fälle

Die Epidemie kann bislang in Österreich in acht Phasen unterteilt werden. Phase I: Naive Phase bis zum 15.03.2020; Phase II: Lockdown ab dem 16.03.2020 bis zum 11.04.2020; Phase III: Zunehmende Lockerungen ab dem 12.04.2020 bis 31.08.2020; Phase IV: 01.09.2020 - 14.02.2021; Phase V: Massenerkrankung, erhöhte Testfrequenz, Schulöffnung mit Präventions-Maßnahmenpaket, ab dem 15.02.2021 bis 06.06.2021; Phase VI: COVID 19 - Öffnungsverordnung in Kraft, ab dem 07.06.2021 bis 31.12.2021; Phase VII: ab 01.01.2022 bis 21.05.2022; Phase VIII: ab 22.05.2022. Die blaue Trendlinie in Abb. 1 visualisiert den gleitenden Mittelwert der 7 Tages Fallzahl.

Abbildung 1: Neu identifizierte Fälle von bestätigter SARS-CoV-2 Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung bis 00.00 des Berichtstages (bei fehlender Information zum Labordiagnose-Datum wird der Tag der positiven Labormeldung herangezogen, der üblicherweise innerhalb der 24h nach Labordiagnose liegt).¹



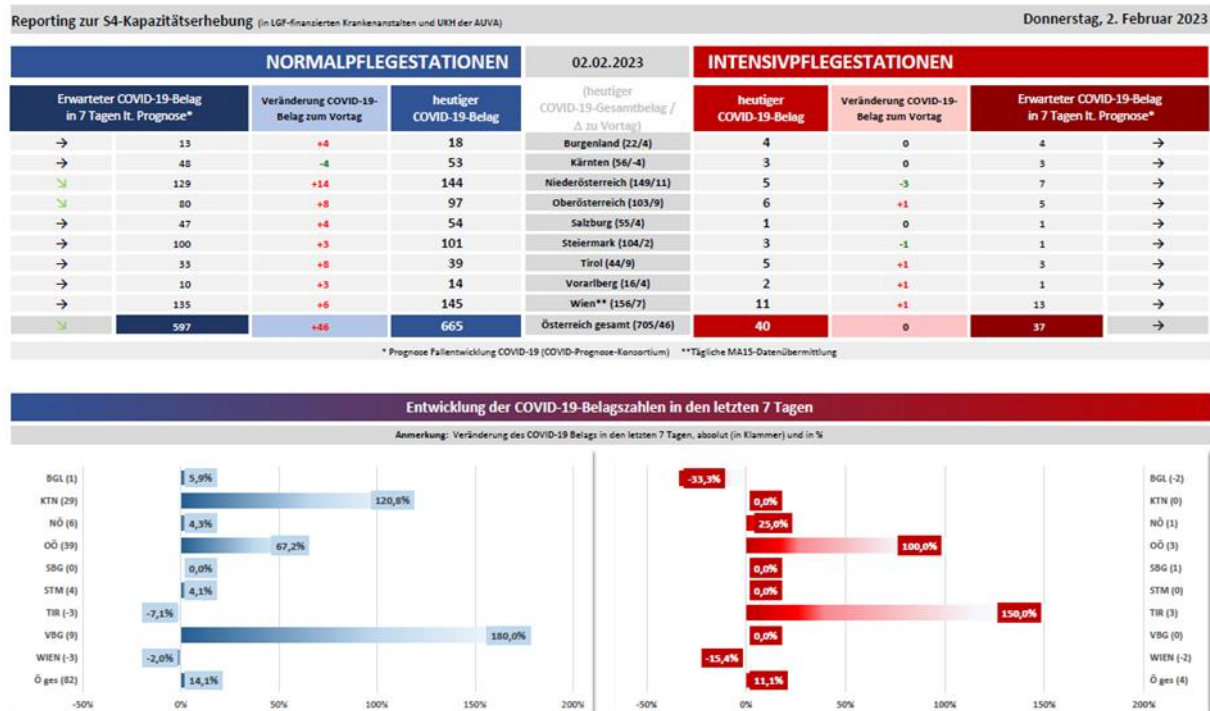
In der aktuellen Phase (VIII) konnten bisher drei Wellen gemeldeter Neuinfektionen beobachtet werden. Mit einem Peak im Juli 2022, einem Peak Anfang Oktober 2022 und einem Peak auf niedrigerem Niveau im Dezember 2022. Seit Ende Jänner 2023 steigt die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen nach einer Phase der Stagnation wieder geringfügig an.

Die österreichweite 7-Tages-Inzidenz beträgt nach dem aktuellen AGES-Lagebericht vom 02.02.2023 265,0 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner:innen. Der aktuell geschätzte R_{eff} liegt bei 1,17.

¹ AGES-Lagebericht. Stand 02.02.2023.

Systembelastung

Abbildung 2: Reporting zur S4-Kapazitätserhebung des BMSGPK, Stand 02.02.2023²



Aktuelle Auslastung durch COVID-19 Patient:innen

Intensivpflegebereich

Bei der Belags-Entwicklung auf Intensivpflegestationen ist in den letzten 7 Tagen eine Zunahme von 11,1% zu beobachten. Aktuell werden 40 COVID-19-Fälle auf den Intensivpflegestationen behandelt. Der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen liegt bei 2%, somit unter dem Schwellenwert von 10% für eine mittlere Auslastung.

Normalpflegebereich

Am 02.02.2023 stiegen die COVID-19-Belagszahlen (+46) auf den Normalpflegestationen im Vergleich zum Vortag. Bei der Betrachtung der letzten 7 Tage sind leicht steigende COVID-19-Belagszahlen zu beobachten (+14,1%). Derzeit werden 665 COVID-19-Fälle auf Normalpflegestationen betreut, der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen auf Normalstationen, liegt bei 1,8% und somit unter dem von der in der 67. Sitzung der Corona Kommission festgelegten Schwellenwert von 4% (deutliche Einschränkung der stationären Versorgung).

Infektionsgeschehen in den Alten- und Pflegeheimen

Laut dem aktuellsten wöchentlichen Bericht der AGES zur Situation in den Alten- und Pflegeheimen vom 01.02.2023, stieg die Zahl der Neuinfektionen bei Personen die in APHs wohnhaft sind, in der Kalenderwoche vom 23.-29. Januar 2023 um 15,19% im Vergleich zur Vorwoche. Die Anzahl der Todesfälle in APHs ist im Vergleich zu Vorwoche gesunken.

² S4-Kapazitäten BMSGPK. Dateneinmeldung der BL über KET. Stand 02.02.2022.

Abbildung 3: APH-Fälle, Übersicht der vorangegangenen 8 Kalenderwochen, Altersgruppe 60+, Österreich, 2023³

Kalenderwoche	APH-Fälle	Durchschnittsalter Fälle	APH-Fälle pro 100.000 APH-Bewohner:innen [*]	Todesfälle	Durchschnittsalter Todesfälle
KW 49	548	84,6	831,8	9	81,4
KW 50	700	84,1	1.062,5	11	86,7
KW 51	728	84,4	1.105,0	11	87,0
KW 52	678	84,9	1.029,1	19	85,8
KW 01	571	84,7	866,7	15	83,9
KW 02	437	83,5	663,3	11	88,6
KW 03	270	83,8	409,8	12	83,3
KW 04	311	84,4	472,0	11	91,2

^{*} Quelle Anzahl APH-Bewohner:innen: STATISTIK AUSTRIA, Pflegedienstleistungsstatistik. Erstellt am 12.12.2022. Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

1.2 Prognose

Am Dienstag, 31.01.2023 wurde eine neue Prognose der Entwicklung der COVID-19-Fälle errechnet. Die Prognose geht davon aus, dass der COVID-Belag auf Normal- und Intensivstationen im Prognosezeitraum (31.01. -15.02.) annähernd gleich bleibt.

Fallprognose

Gemäß EMS zeigt sich ein beginnender Anstieg in den gemeldeten Infektionszahlen. Insbesondere in den jüngeren Altersgruppen sind die gemeldeten Fallzahlen in den letzten zwei Wochen um mehr als 50% gestiegen. Besonders auffällig ist der Anstieg in der Altersgruppe der 5-14-Jährigen. Die Daten aus dem Abwassermonitoring stehen mit einem gewissen Zeitverzug zur Verfügung, weisen derzeit aber auch auf ein Ende des Rückgangs der Infektionszahlen hin.

Belagsprognose

Im Bereich der Normalpflege wird mit Ende der Prognoseperiode am 15.02. österreichweit ein Belagsstand im Bereich (68% Konfidenzintervall) von 464 bis 787 belegten Betten erwartet, mit einem Mittelwert von 604 Betten.

Die 33%-Auslastungsgrenze der Intensivstationen wird österreichweit Ende der Prognoseperiode mit 0,5 % Wahrscheinlichkeit überschritten, unter der Annahme, dass das Aufnahme- und Entlassungsregime in den Spitälern unverändert bleibt.

Zu beachten ist, dass die Belagsprognose nicht zwischen Personen, deren Hospitalisierung kausal auf COVID-19 zurückzuführen ist, und Personen, die ursprünglich aufgrund einer anderen Diagnose hospitalisiert wurden, unterscheidet. Auf Normalstationen werden seit dem 02.11.2022 nur noch infektiöse COVID-19 Fälle gemeldet. Dadurch ergibt sich ein Rückgang der gemeldeten COVID-19 Belagszahlen auf den Normalstationen.

³ AGES: Wöchentlicher Bericht zu automatisierter Clustererstellung in Alten und Pflegeheimen (APH) – Lageupdate. Stand 01.02.2023.

2. Aktuelle Lage International

Zum Ende der Kalenderwoche 4 (2023) waren rückläufige Infektionszahlen im EU/EWR-Raum zu beobachten. Nachdem im Dezember 2022 in Europa insgesamt ein Anstieg der Übertragungen sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch insbesondere in Langzeitpflegeeinrichtungen beobachtet werden konnte, sind die gepoolten Raten der Fallmeldungen (in allen Altersgruppen), der Krankenhauseinweisungen und der Einweisungen auf Intensivstationen in KW 4 deutlich gesunken. Trotz der sich verbessernden epidemiologischen Situation werden die Gesundheitssysteme in der EU und im EWR-Raum weiterhin durch COVID-19 Erkrankte belastet⁴.

Auch die dynamische epidemiologische Lage in China sowie die weitere Entwicklung des Infektionsgeschehens sorgt für Unwägbarkeiten. Obwohl Chinas Joint Prevention and Control Mechanism des Chinesischen Staatsrates am 25.01.2023 einen Überblick über die COVID-19 Situation in China veröffentlichte und dieser darauf hindeutet, dass der Höhepunkt der Infektionswelle in China bereits erreicht worden sein dürfte, ist das Infektionsgeschehen in China noch immer auf einem sehr hohen Niveau. Außerdem konnte durch die WHO noch keine unabhängige Analyse der COVID-19 Situation in China durchgeführt werden da noch zugrundeliegende Daten des veröffentlichten Überblicks fehlten⁵.

3. Virusvarianten

Weltweit ist die Omikron-Variante mit über 99% aller gemeldeten Sequenzen vorherrschend. Eine neue „Variant of Concern“ abseits der bekannten Varianten ist gegenwärtig nicht bekannt⁶. Die Omikron-Subvariante BA.5 einschließlich ihrer zahlreichen Sublinien ist global und in Österreich weiterhin dominant, jedoch abnehmend. Die BA.5-Sublinie BQ.1 einschließlich ihrer mittlerweile über 30 Sublinien, stellt weltweit und in Österreich die häufigste Sublinie dar (43% Prävalenz in Österreich in Kalenderwoche 03), der Großteil der österreichischen Fälle entfällt auf BQ.1.1.

Die Omikron-Subvariante BA.2 hingegen zeigt weltweit und in Österreich einen zunehmenden Trend, der auf die Prävalenzanstiege von BA.2.75- und XBB-Sublinien zurückzuführen ist. In Österreich machen BA.2.75-Sublinien (inklusive CH.1.1 und BN.1) bereits ein Viertel aller Fälle aus. Die Rekombinante XBB macht mittlerweile über 13 % aller Fälle aus, dabei dominiert die Sublinie XBB.1.5 und nimmt weiter zu^{7 8 9}. CH.1.1 wird regelmäßig detektiert¹⁰. In Vorarlberg entstand die Sublinie CH.1.1.4 mit der Mutation P681R im Spike Protein¹¹. Diese Mutation ist mit erhöhter Krankheitsschwere assoziiert¹².

XBB.1.5 breitete sich bisher vor allem in den USA aus und zeigt einen deutlichen Wachstumsvorteil. Während XBB und dessen Sublinien im Vergleich zu anderen Omikron-Sublinien einen Wachstumsvorteil durch immunevasive Eigenschaften zeigen, dürfte der zusätzliche Wachstumsvorteil von XBB.1.5 hauptsächlich auf erhöhte Transmissibilität zurückzuführen sein. Bisher gibt es keine Hinweise auf erhöhte Krankheitsschwere. Das mit XBB.1.5 assoziierte generelle Risiko wird für die

⁴ ECDC. Country overview report: week 4, 2023. 02.02.2023 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/country-overviews> Zugriff am 03.02.2023)

⁵ AGES. Bericht „Varianten-Lageupdate“ vom 30.01.2023. (Interner Bericht).

⁶ ECDC (2023 Jan 26). SARS-CoV-2 variants of concern as of 26 January 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern> Abgerufen am 31.01.2023.

⁷ WHO (2023 Jan 25). Weekly epidemiological update on COVID-19 - 25 January 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-january-2023>

⁸ AGES. Bericht „Varianten-Lageupdate“ vom 30.01.2023. (Interner Bericht).

⁹ IMBA, AGES. (2023 Jan 27). Repräsentative SARS-CoV-2 Variantenanalyse mittels SARSeq. Kalenderwoche 04. (Interner Bericht).

¹⁰ AGES. Bericht „Varianten-Lageupdate“ vom 30.01.2023. (Interner Bericht).

¹¹ IMBA, AGES. (2023 Jan 19). Repräsentative SARS-CoV-2 Variantenanalyse mittels SARSeq. Kalenderwoche 03. (Interner Bericht).

¹² WHO. (2023 Jan 11). XBB.1.5 Rapid risk assessment, 11 January 2023. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/11jan2023_xbb15_rapid_risk_assessment.pdf

Allgemeinbevölkerung als niedrig, für vulnerable Personen als mittel bis hoch eingestuft. Das Vertrauensniveau der Risk Assessments von ECDC und WHO wird aufgrund der begrenzten Datenlage jedoch als moderat bzw. niedrig eingestuft^{13 14}. Die weitere Entwicklung von SARS-CoV-2 hinsichtlich Transmissibilität, Immunflucht und Virulenz kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht verlässlich eingeschätzt werden.

4. Fachliche Einschätzung zu den Maßnahmen

Risikoreiche Settings

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Aerosolpartikel^{15 16 17 18 19}. Das höchste Risiko für eine Übertragung von SARS-CoV-2 ist assoziiert mit Menschenmassen und mit geschlossenen Räumen aufgrund der Anreicherung von virushaltigen Aerosolpartikeln sowie mit engem Kontakt (3Cs – crowded places, confined spaces, close contact)²⁰. In Gesundheitseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen kommen vor allem die letzten beiden der genannten Risikofaktoren zum Tragen. Daher sind insbesondere in Settings, in welchen ein hohes Übertragungsrisiko besteht und sich vermehrt vulnerable Personengruppen aufhalten, Maßnahmen zu treffen, die das Übertragungsrisiko verringern.

Schutz vulnerabler Gruppen

Weiterhin besteht ein erhöhtes Risiko von schweren bis tödlichen Krankheitsverläufen für ältere Personen sowie Personen mit bestimmten Vorerkrankungen^{21 22 23}. Im Hinblick darauf sind in Kranken- und Kuranstalten, in Alten- und Pflegeheimen sowie in sonstigen vulnerablen Bereichen weiterhin Schutzmaßnahmen notwendig, die einen Viruseintrag effektiv verringern.

Schutzmasken

Das Tragen einer Schutzmaske ist ein gut etabliertes und wirksames Mittel gegen die Ausbreitung von respiratorischen Infektionskrankheiten und stellt grundsätzlich eine wichtige infektionshygienische Maßnahme zur Ausbreitungskontrolle von SARS-CoV-2 dar. Zahlreiche wissenschaftliche Studien und Untersuchungen zeigen, dass Schutzmasken das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. die

¹³ ECDC. (2023 Jan 13). Threat Assessment Brief: Implications for the EU/EEA of the spread of the SARS-CoV-2 Omicron XBB.1.5 sub-lineage. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TAB-Implications%20for%20the%20EU-EEA%20of%20the%20spread%20of%20the%20SARS-CoV-2%20Omicron%20XBB.1.5%20sub-lineage.pdf>

¹⁴ WHO. (2023 Jan 11). XBB.1.5 Rapid risk assessment, 11 January 2023.

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/11jan2023_xbb15_rapid_risk_assessment.pdf

¹⁵ Wang et al. (2021 Aug 27). Airborne transmission of respiratory viruses. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>

¹⁶ Asadi et al. (2020 Jan 27). Effect of voicing and articulation manner on aerosol particle emission during human speech. PloS one. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227699>

¹⁷ Hartmann et al. (2020 Jun 20). Emission rate and particle size of bioaerosols during breathing, speaking and coughing. <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-10331>

¹⁸ Dbouk & Drikakis (2020 May 01). On coughing and airborne droplet transmission to humans. Phys Fluids (1994). <https://doi.org/10.1063/5.0011960>

¹⁹ Zhang et al. (2020 Jun 11). Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2009637117>

²⁰ Die WHO weist in diesem Zusammenhang auf die „drei Cs“ der SARS-CoV-2 Transmission hin, in denen das Virus besonders leicht verbreitet wird: WHO - Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

²¹ ECDC (2022 Jan 27). Assessment of the further spread and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the EU/EEA, 19th update. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-omicron-risk-assessment-further-emergence-and-potential-impact>

²² Auvigne V. et al (2022 May 20). Severe hospital events following symptomatic infection with Sars-CoV-2 Omicron and Delta variants in France, December 2021–January 2022: A retrospective, population-based, matched cohort study. EclinicalMedicine. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101455>

²³ CDC (2022 Dec 05). Science Brief: Evidence Used to Update the List of Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>

Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von SARS-CoV-2 deutlich verringern^{24 25 26 27 28 29}. Schutzmasken filtern sehr effektiv einen Teil der exhalieren Partikel (und Viren), wodurch deren Konzentration im Raum und damit das Infektionsrisiko entsprechend reduziert wird. Atemschutzmasken (z.B. der Klassen FFP2, N95 oder KN95) ohne Ausatemventil filtern sowohl eingeatmete als auch ausgeatmete Luft und bieten daher einen den chirurgischen Masken überlegenen, sehr wirksamen Selbst- und Fremdschutz^{30 31 32}.

Guidelines zum Tragen einer Schutzmaske kommen u. a. von der WHO³³, dem ECDC^{34 35 36} und den CDC^{37 38}. Die WHO empfiehlt in ihren rezent aktualisierten Guidelines das Tragen von Schutzmasken in Risikoeinstellungen, unabhängig von der epidemiologischen Situation³⁹. ECDC spricht eine dringende Empfehlung zum Tragen von Masken für Gesundheitspersonal bei klinischen Tätigkeiten zum Schutz vor respiratorischen Viren aus. Auch das generelle Tragen von Schutzmasken im Gesundheitsbereich kann in Betracht gezogen werden⁴⁰. Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin empfiehlt für die Arbeit im Gesundheitsbereich FFP2-Masken, wenn behandlungs- oder pflegebedürftige Personen keine Schutzmaske tragen⁴¹. Das RKI empfiehlt aktuell weiterhin in Innenräumen eine Maske (Mund-Nasen-Schutz), wenn o.g. Risikofaktoren (3C) zutreffen, um die Übertragung von SARS-CoV-2 und anderen Atemwegsinfektionen in der Allgemeinbevölkerung zu

²⁴ Li et al. (2020 Dec 18). Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Am J Infect Control. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.007>

²⁵ Abaluck et al. (2021 Dec 02). Impact of community masking on COVID-19: a cluster-randomized trial in Bangladesh. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abi9069>

²⁶ Cheng et al. (2021 May 20). Face masks effectively limit the probability of SARS-CoV-2 transmission. Science. <https://doi.org/10.1126/science.abg6296>

²⁷ Leech et al. (2022 Jun 07). Mask wearing in community settings reduces SARS-CoV-2 transmission. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2119266119>

²⁸ Talic et al. (2021 Nov 17). Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>

²⁹ Pöschl & Witt (2021 Jun 29). Stellungnahme zur Wirksamkeit und Nutzung von Gesichtsmasken gegen COVID-19. MPI für Chemie. <https://www.mpic.de/5097854/poeschl-witt-stellungnahme-masken-2021-06-29.pdf>

³⁰ Gesellschaft für Aerosolforschung GAef (2020 Dec 07). Positionspapier der Gesellschaft für Aerosolforschung zum Verständnis der Rolle von Aerosopartikeln beim SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen. https://www.info.gaef.de/files/ugd/fab12b_647bcce04bdb4758b2bffcbe744c336d.pdf

³¹ ECDC (2021 Feb 15). Using face masks in the community: first update - Effectiveness in reducing transmission of COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf>

³² Haller et al. (2022 Feb 05). Impact of respirator versus surgical masks on SARS-CoV-2 acquisition in healthcare workers: a prospective multicentre cohort. Antimicrob Resist Infect Control. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01070-6>

³³ WHO (2023 Jan 13). WHO updates COVID-19 guidelines on masks, treatments and patient care. <https://www.who.int/news/item/13-01-2023-who-updates-covid-19-guidelines-on-masks--treatments-and-patient-care>

³⁴ ECDC (2021 Feb 15). Using face masks in the community: first update - Effectiveness in reducing transmission of COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf>

³⁵ ECDC (2022 Feb 7). Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>

³⁶ ECDC (2021 Feb 9). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf

³⁷ CDC (2021 Dec 6). Science Brief: Community Use of Masks to Control the Spread of SARS-CoV-2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/masking-science-sars-cov2.html>

³⁸ CDC (2022 Sep 23). Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

³⁹ WHO (2023 Jan 13). WHO updates COVID-19 guidelines on masks, treatments and patient care. <https://www.who.int/news/item/13-01-2023-who-updates-covid-19-guidelines-on-masks--treatments-and-patient-care>

⁴⁰ ECDC. (2023 Jan 13). Threat Assessment Brief: Implications for the EU/EEA of the spread of the SARS-CoV-2 Omicron XBB.1.5 sub-lineage. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TAB-Implications%20for%20the%20EU-EEA%20of%20the%20spread%20of%20the%20SARS-CoV-2%20Omicron%20XBB.1.5%20sub-lineage.pdf>

⁴¹ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021 Nov 24): Übersicht der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken in der Arbeitswelt im Zusammenhang mit SARS-CoV-2. <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Schutzmasken.pdf?blob=publicationFile&v=16>

vermindern⁴². Dementsprechend gilt in fast allen EU-Ländern weiterhin eine Maskenpflicht oder Maskenempfehlung in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheime⁴³.

Entscheidende Faktoren für eine effektive Schutzwirkung sind die Bereitschaft der Bevölkerung, eine Maske zu tragen (Compliance)⁴⁴, sowie der korrekte Gebrauch der Masken^{45 46 47}. Die WHO empfiehlt diesbezüglich einen zumindest täglichen Wechsel der Maske, insbesondere wenn diese durchfeuchtet ist⁴⁸. FFP2-Masken können infektiöse Partikel vor allem dann besonders wirkungsvoll aus der Atemluft filtern und die Übertragung von SARS-CoV-2 minimieren, wenn sie an den Rändern möglichst dicht abschließen⁴⁹.

5. Begründung

Der Schutz vulnerabler Gruppen in ausgewählten Settings ist weiterhin eine sinnvolle Maßnahme, um die Übertragung von SARS-CoV-2 zu verringern. Das Tragen einer Maske, insbesondere das Tragen von FFP2- und gleichwertigen Masken, ist ein besonders einfach einsetzbares und wirksames Mittel gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 und dabei weniger einschränkend als andere Maßnahmen⁵⁰. Vulnerable Gruppen in ausgewählten Settings können durch das korrekte Tragen von Masken gut geschützt werden.

Aus den beschriebenen Gründen und vor dem Hintergrund der weiterhin dynamischen Entwicklung der Variantenlage, ist die Beibehaltung der Maskenpflicht in vulnerablen Settings weiterhin fachlich gerechtfertigt.

⁴² RKI (2023 Jan 25). Masken zur Infektionsprävention (Stand: 25.1.2023).

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Masken.html

⁴³ GÖG/AGES (2022). Covid 19-Schutzmaßnahmen in ausgewählten Ländern. Version vom 24.01.2023

⁴⁴ Howard et al. (2021 Jan 26). An evidence review using face masks against COVID-19. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2014564118>

⁴⁵ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Hinweise des BfArM zur Verwendung von Mund-Nasen-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken sowie partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP-Masken). Abgerufen am 25.07.2022.

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>

⁴⁶ O'Kelly et al. (2021 Jan 22). Comparing the fit of N95, KN95, surgical, and cloth face masks and assessing the accuracy of fit checking. PLoS One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245688>

⁴⁷ ECDC (2022 Feb 07). Technical Report-Considerations for the use of face masks in the community in the context of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations-for-use-of-face-masks-in-the-community-in-the-context-of-the-SARS-CoV-2-Omicron-variant-of-concern.pdf>

⁴⁸ WHO (2022 March 7). Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A living guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2022.1>

⁴⁹ Bagheri et al. (2021 Dec 02). An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles. PNAS. <https://doi.org/10.1073/pnas.2110117118>

⁵⁰ Mendez-Brito, El Bcheraoui & Pozo-Martin (2021 Sept). Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. J Infect. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.018>

